

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Stimmen, Mitmenschen und Selbstaspekte
Eine Untersuchung chronisch akustisch halluzinierender
schizophrener Patienten und Patientinnen
mit dem Repertory Grid Test**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der
Medizinischen Fakultät der Charité –
Universitätsmedizin Berlin

von

Frank Puchert
aus Bielefeld

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. A. Heinz

2. Prof. Dr. med. H.-Chr. Deter

3. Prof. Dr. med. H.J. Freyberger

Datum der Promotion: 01.06.2008

Inhaltsverzeichnis

1	Forschungsstand	7
1.1	Halluzinationen als eine Möglichkeit menschlicher Erlebnisweise Epidemiologie und Bedeutung	7
1.2	Definitionsprobleme	9
1.3	Theorien und Untersuchungen über Halluzinationen	10
1.3.1	Neurophysiologische und -psychologische Aspekte.....	11
1.3.2	Psychoanalytische Theorien	15
1.3.3	Kognitiv-behaviorale Aspekte	17
1.3.4	Erfassung subjektiver Aspekte	18
1.3.5	Selbsthilfe	20
1.4	Schlussfolgerungen und Begründung des eigenen Forschungsansatzes.....	21
1.4.1	Symptom und Bedeutung.....	21
1.4.2	Erfassbarkeit von „Stimmen“ als idiosynkratische Phänomene.....	23
1.5	Fragestellung	24
2	Die Psychologie der Persönlichen Konstrukte und ihre praktische Anwendung	25
2.1	Theoretischer Hintergrund: Die Psychologie der persönlichen Konstrukte	25
2.2	Die Praxis: Der Repertory Grid Test.....	27
2.3	Untersuchungen Schizophrener mit dem Repertory-Grid	29
2.3.1	Strukturelle Aspekte schizophrener Konstruierens.....	29
2.3.2	Inhaltliche Aspekte schizophrener Konstruierens	31
2.3.3	Schizophrene Konstruktion von Mitmenschen und Selbstaspekten	32
2.3.4	Bewertung der Untersuchungsergebnisse bezüglich schizophrener Konstruierens	33
2.3.5	Untersuchungen zum Halluzinationsphänomen	33
3	Methodik	34
3.1	Fragestellung	34
3.2	Untersuchungsablauf / der „Stimmen-Grid“	35
3.3	Stichprobe.....	36
3.4	Auswertung	37
3.4.1	Deskriptive Parameter	37
3.4.2	Inhaltliche Aspekte der Halluzinationen	37
3.4.3	Zentrale Grid-Maße	38
3.4.3.1	Strukturelle Aspekte	38
3.4.3.2	Elementedistanzen	39
3.4.3.3	Konsistenz zwischen Erst- und Zweitgespräch	42
4	Ergebnisse	43
4.1	Inhaltliche Aspekte der Halluzinationen	43

4.2	Grid-Maße	46
4.2.1	Strukturelle Aspekte	46
4.2.1.1	Elementevarianzen.....	46
4.2.1.2	Prozentuale Aufklärung der Hauptkomponenten.....	49
4.2.1.3	Zusammenhang zwischen Aufklärung der Hauptkomponenten und Varianzen der „Stimmen-Elemente“	50
4.2.2	Distanzmaße.....	52
4.2.2.1	Distanzen der Elemente zu anderen Elementen	52
4.2.2.2	Distanzen des „Stimmen-Elementes“ zu anderen Elementen	54
4.2.2.3	Distanzen der Stimmen zu wesentlichen Selbst-Elementen.....	58
4.2.2.4	Euklidische Distanz zwischen den Elementen „Ich-Selbst“ und „Ideal-Selbst“ (Selbstzufriedenheit).....	61
4.2.2.5	Konsistenz zwischem erstem und zweitem Meßzeitpunkt.....	62
5	Akut Halluzinierende	64
5.1	Elementevarianzen	64
5.2	Kognitive Komplexität	65
5.3	Zusammenhang zwischen prozentualer Aufklärung der Hauptkomponenten und Varianz der Stimmen-Elemente.....	65
5.4	Euklidische Distanz zwischen den Elementen „Ich-Selbst“ und „Ideal-Selbst“ (Selbstzufriedenheit).....	66
5.5	Zusammenfassender Vergleich zwischen akut und chronisch Halluzinierenden.....	67
6	Interpretation und Diskussion	68
6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	68
6.1.1	Inhaltliche Charakterisierung erlebter Halluzinationen.....	68
6.1.2	Strukturelle Aspekte.....	69
6.1.2.1	Aufmerksamkeit für Stimmen-Element, Personen und Selbst-Aspekte.....	69
6.1.2.2	Kognitive Komplexität	71
6.1.2.3	Zusammenhang zwischen Aufmerksamkeit für das Stimmen-Element und kognitiver Komplexität.....	71
6.2	Beziehungsaspekte	72
6.2.1	Distanzen zwischen den Elementen	72
6.2.2	Distanzen des „Stimmen-Elementes“ zu anderen Elementen	72
6.2.3	Stimmen-Elemente im Selbst-Identifikations-System (SIS)	73
6.3	Selbstzufriedenheit	74
6.4	Konsistenz zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt.....	75
6.5	Genügen die Ergebnisse statistischen Gütekriterien?.....	75
6.6	Überprüfung der Hypothesen	76
6.7	Funktion der „Stimmen“	78
6.8	Perspektiven	79
7	Zusammenfassung.....	81
8	Literatur.....	83
	Anhang	88

Vorwort

„Stimmenhören“ ist klinisch weit verbreitet und ein in der Literatur so häufig behandeltes Phänomen, dass Jaspers bereits 1912 über die Unübersichtlichkeit der Literatur zum Thema klagte (Jaspers, K.; 1973). Dabei zeigt sich, dass nur in seltenen Fällen subjektives Erleben dieses Phänomens zum Thema gemacht wurde. Besonders der holländische Sozialpsychiater Romme (1989, 1992, 1997) stellt hier mit seinen Arbeiten eine richtungsweisende Ausnahme dar. Aktuell deutet sich auch bezüglich anderer psychiatrischer Themen an, dass das subjektive Erleben und die Verarbeitung seelischen Leides mehr beachtet wird (siehe etwa Keupp 1998), nicht zuletzt wird damit einer Forderung Betroffener und ihrer Organisationen Rechnung getragen.

Auch mit der vorliegenden Arbeit wird die Erfassung individueller Beschreibungen über akustische Halluzinationen angestrebt. Dies betrifft zunächst die inhaltliche Charakterisierung der halluzinierten Stimmen. Darüber hinaus wird überprüft, ob sich intra- und interindividuell stabile Charakterisierungen des Phänomens feststellen lassen. Die Hypothese lautet dabei, dass es sich nicht um eine verrückte – im Sinne von chaotische – Wahrnehmung handelt, sondern sich Ordnungsprinzipien feststellen lassen. Auf dem Hintergrund neuerer kognitiver Forschungsergebnisse ist dabei besonders interessant, ob es einen Zusammenhang zwischen dem „Symptom“ und basaleren Grundstörungen etwa auf der Ebene der Denkstörungen gibt. Möglicherweise lässt sich zeigen, dass die Grundstörungen durch die Halluzinose gemildert wird.

Schließlich wird untersucht, ob die praktisch immer personal beschriebene Stimme vergleichbar anderen Mitmenschen oder Selbstaspekten ist. Auch dabei steht die Frage nach der psychischen Funktion der halluzinierten Stimme im Vordergrund des Interesses. Bereits andere AutorInnen vertraten die These, dass die halluzinierte Stimme auch soziale Funktionen habe (Bock; 1998), zahlreiche tiefenpsychologisch orientierte Forschende beschäftigen sich mit der Frage, ob bei schizophrenen Erkrankungen Kernaspekte der Persönlichkeit geschwächt seien.

Es zeigt sich anhand dieser Arbeit, dass die Repertory Grid Technik ein hilfreiches Verfahren zur Beantwortung dieser Fragen ist. Diese Methode erlaubt die Erfassung subjektiver Aspekte („Konstruktionen“) sowie Quantifizierungen der erhobenen Informationen, was zu größerer Eindeutigkeit der Ergebnisse beiträgt. Die Anwendung dieser Methode fußt auf der Psychologie der persönlichen Konstrukte, die im Kapitel 2 beschrieben wird.

Wie in Kapitel 4 und 5 dargestellt wird, können anhand der Untersuchung von 21 chronisch halluzinierenden Schizophrenen mit diesem semiquantitativen Verfahren Antworten auf die skizzierten Fragen gewonnen werden. Bezüglich der inhaltlichen Beschreibung bestätigen sich besonders Befunde, die bereits Romme beschrieb (1997). Darüber hinaus kann hier belegt werden, dass Stimmen von Männern und Frauen unterschiedlich genau charakterisiert werden.

Bezüglich der strukturellen Merkmale wird ein Zusammenhang zwischen kognitiver Struktur und Aufmerksamkeit, die der Stimme zukommt, belegt. Im Durchschnitt ist die Aufmerksamkeit, die der halluzinierten Stimme zukommt, groß. Die Vergleiche mit Mitmenschen weisen auf den „fremden“ Charakter der Stimmen hin, diese sind im Durchschnitt allenfalls noch negativ konnotierten Personen ähnlich beschrieben. Auch hinsichtlich der Selbstaspekte imponieren sie überwiegend als fremd, allerdings gibt es auch eine kleinere Gruppe von „Ideal-Selbst“ ähnlichen Stimmen. Die Bedeutung dieser Befunde wird im Kapitel 6 diskutiert. Hilfreich ist

dabei der Vergleich mit einer in Kapitel 5 skizzierten Untersuchung aktuell Halluzinierender, die im Rahmen der Marburger Arbeitsgruppe durchgeführt wurde.¹

Zusammenfassend können durch die Repertory Grid Untersuchung chronisch halluzinierender Schizophrener inhaltliche, affektive und kognitive Aspekte in Bezug auf die Halluzinose beschrieben werden, die Konsequenzen für Verständnis und Therapie von StimmenhörerInnen haben.

Zur Wortwahl:

Epidemiologische Studien belegen, dass akustische Halluzinationen nicht unbedingt im Rahmen einer Krankheit auftreten (siehe Kapitel 1). Es ist auch eine Absicht dieser Untersuchung, das Phänomen in seiner Vielschichtigkeit zu beschreiben und es nicht nur als Krankheitssymptom zu betrachten. Trotzdem werden die InterviewpartnerInnen hier als „Patienten“ bzw. „Patientinnen“ bezeichnet. Dies ist darin begründet, dass sich sämtliche in psychiatrischer Behandlung befanden. Die Untersuchungsergebnisse können deshalb auch nicht ohne weiteres auf alle StimmenhörerInnen übertragen werden.

¹ An erster Stelle ist hier Frau Dr. Hietl zu danken.

1 Forschungsstand

1.1 Halluzinationen als eine Möglichkeit menschlicher Erlebnisweise Epidemiologie und Bedeutung

Halluzinationen treten häufig im Zusammenhang mit psychischen Störungen auf. Sie werden bei *organischen Psychosen* verschiedener Ätiologie mit unterschiedlicher Häufigkeit festgestellt. So diagnostizierten etwa Lundquist (1961) bei 80% der deliranten PatientInnen, Farley (1968) bei 12% der Wöchnerinnen, Osis und Haraldson (1977) bei 50% Sterbender (optische) Halluzinationen und Jaffe (1966) bei jugendlichen EpileptikerInnen mit Psychosen in 84% Halluzinationen unterschiedlicher Sinnesgebiete.

Auch bei *endogenen Psychosen* werden sie häufig beschrieben. Angaben aus dem 19. Jahrhundert sind geprägt von diagnostischen und vermutlich auch statistischen Unklarheiten. (Griesinger zitierte bereits 1891 Esquirol und Falret, die sie bei 80% resp. ca. 33% der Geisteskranken allgemein beschrieben.)

Ähnliche Unklarheiten scheinen aber auch aktuellere Untersuchungen bei *affektiven Psychosen* beeinflusst zu haben. Die Häufigkeit des Auftretens von Halluzinationen wird dabei zwischen 6% (bipolare Depression; Winokur und Clayton; 1967) und 82% (Depression; Goodwin; 1968) angegeben.

Die vorliegende Arbeit behandelt *Halluzinationen bei Schizophrenen*. Insgesamt wird bei dieser PatientInnengruppe die Prävalenz mit 76% (Mott 1965) angegeben. Verschiedene Untersuchungen differenzierten bezüglich der Sinnesgebiete: 50% akustisch, 9% optisch, 2% olfaktorisch, 0% haptisch (Malitz 1962, n: 100), 66% akustisch, 42% haptisch, 38% olfaktorisch, 30% optisch (Small 1966); 78% akustisch, 32% optisch, 50% „andere“ (Winokur 1958, n: 140).

Bowman und Raymond publizierten 1931 eine sehr umfangreiche Untersuchung, bei der nach dem Geschlecht der PatientInnen unterschieden wurde: Bei den untersuchten 781 männlichen Schizophrenen fanden sich bei insgesamt 75% Halluzinationen (darunter: 50% akustische, 18% optische, jeweils unter 5% taktile, olfaktorische, gustatorische, somatische und nicht spezifizierte), unter den 690 Patientinnen: insgesamt bei 81% Halluzinationen, darunter 56% akustische, 24% optische, sonstige Sinnesgebiete ebenfalls jeweils unter 5%.

Rector und Seeman (1992) beschrieben ebenfalls Geschlechterunterschiede; bei Männern: 54% akustische, 39% optische, 32% taktile, 32% olfaktorische, 0% gustatorische; bei Frauen: 78% akustische, 35% optische, 30% taktile, 49% olfaktorische und 3% gustatorische Halluzinationen (n: 94).

Ciampi und Müller (1976) differenzierten nach Krankheitsverlauf. Sie fanden bei der Erstaufnahme bei 289 untersuchten Schizophrenen in 70,9% akustische Halluzinationen, 28,4% optische, 16,3% olfaktorische, 5,9% Coenästhesien. Bei der Nachuntersuchung dieser (ehemaligen) PatientInnen im Durchschnittsalter von 75 Jahren fanden sich bei 44,6% akustische Halluzinationen, 8,7% optische, 6,2% olfaktorische, 1,7% taktile und 11,1% Coenästhesien.

Althusler (1971) beschäftigte sich im Rahmen einer speziellen Therapieeinrichtung mit gehörlosen Schizophrenen, die in der Mehrzahl bereits seit der Geburt taub waren. Von 57 PatientInnen berichteten 22 (39%) über Halluzinationen und 17 (30%) über eine Art von akustischem Phänomen. Auch nach intensivem Nachfragen bestanden die Befragten hierauf, wobei Althusler erwähnte, dass z.T. Worte wohl mehr gefühlt (z.B. Vibrationen) als gehört wurden.

Im Rahmen der epidemiologischen Studien über Halluzinationen bei Schizophrenen muss hier die differenzierte Studie von Huber et al. (1979) erwähnt werden. Die AutorInnen unterschieden sowohl zwischen unterschiedlichen Sinnesgebieten als

auch „Qualitäten“ der Wahrnehmungsstörungen. Sie fanden bei 502 Schizophrenen 74,9% akustische Halluzinationen 2. Ranges nach Schneider und 39,5% 1. Ranges, weiterhin 73,2% Coenästhesien, 42,4% Wahnwahrnehmungen, 33,3% optische Halluzinationen, 33,1% „sensorische“ Störungen, 17,9% Personenverkennungen, 13,2% olfaktorische, 11% gustatorische Halluzinationen, 8,8% Gedankenlautwerden.

Aufmerksamkeit erregten auch die Halluzinationen bei *neurotischen PatientInnen* (Ziolko 1976) und bei *psychisch Gesunden*. Bereits 1894 publizierte Parish eine Zusammenfassung mehrerer Studien. In 11,96% der Gesamtbevölkerung traten demnach Halluzinationen auf (n: 27329).

Kingdon und Turkingdon (1994) zitieren aus „The Epidemiologic Catchment Survey in the United States“. In einer Bevölkerungsstichprobe wurde erfragt: „Have you ever had the experience of seeing something or someone that others who are present could not see – that is, had a vision when you were completely awake?“. 10–15% der Befragten berichteten über erlebte Halluzinationen mit einer jährlichen Inzidenz von 4–5%. Das Zitat belegt eine sehr weite Definition des Halluzinationsphänomens. In einer anderen Studie (Schwab 1977) wurden allerdings ähnliche Zahlen (10,8% bei Gesunden) gefunden, obwohl die Fragestellung der herkömmlichen Definition des Begriffes näherkommt.² Die Untersuchungsergebnisse bezüglich Gesunder schwanken sehr (laut Spitzer (1988) zwischen „kommt nicht vor“ bis hin zu Werten von über 70%) im Wesentlichen wohl aus dem Grund, dass unterschiedlich weite Definitionen verwendet werden. So leugnen einige AutorInnen die Möglichkeit, dass es Halluzinationen bei Gesunden gäbe, andere subsumieren auch Visionen und dergleichen unter den Begriff.

Im Rahmen von Untersuchungen, die besonders auch hypnagoge (während des Einschlafens) und hypnopompe (beim Aufwachen) Halluzinationen erfassten, wurden wiederholt recht hohe Prävalenzen angegeben. So publizierte Ohayon (2000) eine Studie, die Telefoninterviews mit einer sehr großen Anzahl (13057) von zufällig ausgesuchten Personen aus Deutschland, Italien und Großbritannien betrifft. Insgesamt hätten 38,7% von Halluzinationen berichtet, nämlich etwa ein Viertel (24,8%) über solche, die während des Einschlafens auftraten, eine geringere Anzahl über hypnopompe Halluzinationen (6,6%), wenn diese schlafassoziierten Wahrnehmungsauffälligkeiten einen ängstigenden Charakter hätten, träten sie oft gemeinsam mit Erkrankungen wie Narcolepsie oder Angsterkrankungen auf. Halluzinationen während des Tages, die von 27% der Halluzinierenden angegeben wurden, seien oft mit psychotischen und organischen (Drogen-) Einflüssen verbunden.

Im Zusammenhang mit Halluzinationen bei psychisch Gesunden sei Jaynes Theorie des „bicameral mind“ (1976, 1985) erwähnt, die sich mit der Geschichte der Halluzinationen beschäftigt. Er kombiniert Ergebnisse der Split-brain-Forschung mit behavioristischen Aspekten und vertritt die zugespitzte These, dass das Bewusstsein in seiner heutigen Form erst ca. 1000 Jahre vor unserer Zeitrechnung entstanden sei. Bis dahin hätten alle Menschen bei Problemen, die einer eigenen Entscheidung bedurften, halluziniert. Zur Untermauerung seiner These zitiert er aus frühen griechischen Schriften und älteren Anteilen der Bibel, wo wiederholt über (akustische) Halluzinationen berichtet wird.

Umfangreiche Forschungsanstrengungen, unter anderem auch mit der Absicht ätiologische Aspekte herauszuarbeiten, wurden bezüglich der *experimentell hervorgerufenen Halluzinationen* bei psychisch Gesunden unternommen. Eine Zusammenfassung

² Gefragt wurde u.a.: How often do you see or hear things that other people don't think there are? If response is other than never, ask: What kind of things? Has this happened recently? How often does this happen compared to five years ago? Wenn eine andere Antwort als „never“ gegeben wurde, galt dies als positives Ergebnis.

findet sich bei Spitzer (1988), der sowohl Drogen-, Gehirnstimulations-, Hypnose-, als auch Deprivationsexperimente sowie die Frage der Eidetik³ und des „Mental Imagery“⁴ diskutiert.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass psychiatrische PatientInnen generell häufig Halluzinationen angeben. Sie lassen sich bei der Mehrzahl der Schizophrenen zumindest während bestimmter Phasen der Erkrankung nachweisen. Bei ihnen treten sie meist als akustische Halluzinationen auf, sind aber oft kombiniert auch mit anderen Sinnestäuschungen, seltener treten nur solche anderer Sinnesqualität auf. Männliche Halluzinierende berichten seltener als weibliche über akustische Halluzinationen. Sehr häufig persistieren Halluzinationen auch nach der Remission, wenn auch meist in geringerer Ausprägung.

Nicht ganz so häufig ist ihr Auftreten bei anderen endogenen Psychosen.

Auch bei organischen Psychosen und bei Gesunden können sie festgestellt werden. Letzteres veranlaßte Asaad und Shapiro (1986) in einer Übersichtsarbeit zu der Aussage: „All people either do hallucinate or can be made to hallucinate with a variety of drugs or states of deprivation“.

1.2 Definitionsprobleme

Der Begriff Halluzinationen wurde bereits vor Esquirol, der ihn erstmals im heutigen Sinne benutzte, in verschiedenen Bedeutungen verwandt: nach Asaad und Shapiro (1986) erstmals 1572 durch Lavater, der ihn mit Bezug auf „ghostes and spirites walking by nyght“ benutzte. Im psychopathologischen Sinne definiert Esquirol 1837: „Jemand, der fest davon überzeugt ist, eine Empfindung tatsächlich wahrgenommen zu haben, obwohl sich kein Gegenstand, der geeignet wäre, diese Erregung zu erregen, in Reichweite der Sinne befindet, ist in einem Zustand der Halluzination: er ist ein Visionär.“

Nach Spitzer (1988) deuteten sich bereits in dieser Beschreibung begriffliche Unklarheiten über das „Wesen“ von Halluzinationen an, die bis heute fortbestehen. Definitorische und forschende Bemühungen konzentrierten sich dabei einerseits auf den Sachverhalt der Täuschung, andererseits auf die Frage der Wahrnehmungsähnlichkeit von Halluzinationen. Spitzer belegt weiterhin, wie sehr der jeweilige Wortgebrauch durch den begrifflichen und theoretischen Hintergrund bedingt ist, dies um so mehr, da Halluzinationen durch die Untersuchenden nicht direkt wahrgenommen werden können. Spitzer zitiert hierzu Jaspers (1973) mit der Aussage, dass man „fremdes Seelisches nie ebenso wie Physisches direkt wahrnehmen“ könne. Dem daraus zu ziehenden Schluss, dass Definitionen nicht direkt, sondern über Anzeichen („Ein Kranker halluziniert, wenn er dies-und-das sagt bzw. sich so-und-so verhält.“ Spitzer, 1988, S. 5) erfolgen müssten, würden auch psychopathologische Begriffsbestimmungen kaum gerecht.

Dies trifft nach Spitzer auch auf neuere deskriptive Versuche zu. Beispielhaft wird die Definition des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1980) kritisiert:

„Halluzinationen sind Sinneswahrnehmungen ohne äußere Stimulation des betreffenden Sinnesorgans. Eine Halluzination besitzt die unmittelbare Bedeutung der Realität einer echten Wahrnehmung, obgleich in manchen Fällen der Ausgangspunkt der Halluzination innerhalb des Körpers lokalisiert wird. Die Interpretation der halluzinatorischen Wahrnehmung kann wahnhaft sein oder auch nicht. Zum Beispiel: Eine Person mit akustischen Halluzinationen mag erkennen, dass es sich um einen falschen Sinnes-

³ Es handelt sich bei eidetischen Anschauungsbildern um psychische Reproduktionen mit großer Anschaulichkeit von Szenen, die z.T. nur sehr kurz gesehen wurden. Diese treten häufiger bei Kindern, selten bei Erwachsenen auf.

⁴ Ebenfalls sehr intensive Vorstellungen.

eindruck handelt, während eine andere von der eigenständigen körperlichen Realität derselben überzeugt ist.“ (S.10)

Mehrere begriffliche Probleme täten sich auf; so sei z.B. unklar, ob eine Halluzination eine Wahrnehmung sei und ob äußere Stimulation des Sinnesorgans ausgeschlossen werden könne (auch ein visuell Halluzinierender sieht (anderes)). Was genau bildet die Grenze zwischen „innen“ und „außen“? Kann es einen „falschen Sineseeindruck“ oder nur falsche Urteile über Eindrücke geben etc.

Spitzer (1988) begründet seine Ablehnung einer klaren Begriffsfestsetzung mit den definitorischen Schwierigkeiten und Unklarheiten und schlägt vor, bestimmte Definitionen bezüglich ihrer jeweiligen Zweckmäßigkeit zu überprüfen. Für den Halluzinationsbegriff gelte (in Anlehnung an Janzariks (1978) Ausführungen über den Schizophreniebegriff): „Beim gegenwärtigen Stand des Wissens geht es nicht um die Entscheidung für die eine oder andere der gebräuchlichen Halluzinationsdefinitionen, sondern um die Einsicht, dass der Halluzinationsbegriff in seinen konkreten Ausformungen auf Konvention beruht. Was nach welchen Kriterien „Halluzination“ genannt wird, ist nicht eine Frage des Wissens, sondern eine Frage der Reliabilität der Kriterien und damit eine Frage der Zweckmäßigkeit. ... Wichtig ist nur, dass der Forscher die Relativität der eingebrachten Voraussetzungen, und das heißt, die Relativität seines Halluzinationsbegriffs, nicht aus dem Blick verliert.“ (Spitzer 1988; S. 306–307).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im klinischen Alltag und im alltäglichen Wortgebrauch eine Begriffsklarheit angenommen wird, die den definitorischen Problemen nicht gerecht wird. Eine exakte Begriffsfestsetzung scheitert unter anderem an dem subjektiven Erleben des Phänomens. Gerechtfertigt scheint derzeit eine Begriffsfestsetzung, die sich an Kriterien der jeweiligen Interessen orientiert.

Im klinischen Alltag und im dialogischen Diskurs mit „Halluzinierenden“ und Angehörigen sind häufig andere Verständnisprobleme vordergründig. Wie viele psychiatrische Fachbegriffe wird auch der Begriff „Halluzination“ als pathologisierend und paternalistisch wahrgenommen. „Immer mehr Menschen empfinden es als bevormundend und nicht hilfreich, wenn Stimmenhören nur als krankhafte „Halluzination“ bezeichnet und angenommen wird, dass ausschließlich die Psychiatrie für die Betroffenen zuständig sei“, erklärt etwa das „Netzwerk Stimmenhören e.V.“ in einem Faltblatt (1998).⁵ Die Verständigung ist einfacher, wenn der Begriff Halluzinationen durch den Ausdruck „Stimmenhören“ ersetzt wird. Dessen Berechtigung ergibt sich aus der Schilderung der Betroffenen. Dabei ist auch dieser nur eine Annäherung an das Spektrum des Erlebten und möglicherweise auch eine z.T. missverständliche Vereinfachung, da im Einzelfall Stimmenhören für vielfältige Phänomene, die einfache Akaosmen aber auch komplexe Erlebnisse verschiedenster Sinnesgebiete sein können, steht.

1.3 Theorien und Untersuchungen über Halluzinationen

Jaspers (1973) klagte bereits 1912 über die Unübersichtlichkeit der Literatur zum Halluzinationsproblem. Es wäre vermessen, hier eine erschöpfende Darstellung vorle-

⁵ Bemerkenswerterweise beschäftigen sich auch Sarbin und Juhasz (1978) bei der Darstellung des „labeling approach“ mit dem Halluzinationsbegriff, den sie beispielhaft für eine durch Ausgrenzung und Machtausübung charakterisierte Psychiatrie – dabei u.E. das Leid einzelner Menschen oft relativierend – wie folgt beschreiben: „In psychiatry and psychology, and, to a large extent, in ordinary language, hallucination refers to a situation in which one person places a negative valuation on the reported imaginings of another. The application of the negative valuation generally serves to exclude and degrade the hallucinator. ... At present, the psychiatric use of hallucination is, on the one hand, a means of control for the policing of unwanted imaginings and unwanted imaginers by society“.

gen zu wollen. Eine zusammenfassende Darstellung findet sich bei dem bereits zitierten Spitzer (1988), der sich vor allem um eine klare Begriffsbestimmung bemüht. Seine Arbeit gab Anregungen für die Darstellung insbesondere der neurophysiologisch orientierten Untersuchungen im folgenden Text.

Es sollen hier vor allem solche Theorien und Untersuchungen vorgestellt und diskutiert werden, die sich mit der Verarbeitung und subjektiven Bedeutung des Phänomens bzw. mit im weitesten Sinne psychologischer Theoriebildung zur Ätiologie beschäftigen.

Biologische Ansätze sollen nur gestreift werden. Dies soll nicht ihre Bedeutung schmälern, sondern ist dem Ansatz dieser Untersuchung zuzuschreiben.

1.3.1 Neurophysiologische und -psychologische Aspekte

Die theoretischen Diskussionen seit dem 19. Jahrhundert waren überwiegend geprägt durch den Aufschwung neurophysiologischer Theorien zum Halluzinationsphänomen und diese wiederum durch lokalisatorische Erwägungen. Vor allem handelte es sich um die Frage, ob Halluzinationen zentral (Gehirn) oder peripher (im Sinnesorgan) generiert würden. Während etwa Esquirol (1838) und Wernicke (1906) – dieser mit einem radikal somatischen Ansatz (Halluzinationen entstünden letztlich aus gestörter neurophysiologischer Assoziation) – die Position vertraten, dass Halluzinationen zentral entstünden, glaubte z.B. Hoppe (1885), periphere Ursachen würden Halluzinationen hervorrufen. Kahlbaum (1866) steht gewissermaßen für eine Kombination beider Ansätze. Er unterscheidet einfache stabile Halluzinationen nur eines Sinnesgebietes, die auf eine Reizung des Perzeptionsorganes zurückzuführen seien, und Trugwahrnehmungen, die in verschiedenen Sinnesgebieten auftreten könnten. Diese bei psychisch Erkrankten häufigeren komplexen Halluzinationen entstünden dadurch, dass vom zentralen Sinneszentrum ausgehende Erregungssteigerungen zu einer „Rezeption“ im Sinnesorgan führten.

Bis heute wurden Untersuchungen unter dem Aspekt peripherer oder zentraler Genese durchgeführt.

Aktuellere Arbeiten beschäftigten sich mit Erkrankungen der Sinnesorgane und nachfolgend aufgetretenen Halluzinationen. Beispielhaft soll hier Fitzgerald (1971) erwähnt werden. Von 66 von ihm interviewten plötzlich Erblindeten berichteten 85% über optische Erscheinungen (Charles-Bonnet-Syndrom). Auf Althuslers (1971) Untersuchungen über akustische Halluzinationen bei gehörlosen Schizophrenen wurde bereits hingewiesen.

Im Umkehrschluss versuchte etwa Semrad (1938), unentdeckte Erkrankungen der Sinnesorgane bei Halluzinierenden nachzuweisen. Er untersuchte 100 PatientInnen mit akustischen Halluzinationen und fand eine erhöhte Anzahl von peripheren Erkrankungen. Allerdings betraf dies hauptsächlich Alkoholhalluzinosen, so dass vermutet wurde, dass sowohl Halluzinose als auch periphere neurologische Störung auf unterschiedliche Angriffspunkte des gleichen Agens (Alkohol) zurückzuführen seien.

Neue technische Möglichkeiten *medizinischer Diagnostik* wirkten wiederholt anregend auf die Untersuchung oder Behandlung von Halluzinationen:

- Mittels EMG konnte die These von Gould (1950) belegt werden, dass „hyperactivity of vocal musculature in the psychotic appears related to the presence of verbal hallucinations“. Diese Ergebnisse wurden ebenso wie andere physiologische Befunde unterschiedlich interpretiert. Gould selbst brachte sie in Zusammenhang mit „innerem Sprechen“, während z.B. Lempa (1993) sie zur Unterstützung einer psychodynamischen Theorie heranzog (s.u.).
- Luchins und Meltzer (1983) fanden bei CCT-Untersuchungen das Fehlen einer normalerweise vorhandenen Okzipitalhirnasymmetrie, die mit Sprachstörungen in Zusammenhang gebracht wurde. Letztlich sind ihre Befunde in die zahlreichen

Untersuchungen zur Lateralisierungsfrage einzuordnen, die hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden können.

- Cleghorn et al. (1992) verglichen SPECT-Befunde von Schizophrenen mit und ohne Halluzinationen und beschrieben erhöhte Glukose Metabolismusraten in Regionen, die bei Vergleichspersonen während des Hörens aktiviert sind, und im Striatum, das verantwortlich sei für unwillkürliche Bewegungen. Hieraus wurde gefolgert, „that ...hallucination can be seen as involuntary thought and language events“. Zusammenfassend formulieren sie: „A picture of the hallucinating brain may thus be constructed and errors in the processes of generating and listening to language may be identified“. In den letzten Jahren wurden zahlreiche Untersuchungen mittels bildgebender Verfahren – insbesondere der Kernspintomographie – bei akustisch Halluzinierenden durchgeführt. Diese blieben eher unbefriedigend hinsichtlich des Nachweises hirnmorphologischer Auffälligkeiten (Havermans, R. et al 1999; Rossell SL. et al 2001; Shapleske J. 2001) oder es konnte sehr allgemein festgestellt werden, dass Halluzinationen die Aktivierung solcher Hirnregionen reflektieren, die während normalen Hörens beteiligt sind (Lennox, Br. et al 2000).

Sukhwinder, Shergill et al. (2000, 2000, 2003, 2004) unternahmen aufwändige fMRI- und SPECT-Untersuchungen Halluzinierender auf dem Hintergrund der neuropsychologischen Konzepte von Frith und Done (1988), die postulieren, dass Selbst-Monitoring, als fundamentale kognitive Funktion der Planung, Kontrolle und Antizipation motorischer Akte, bei Schizophrenen beeinträchtigt sei. Besonders betreffe dies den Bereich der Vorausplanung („feed-forward control“), also das Monitoring der motorischen Befehle selbst, die der aktuellen Reaktion vorausginge. Sie konnten bei Untersuchungen aktuell halluzinierender Schizophrener eine Aktivierung der inferioren frontalen, anterioren cingularen und temporalen Kortexregionen beidseits feststellen (2000). Weiterhin verglichen sie halluzinierende Schizophrene mit Kontrollpersonen bei der Verarbeitung „inneren Sprechens“ und stellten fest, dass bei ersteren als Reaktion auf die Anforderung, inneres Sprechen zu verarbeiten, mit gesteigerter Aktivität in den Gehirnregionen reagiert wird, die mit Selbst-Beobachtung assoziiert seien (Lateral temporaler, parahippocampaler und cerebellärer Kortex). Die dabei auch auftretende Aktivierung linker inferiorer frontaler und rechter frontaler Gyri finde sich auch bei Schizophrener Sekunden vor dem Auftreten der Halluzinationen und dehne sich während der aktuellen Wahrnehmung auf die linke Inselregion, den linken inferioren frontalen und beidseitige temporal Gyri aus (2004).

Stephane et al veröffentlichten 2001 eine Literaturlauswertung zur Frage des Nachweises neuronaler Substrate des akustischen Halluzinierens und des Zusammenhanges zwischen dem akustischen Halluzinieren und subvokaler Sprache. Sie fanden keine Evidenz dafür, dass strukturelle Abnormalitäten der Sprach-Wahrnehmungsregion, wohl aber Dysfunktion der Gehirngenden, die für Sprachgenerierung verantwortlich sind, an der Entstehung von akustischen Halluzinationen beteiligt seien. Diese verursachten eine sekundäre Aktivierung der Wernicke- und Brocca-Region. Erstere erzeuge das Halluzinationserlebnis selbst, während die Aktivierung der Brocca Region zur Aktivierung der Stimmuskulatur führe, die mittels EMG oder sensitiver Mikrophone erfasst werden könne (Stephane et al 2001).

- In den letzten Jahren wurde wiederholt eine Besserung quälender halluzinatorischer Erlebnisse durch transcranielle Magnetstimulation berichtet, ohne dass dieses Verfahren über ein experimentelles Stadium hinausgelangt ist (Hoffmann 2000) und ohne dass eine befriedigende Theorie des Wirkmechanismus formuliert werden konnte.

- EEG-Befunde waren z.T. widersprüchlich, was auch in den unterschiedlichen Voraussetzungen der Experimente begründet sein dürfte. Es fanden sich wiederholt niederfrequente EEG-Aktivitäten (z.B. Itil 1970). Eine neuere Untersuchung (Ishii et al. 2000) bestätigte das Auftreten niederfrequenter (Theta-) Wellen im temporalen Cortex während des akustischen Halluzinierens.
- Im Zusammenhang mit biologischen Theorien zur Schizophreniegenese untersuchten z.B. Schildkraut et al (1976) die Monoaminoxidase-Aktivität in Thrombozyten und fanden diese bei Schizophrenen mit Halluzinationen und Wahnideen vermindert. Strahlilevitz et al. (1976) beschrieben eine unterschiedliche Immunglobulinzusammensetzung je nach Schweregrad der Halluzinationen.

Zunehmend Beachtung fanden *neuropsychologische Theorien*, die letztlich eine Integration biologischer und psychologischer, teilweise auch sozialer und interaktiver Aspekte versuchten.

Hoffmann (1986) und Hoffman und Satel (1993) vertraten die These, dass die Stimmen Schizophrener eine veränderte vorbewusste Diskursplanung widerspiegeln. Dies bedinge sowohl die „unwillentliche innere Sprache“ (Halluzinationen) als auch die inkohärente normale Sprachproduktion. Sie argumentierten mit Bezug auf Vigotzky, dass jeder Mensch vorbewusst eine Diskursplanung betreibe, was zu einer kohärenten Sprache führe. Störungen dieser Diskursplanung könnten zu „message fragments“ führen, die als innere Sprache in das Bewusstsein eindringen und als akustische Halluzinationen erlebt werden könnten. Sie zeigten in einer Untersuchung, dass Schizophrene mit Halluzinationen gestörtere Diskurspläne hatten als solche ohne diese Phänomene. Dem Gegenargument, dass keinesfalls alle Halluzinierenden Sprachstörungen hätten, begegneten sie mit der These, dass Kompensationsmethoden benutzt würden (z.B. durch Komplexitätsreduktion ihrer sprachlichen Äußerungen etwa in Form von „Small Talk“ oder indem nur über wenige Themen gesprochen würde (etwa Wahnideen)). Sie publizierten ausgewählte Fälle von erfolgreicher Sprachtherapie halluzinierender Schizophrener ohne offensichtliche Sprachstörung.

Bentall und Slade (1985), die ihrerseits die These vertreten, dass Halluzinationen ein Defizit in der Realitätsprüfung zu Grunde liegt, widersprachen Hoffman und Satel. Die angeschuldigten Störungen der Diskursplanung seien eigentlich Denk- (und Sprach-) Störungen und ein Zusammenhang zu Halluzinationen lasse sich empirisch nicht nachweisen.

Spitzer (1988) erwähnt die insgesamt widersprüchlichen Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen Denkstörungen und Halluzinationen. So habe Faber (1986) sogar eine negative Korrelation zwischen den Phänomenen gefunden, während Andreasen und Olson (1982) eine geringe positive Korrelation fanden. Nach Marks (1986) sei ein entscheidendes Gegenargument gegen den postulierten Zusammenhang, dass Halluzinationen auch bei gänzlich anderen Erkrankungen und bei Gesunden aufträten, bei Personen also, bei denen keineswegs von Diskursstörungen ausgegangen werden dürfe.

Die bereits erwähnten Autoren Bentall und Slade (1985) vertreten die These, dass akustisch Halluzinierende über mangelhafte Fähigkeiten verfügen, zwischen imaginierten und realen Ereignissen zu differenzieren. „Realitäts-Testung“ wäre eine komplexe metakognitive Fähigkeit, die auch in der Normalbevölkerung unterschiedlich ausgeprägt sei. Sie entwerfen eine spezielle „methodology of signal detection theory“, die die je unterschiedlichen Entscheidungsprozesse in unsicheren Situationen unter Berücksichtigung der Wahrnehmungsverzerrungen (perceptual bias) unabhängig von Signalsensitivität feststellen soll.

Praktisch wird dabei den Probanden und ProbandInnen über Kopfhörer „white noise“ vorgespielt. Sie sollen angeben, ob sie ein in der Geräuschkulisse gesprochenes Wort wahrnehmen. Die Trefferquote wird ermittelt und bezüglich unterschiedlicher

Untergruppen differenziert. Es wurden sowohl gesunde Studierende als auch Schizophrene mit und ohne Halluzinationen untersucht. Es finden sich Unterschiede in Wahrnehmungsverzerrungen, nicht aber bezüglich der Signalsensitivität.

Die Autoren schließen daraus, dass Halluzinationen Defizite in der Realitätstestung zugrunde liegen und die Betroffenen „mistake internal events for external stimuli“. Ähnliche Ergebnisse fanden auch Johns et al (2001), die im Rahmen von experimentellen Zuordnungen von gehörten Wortfragmenten unter Stressbedingungen zeigten, dass akustisch Halluzinierende oft ihre eigene ihnen vorgespielte Stimme anderen zuordneten. Dies „...may reflect impaired awareness of internally generated verbal material“. Dagegen fanden Evans et al (2000) in einer experimentellen Arbeit keinen einfachen oder direkten Zusammenhang zwischen „inner speech and auditory verbal hallucinations“. Sie fordern deshalb eine Neueinschätzung der psychologischen Halluzinationstheorien.

Klosterkötter (1988) beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Defizitsymptomen (Basissymptomen) und produktiven Phänomenen, die das diagnostische Erscheinungsbild bestimmen. Er steht damit u.a. in der Tradition E. Bleulers (1911), der eine unbekannte physische Ursache der Krankheit annimmt und direkt daraus ableitbare Symptome vermutet. Dies seien mit größter Wahrscheinlichkeit Störungen der Assoziation, vermutlich auch Dämmerzustände und gewisse Affektschwankungen. Ob hierzu auch die Disposition zu Halluzinationen gehört, ist für Bleuler ungeklärt. Unwahrscheinlich sei, dass die Krankheit primär durch psychische Erlebnisse hervorgerufen wird. Bei den sekundären Symptomen der Schizophrenie handele es sich allerdings „...um eine Reaktion unter veränderten Umständen, eine Reaktion, die sich prinzipiell nicht von einer normalen unterscheidet.“ (S.282). Diese sekundären Symptome sind also begründet durch die basalen – nach Bleuler letztlich organischen – Störungen, aber in ihrem Entstehen und ihrer Ausformung von psychosozialen Einflüssen abhängig.

Ähnlich Bleuler vermutet auch Klosterkötter eine primär biologische Störung als Ursache der basalen (kognitiven) Störungen, während die produktiven Symptome einschließlich der Halluzinationen „Anpassungs- und Bewältigungsversuche“ darstellen, die wesentlich durch psychosoziale Stressoren geformt seien (S.252).

Klosterkötter (1988) fasst Bleulers Theorie zum Zusammenhang von Defizienz und Produktivität zusammen: „Das kognitiv-dynamische Grundsyndrom stellt in der Tat – ganz seiner ursprünglichen Einschätzung durch Kraepelin gemäß – die unmittelbare Auswirkung hirnrnorganisch bedingter kognitiver Funktionsstörungen dar, während in den produktiv-psychotischen Episoden eine entweder spontane oder situativ provozierte Reaktion der Psyche auf diese „Primärsymptomatik“ zum Ausdruck kommt.“ (S.4). Wie weiter unten ausgeführt, geht Klosterkötter im Gegensatz zu Bleuler, der sich diesbezüglich nicht festlegt, davon aus, dass auch (akustische) Halluzinationen eine Reaktion auf die basaleren Störungen darstellen.

An dieser Stelle kann die Diskussion zu der Frage des Zusammenhanges zwischen primären und sekundären Symptomen der Schizophrenie nicht ausführlich dargestellt werden; hingewiesen sei auf Kisker (1960), der speziell akustische Erstranghalluzinationen als Erklärungswahnvorstellungen für einen vorauslaufenden kognitiven Leitbarkeitsverlust, der in der Abwandlung des intentionalen „Selbstdenkens“ zum Erlebnis des „Fremddenkens“ zum Ausdruck kommt, ansieht. Er beschrieb in dieser autopsychischen Depersonalisation ein phänomenale Vorankündigung der Desorganisation der Ich-Grenzen im Sinne von Federn, und versucht somit auch neuere psychoanalytische Modelle zu integrieren.

Klosterkötter (1988) stellt auf diesem Hintergrund eine umfangreiche empirische Untersuchung zur Frage des Überganges von defizitären zu produktiven Symptomen der Schizophrenie vor. Bei insgesamt 121 als paranoid-halluzinatorisch diagnostizierten Schizophrenen, die streng ausgewählt wurden in Hinblick auf die Frage, ob so-

wohl Basis- als auch Endphänomene – gemeint sind produktive Symptome – der Schizophrenie nachweisbar waren, bildete er insgesamt vier symptomatische Übergangsreihen: von uncharakteristischen Basissymptomen bis zu Wahnwahrnehmungen, Gedankenbeeinflussungs- und Ausbreitungserlebnissen bzw. den hieraus hervorgehenden akustischen Halluzinationen, weiterhin zu Willensbeeinflussungserlebnissen und letztlich leiblichen Beeinflussungserlebnissen.

Bezüglich akustischer Halluzinationen 1. Ranges nach Schneider fand er in seinem Untersuchungskollektiv, dass in 41% der Fälle die Symptomentwicklung von uncharakteristischen Denkstörungen über Selbstgespräche (-instruktionen, -kommentare), Diskriminationserschwernisse zwischen auditiven Vorstellungen und akustischen Wahrnehmungen bis hin zu akustischen Halluzinationen verlief.

1.3.2 Psychoanalytische Theorien

Verstreut finden sich in Freuds Werken Anmerkungen über Halluzinationen.

Ähnlich der Traumarbeit⁶ ginge es bei Halluzinationen um Wunscherfüllungen (Werke II/III, S.139). Neben der Wunscherfüllung sei durch kommentierende oder beschimpfende Stimmen (Schizophrener) die Entwicklungsgeschichte des Gewissens regressiv reproduziert (Werke X, S. 163). Modell (1958) weist darauf hin, dass diese Stimmen nicht als direkter Ausfluss des Über-Ich gewertet werden dürften, sondern „reflect a stage in the prehistory of the superego itself but are not the superego itself.“ (S. 475)⁷

Neben der Regression des psychischen Apparates vom motorischen zum Wahrnehmungsende, die die Traumhalluzinationen ausreichend erkläre, sei bei Schizophrenen (Dementia praecox) die Instanz der Realitätsprüfung gestört, d.h. „das Ich des Kranken soweit zerfallen ... , dass die Realitätsprüfung nicht mehr die Halluzinationen verhindert.“ (Werke X, S. 425). Ontogenetisch durchliefen alle Menschen Stadien, in denen nicht zwischen halluziniertem befriedigendem Objekt und realem Objekt unterschieden werden könne. Bei ausbleibender Befriedigung würde eine Instanz (Realitätsprüfung) eingerichtet zur Unterscheidung dieser Phänomene (Werke X, S.422), deren Funktion an der Unterscheidung zwischen außen und innen gelernt würde. Die Funktionsstörung dieser Instanz lege die Grundlage für schizophrene Halluzinationen.

Die Auffassung, dass die Schizophrenie eine Erkrankung des Ich oder Selbst sei, findet sich bei verschiedenen psychodynamisch orientierten Autoren und Autorinnen wieder. Genannt seien hier Scharfetter (1983) und Federn (1978). Beispielhaft soll hier eine Arbeit von Lempa (1992) vorgestellt werden, der in direktem Bezug auf

⁶ Bemerkenswert ist, dass er den Begriff Halluzinationen in einem sehr weiten Sinne benutzte und z.B. nicht unterschied zwischen psychotischem und Traumerleben: „Mit Hinwegsetzung über alle die dem Psychiater wohl bekannten Diskussionen über das Wesen der Halluzinationen können wir ... aussagen, daß der Traum halluziniert ...“ (Werke II/III, S.52). Diese Einschätzung ist aus theoretischen Gründen sicher problematisch und wird auch in Frage gestellt durch eine Untersuchung Aggernaes (1972), der Schizophrene befragte, ob ihre Halluzinationen Ähnlichkeit mit Träumen hätten. In keinem einzigen Fall wurde dies klar bejaht, meist aber verneint.

⁷ Dies ist um so mehr erwähnenswert, als das Konzept des „Über-Ich“ direkt abgeleitet wurde aus dem Phänomen der akustischen Halluzinationen. Über psychisch Kranke schrieb Freud, sie „... hören halluzinatorisch, wie diese (wahnhaften) Personen die Ergebnisse ihrer Beobachtung verkünden: Jetzt will er das sagen, jetzt kleidet er sich an um auszugehen usw. ... Wie wäre es, wenn diese Wahnsinnigen Recht hätten, wenn bei uns allen eine solche beobachtende und strafandrohende Instanz im Ich vorhanden wäre, die sich bei ihnen nur scharf vom Ich gesondert hätte und irrümlischerweise in die äußere Realität verschoben wäre?“ „... will ich diese Instanz im Ich von nun an als das „Über-Ich“ bezeichnen“ (Werke XV, S. 64f.).

Freud ein Modell entwickelt, das auch die Basis der Ich-Schwäche analysierbar machen soll.

Er grenzt sich dabei sowohl von Ich-psychologischen Theorien, als auch von Selbstpsychologie und Objektbeziehungstheorie ab, die jeweils psychotische Symptomatik so interpretierten, dass dadurch dem Ich (Selbst) ein Zusammenhalt, ein Schutz vor Desintegration und Auflösung, allenfalls ein Objektersatz bereitgestellt wird (a.a.O., S.33). Es werde dabei eine unanalysierbare Basis angenommen. „Sinnvoll sei nur, wie ein Ich mit seinem Schaden (seiner Behinderung) umgehe.“ (a.a.O., S.36)

Im Gegensatz auch zur kleinianischen Theorie, die psychotische Symptome als Abwehrleistungen betrachtet, die immerhin teilweise analysierbar seien, schlägt Lempa vor, psychotische Symptome – analog neurotischer Symptome – als Wunscherfüllungen, als Kompromisse zwischen Trieb und Abwehr anzusehen und folgt dabei Vorstellungen Mentzos (1992). „Übertragen auf die Psychose würde dies bedeuten, dass auch hier der „Zerfall“ des Ich, die Regression zur paranoid-schizoiden Position zielgerichtet sind, sie schaffen die Bedingungen, unter denen ein Wunsch sich äußern, eine Erfüllung finden kann (Lempa, 1992; S.37).

In Bezug auf Freuds energetisches Modell von Trieb und Abfuhr wurde durch Lempa ein Psychosenmodell vorgeschlagen, das in Abgrenzung zur Neurose dadurch charakterisiert ist, dass bei der Psychose dem somatischen Drang (Trieb) jegliche Repräsentanz verweigert wird (die psychotische Abwehr verweigert das Eindringen ins Ich). „Wird er (der Drang) zu stark, so erzwingt er eine Regression des Gesamt-Ich, er schafft einen anderen Realitätsbezug mit anderen Grenzen zwischen Ich und Nicht-Ich“ (a.a.O., S.42). Das Ziel der Regression sei es, innerlich aufgehobenen Wünschen mit der Hilfe von Ich-Funktionen, die vom Ich zum Es „übergelaufen“ sind, einen Ausdruck und eine Befriedigung zu ermöglichen (a.a.O., S.43). Die übergelaufenen Ich-Funktionen bildeten eine neue Außenwelt, auf die das, was vom Ich übrig geblieben ist, reagiere.

Die Ich-Werdung und somit der Ausgangspunkt der Ich-Störungen wird in der Säuglingsphase lokalisiert. Das Neugeborene erlebe zunächst eine „physiologische Fremdbeeinflussung und Ich-Störung“, könne zunächst nicht ausreichend Innen und Außen differenzieren, das Ich müsse im Prozess einer interpersonellen Auseinandersetzung (mit der primären Bezugsperson) diejenigen Funktionen entwickeln, die den Zugang zur Realität herstellen, und die Umwelt in sich einfügen (a.a.O., S.48). Bei Störungen der Widerspiegelung der Handlungen und Affektäußerungen des Säuglings durch die primäre Bezugsperson gelangten Ich-Funktionen nur ungenügend stabil in den Besitz des Ich, sie verblieben unbewusst bei der Bezugsperson.

Diese Instabilität bliebe ohne deletäre Auswirkungen, solange nicht eigenständige Ich-Funktionen benötigt würden, die nie die eigenen waren. Dann gäbe das Ich Terrain auf, Körpervorgänge und Ich-Funktionen verwandelten sich wieder in manipulierbare Objekte der Außenwelt. Die psychotischen Symptome dienten dabei im Rahmen der Ich-Regression der Abwehr. Sie beseitigten das unheimliche Gefühl, dass das Ich nicht mehr Herr im eigenen Hause (Körper) sei (a.a.O., S.55) und verringerten damit die psychotische Angst, andererseits verwende das Ich die „aufgelassenen“ Ich-Funktionen, um Wünschen eine Abfuhrmöglichkeit, eine kompromisshafte Befriedigung zu verschaffen.“

Bei akustischen Halluzinationen seien (Denk-) Sprechfunktionen nie in eigene Regie übernommen worden. Der psychische Binnenraum sei nicht ausreichend stabil für ein eigenes Denken, es wirkten verstrickte Beziehungsformen mit der primären Bezugsperson fort, „in denen einer bei den Gedanken des anderen „mitfährt“, sich die Gedanken des anderen auflegt wie eine Schallplatte, ohne über eine eigene Instanz der Auswahl, Kritik und Verarbeitung von Gedanken zu verfügen.“ (a.a.O., S.65)

Bei konflikthaften, triebgeladenen Konstellationen regrediere das Ich, „Die Ich-Funktion wird durch die Erregung des innerlich aufgehobenen, in keiner Weise repräsentierten Wunsches vom Ich aufgegeben, sie verwandelt sich von einer privaten Tätigkeit unter der Leitung des Ich in ein öffentliches, bedrohliches und manipulierbares Objekt.“ (a.a.O., S.65). Da ein eigenes Denken in den Bereichen, die der Trieb berühre, in der Regression nicht mehr möglich sei, befinde sich das Ich in einem höchst bedrohlichen Zustand. Aus dieser Situation böten die akustischen Halluzinationen einen Ausweg, das Unbewusste übernehme Ich-Funktionen, es werde zum Agenten des Denkens. Durch den Vorgang des Zuhörens beende das Ich die psychotische Angst. Es restituere sich über die Enklave des Unbewussten in seiner Organisation.

1.3.3 Kognitiv-behaviorale Aspekte

Sowohl Chadwick und Birchwood (1994) als auch Kingdon und Turkington (1994) beschäftigten sich mit Halluzinationen aus kognitiv-behavioraler Sicht.

Kingdon und Turkington befassten sich (1994) mit der kognitiv behavioralen Therapie von Schizophrenen und speziell auch deren Halluzinationen. Während Chadwick und Birchwood die Frage der Ätiologie weitgehend außer Acht ließen, betonten diese Autoren, dass auch das Entstehen der Halluzinationen als eine primär normale Erscheinung betrachtet werden kann, die auch bei gänzlich Gesunden auftritt. Hierin bezogen sie sich auf Asaad und Shapiro (1986) und folgten auch deren These, dass Halluzinationen biologisch begründet seien in der Fehlfunktion eines Screening Mechanismus, der normalerweise bis auf den REM-Schlaf funktioniere und verhindere, dass Halluzinationen ins Bewusstsein dringen.

Kognitiv behaviorale Therapie sollte den Betroffenen bei der Realitätsprüfung ihrer Erlebnisse assistieren und weiterhin Angst-Management-Training anbieten, da Angst Halluzinationen verstärken würde. Kingdon und Turkington schlagen eine Operationalisierung für Realitätsprüfung bei Halluzinationen vor (Critical Collaborative Analysis), die wesentlich darin besteht, Überzeugungen über Stimmen in Frage zu stellen und Alternativmodelle anzubieten.

Da Kingdon und Turkington sich grundsätzlich mit der Frage auseinandersetzen, inwiefern kognitiv-behaviorale Ansätze zur Therapie der Schizophrenie beitragen können, bleiben ihre Ausführungen bezüglich des Halluzinationsphänomens wenig konkret (insbesondere wird nicht im Einzelnen ausgeführt, was unter Angst-Management-Training und „Critical Collaborative Analysis“ zu verstehen ist).

Chadwick und Birchwood (1994) beschäftigen sich dezidiert mit „Stimmenhören“. Sie befragten akustisch halluzinierende Schizophrene über die Identität und Bedeutung der Stimme. In Anlehnung an Becks kognitivem Modell der Depression sollten Überzeugungen über dieses Symptom erfragt werden, welche als Ansatzpunkte kognitiver Therapie identifiziert werden könnten. Nachfolgend sollte den Betroffenen geholfen werden, ihre Symptome und Erfahrungen in einer nicht psychotischen Art auszudrücken.

Sie fanden, dass die Stimmen fast ausschließlich als allmächtig und allwissend und entweder als wohlmeinend oder übelwollend („malevolent or benevolent“) geschildert wurden. Die Befragten nannten Argumente für diese Überzeugungen, die nicht immer mit dem Inhalt der Halluzinationen übereinstimmten. Sämtliche übelwollenden Stimmen erzeugten Angst und wurden abgelehnt. Wohlmeinende Stimmen wurden eher umworben. Im Falle imperativer Stimmen sei die Nachdrücklichkeit des Befehls entscheidend für die Frage, ob er befolgt werde.

Die These, dass „normale“ Denkprozesse auch an der Verarbeitung und Erzeugung psychotischer Symptome beteiligt seien, veranlasste die Autoren nach Erfassung obengenannter Überzeugungen über die Symptome in einigen Fällen auch zu thera-

peutischen Versuchen mit kognitiv behavioralem Hintergrund. Es sollten zentrale Überzeugungen über die akustischen Halluzinationen unterminiert werden, um das durch sie hervorgerufene Leid zu vermindern und mehr Möglichkeiten für adaptive Coping-Strategien zu erzeugen. Den jeweiligen Überzeugungen wurde dabei nicht widersprochen, sondern es wurden alternative Erklärungsmöglichkeiten vorgeschlagen, diskutiert oder empirisch überprüft.

Es ergaben sich teilweise erstaunliche Besserungen nicht nur in Bezug auf obengenannte Therapieziele, sondern wiederholt verringerte sich nicht nur die jeweilige Überzeugung bezüglich der Stimme, sondern diese verschwand, verringerte sich in der Intensität oder es verbesserte sich z.B. die soziale Adaptation der Betroffenen.

Die Autoren schlossen, dass es sinnvoll und notwendig sei, sich mit der Interaktion von Betroffenen und psychotischer Störung zu beschäftigen und dass kognitive Modelle hierfür hilfreich seien. Die Coping Strategien im Umgang mit der Stimme (Widerstand, Engagement, Leid) seien wesentlich bedingt durch Unterschiede in Überzeugungen bezüglich Stimmen, die festgemacht werden könnten an der Unterscheidung zwischen „wohlmeinend“ und „übelwollend“.

Die Feststellung, dass die jeweiligen Überzeugungen weniger als die Intensität der Befehle erklärten, warum imperativen Stimmen gefolgt wird oder nicht, veranlasste die Autoren zu einer Erweiterung des kognitiven Modells. Es sollte die Wechselwirkung zwischen Überzeugung, Affekten und Handeln komplexer als bisher in Betracht gezogen werden.

Die Anwendung der kognitiv behavioralen Therapie wurde besonders in England (Wykes 1999; Chadwick 2000) und den Niederlanden (Wiersma 2001) weiterentwickelt. Es konnte die Besserung der Beschwerden oder in einigen Fällen auch das Verschwinden der Stimmen berichtet werden, und es wurde nachgewiesen, dass auch Gruppentherapie eine erfolgreiche Therapie darstellt.

Bestätigt wurden durch neuere Untersuchungen (Sayer et al 2000) der Zusammenhang zwischen Attributionsstil (malevolent/ benevolent) und Copingverhalten (Widerstand/Engagement), allerdings konnte differenzierend nachgewiesen werden, dass einige Betroffene ihre Stimmen sowohl als böse als auch als wohlmeinend einordneten und es keine gänzlich eindeutige Beziehung zwischen Attribution und Copingverhalten gibt. Deshalb wird gefordert, dass KlinikerInnen sorgfältig Attributionsstil und Copingverhalten erfassen.

1.3.4 Erfassung subjektiver Aspekte

Mehrere neuere Untersuchungen beschäftigen sich unabhängig von der Frage der Ätiologie mit *subjektiven Aspekten* der erlebten Halluzinationen (siehe auch Chadwick und Birchwood, 1994).

Larkin (1979) fand in einer Untersuchung von 10 schizophrenen HalluzinandInnen während der Akutphase und in der Remission unterschiedliche Beschreibungen über Form und Inhalt der Halluzinationen. Zu beiden Messzeitpunkten wurden diese als real empfunden und angegeben, dass sie Denken und Handeln steuern konnten. Zum ersten Messzeitpunkt wurden die Halluzinationen überwiegend als ängstigend und isolierend geschildert, während der Remission als unterstützend und sozial orientiert. Die Autorin schloss aus den Ergebnissen, dass die Stimme den hilflosen Betroffenen nur in der akuten Phase Befehle gäbe, während in der Remission Handlungsalternativen aufgezeigt würden.

Benjamin (1989) befragte 30 psychiatrische PatientInnen mit unterschiedlicher Diagnose über die jeweilige Beziehung zu den gehörten Stimmen. Die Autorin argumentierte, dass auch bei einer angenommenen biologischen Ursache der Schizophrenie nachgewiesen sei, dass psychosoziale Faktoren den Verlauf der Erkrankung wesentlich mitbeeinflussen. Wesentlich hierfür sei auch die Umgehensweise der Be-

troffenen mit ihrer Erkrankung und den jeweiligen Symptomen. Bedeutsam erscheint ihr dabei besonders der Beziehungsaspekt. Sie sieht einen Zusammenhang zu den interfamiliären Beziehungen, deren Bedeutung bezüglich Ätiologie, Verlauf und Behandlung der Schizophrenie z.B. Sullivan und Bateson gezeigt hatten. Insofern schlug sie den ProbandInnen vor, die gehörten Stimmen so wie Mitmenschen zu beschreiben.

Benjamin beabsichtigte mit obengenannter Methode zunächst nachzuweisen, dass eine persönliche Beziehung zur Stimme besteht und diese einen Einfluss auf die Chronizität hat.⁸

Sie stellte fest, dass alle untersuchten PatientInnen eine integrierte, interpersonell kohärente Beziehung mit der Stimme hatten, dass diese in den meisten Fällen eine wechselseitige Komplementarität aufwies, d.h. sich aus dem Inhalt der Stimme sinnvoll ableiten ließ, und dass sich qualitative Unterschiede zwischen den unterschiedlichen diagnostischen Gruppen ergaben. So hatten schizophrene PatientInnen zwar ebenfalls eine integrierte Beziehung zur Stimme, aber häufig war diese nicht komplementär, dem Inhalt der Halluzinationen entsprach ein „inappropriate affect“ und/oder es wurde mit ungewöhnlicher Kontingenz („unfamiliar contingencies“) reagiert. Wie oben geschildert, wurde diese inkonsistente Umgehensweise Schizophrener mit den Stimmen auch durch Chadwick und Birchwood bezüglich kognitiver Aspekte festgestellt.

Benjamin resümiert, dass die untersuchten Halluzinierenden eine persönliche Beziehung mit ihren Stimmen hatten, der möglicherweise eine adaptive Bedeutung zukomme und die insofern die Chronizität der Erkrankung mitbedingen könnte.

Romme et al (1989, 1992) untersuchten Copingstrategien Halluzinierender unter bewusst nicht pathologisierendem Gesichtspunkt („emancipatory approach“). Sie interviewten ausgewählte TeilnehmerInnen eines Kongresses von akustisch Halluzinierenden. Nach Vorankündigungen in verschiedenen Medien versammelten sich dort sowohl Personen, die in psychiatrischer Behandlung waren als auch solche, die nie Hilfe wegen ihrer „Symptome“ gesucht hatten.

In der Mehrzahl der Fälle konnten mehrere Phasen des Copingverhaltens identifiziert werden (startling, organization/coping with the voices, stabilization). Etwa ein Drittel der Befragten gab an, dass sie erfolgreich mit ihrer Stimme umgingen. In einer Nachfolgeuntersuchung wurden unterschiedliche Copingstrategien bezüglich ihrer erfolgreichen Anwendung überprüft. Es zeigte sich, dass nur Ablenkung als Strategie („distraction“) häufiger von „Non-Copern“ eingesetzt wurde, während selektives Zuhören („selective listening“) und Grenzen setzen („setting limits“) häufiger Strategien von „Copern“ waren. Zusammenfassend wurde festgestellt, „that ... coping success ... appears to entail reaching some sort of peaceful accommodation and acceptance of the voice as „part of me“, weiterhin, dass es vorteilhaft sei, wenn Betroffene der Stimme eine Bedeutung zuordnen und diese Bedeutung den Betroffenen Einflussmöglichkeiten auf die Stimme einräume (so sei etwa eine pure biologische Interpretation des Phänomens wenig hilfreich, da es den Betroffenen Einflussmöglichkeiten nähme).

Allerdings schien auch die Art der Stimme einen Einfluss darauf zu haben, wer besser mit ihr zurechtkam. So berichteten zwar auch der größte Anteil derjenigen, die angaben, dass sie Strategien gefunden hätten, mit ihren Erlebnissen zurechtzukom-

⁸ Letztlich beabsichtigte die Autorin zu zeigen, daß Änderungen familiärer Beziehungen das Entstehen oder den Verlauf schizophrener Erkrankungen beeinflussten. Falls gezeigt werden könnte, dass familiäre Interaktionen vergleichbaren Interaktionen mit der Halluzination vorausgingen, wäre die These gestärkt. Da diesbezügliche Daten nicht vorliegen, präziserte sie zunächst die Fragestellung insofern, als sie sich nur auf die Beziehung von Stimme, Person und Krankheitsverlauf zueinander konzentrierte.

men, über negative Stimmen, allerdings war der Anteil signifikant geringer als bei Betroffenen, die nicht so gut mit „ihrer Stimme“ zurechtkamen. Auch der Anteil der imperativen Stimmen war bei den „Copern“ signifikant geringer. Unterschiede zwischen psychiatrisch Behandelten und solchen ohne Therapie bestanden wesentlich in psychosozialer Unterstützung, sie waren häufiger verheiratet und teilten sich öfter über die Stimme mit.

Romme schloss aus den Ergebnissen, dass es sinnvoll sei, das Halluzinationsphänomen nicht nur unter psychologischen Gesichtspunkten, sondern auch unter sozialen zu betrachten. Schließlich seien entscheidende Unterschiede zwischen Halluzinierenden, die gut mit dem Phänomen zurechtkämen und solchen, die nicht gut zurechtkämen, eher soziale Fähigkeiten im Umgang mit der halluzinierten Stimme und auch mit und im mitmenschlichen Umfeld. (Romme 1997)

In nachfolgenden Untersuchungen wurde differenziert nach schizophrenen und dissoziativen PatientInnen und Halluzinierenden, die nicht psychiatrische PatientInnen⁹ waren. Es wurde festgestellt, dass der Charakter der Stimmen sich nicht besonders unterschied, wohl aber der Einfluss der Stimmen auf die Gefühlswelt und das Verhalten der Betroffenen. So hörten zwar sämtliche Betroffene positive und negative Stimmen, aber die Nicht-PatientInnen erlebten sie in der Gesamtheit als positiv, weiterhin fürchteten sie sich nicht vor den Halluzinationen und waren bei den täglichen Verrichtungen wenig gestört. Auch diesbezüglich nahmen die AutorInnen an, dass die Nicht-PatientInnen über größere Ressourcen im Umgang mit belastenden Ereignissen verfügten.

Letztlich wurden die Betroffenen nach ihren individuellen Erklärungen für ihre Erlebnisse befragt. Schizophrene und Personen ohne Behandlung gaben etwas häufiger an, Geistwesen und andere metaphysische Wesen zu hören, dissoziativ Erkrankte hörten überwiegend lebende und verstorbene bekannte Personen. Verstorbene wurden allerdings auch von einigen aus den anderen Gruppen genannt. Bemerkenswerterweise sprachen mehr als die Hälfte der schizophren Diagnostizierten über Stimmen auch als Krankheitssymptom, während diese Angabe bei den beiden anderen Gruppen extrem selten war.

Zusammenfassend schlugen die Autoren als therapeutische Konsequenzen vor, das Phänomen in seiner Bedeutsamkeit wahrzunehmen, zu versuchen, die oft symbolische Sprache über Halluzinationen zu verstehen, den Betroffenen bei der Kommunikation mit der Stimme zu helfen, und letztlich sie zu motivieren, mit anderen (Betroffenen) über ihre Erlebnisse zu sprechen.

1.3.5 Selbsthilfe

Nicht zuletzt angeregt durch die Arbeiten Rommes bildeten sich mittlerweile in verschiedenen Ländern Selbsthilfebewegungen. Die derzeit größte Organisation ist das „Hearing Voices Network“ in England mit mehr als Tausend Mitgliedern, eigenen Publikationen und Seminaren, die nicht zuletzt zur Fortbildung psychiatrisch Tätiger dienen sollen. Die bemerkenswerten Manuale, deren Ziel das bessere Verständnis und Umgehen mit den halluzinierten Stimmen ist, sind teilweise ins Deutsche übersetzt (Baker 1996, Baker 1996; Coleman, Smith 1997). In Deutschland wurde 1998

⁹ Unter dem Begriff „nicht PatientInnen“ ist gemeint, dass diese Personen nie psychiatrische Therapie in Anspruch genommen hatten. Ausdrücklich abgelehnt wird etwa die Krankheitsdefinition „schizophren“, sofern sie nicht die Hilfebedürftigkeit oder das Leiden in den Vordergrund stellt, sondern auf der Addition bestimmter Items beruht. Besonders die Einordnung bestimmter Halluzinationen allein aufgrund ihrer formalen Struktur in „Symptome ersten Ranges“ wird abgelehnt, da nicht diese formalen Merkmale die Krankheit erfassen. Auch viele Halluzinierende ohne Therapieerfordernis hätten solche Erlebnisse, ohne sie sinnvoll als „krank“ bezeichnen zu können. (siehe auch: Richartz, 1997)

das „Netzwerk Stimmenhören“ gegründet, ein Zusammenschluss verschiedener Selbsthilfegruppen sowie dialogischer Gesprächsgruppen, der als Verein die Interessen Stimmen hörender Menschen vertreten, Informationen und Erfahrungsaustausch fördern sowie Forschung, die „zum besseren Verständnis und Umgehen beiträgt“, anregen will.

1.4 Schlussfolgerungen und Begründung des eigenen Forschungsansatzes

1.4.1 Symptom und Bedeutung

Der beschriebene Forschungsstand belegt, dass sich das Phänomen „Halluzinationen“ u.a. aufgrund seines subjektiven und idiosynkratischen Charakters einer endgültigen Definition (bisher?) verschließt und dass trotz umfassender Forschungsanstrengungen mit teilweise eindrucksvollen Ergebnissen eine befriedigende Theorie der Halluzinationen nicht existiert. Einige aktuelle Ansätze versuchen das subjektive Erleben und die Umgangsweise Betroffener mit dem Symptom zu erfassen und für therapeutische Prozesse zu nutzen sowie Betroffene zur eigenen Auseinandersetzung mit ihren Erlebnissen zu motivieren. Z.T. werden solche von Romme (1995) „emancipatory approach“ genannte Ansätze von Betroffenen selbst formuliert.

Der Ansatz, Betroffene als „Experten in eigener Sache“ (Geislinger 1998) wahrzunehmen, ordnet sich ein in aktuelle sozialpsychiatrische Tendenzen des sogenannten „empowerments“. Diese Tendenzen zeigen sich etwa in der zunehmenden Anzahl von diversen Selbsthilfegruppen auch im Bereich psychischer Beschwerden sowie der Gründung von Betroffenenorganisationen (z.B. Anonyme Alkoholiker, emotions anonymus, Psychiatrieerfahrene). Für Keupp (1998) stellt dies eine Erweiterung reformorientierter psychiatrischer Diskurse dar. Die Psychiatriereform habe zu einer besseren Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen geführt, sei dabei aber einer „fürsorglichen Belagerung“ verhaftet, die die Artikulation eigener Bedürfnisse der Betroffenen nicht fördert. Zu Anfang der Psychiatriereform seien nicht einmal die Persönlichkeits- und Bürgerrechte der psychiatrisch „Internierten“ Thema gewesen. Heute, wo viele professionelle Reformvorschläge erneut an der politischen und ökonomischen Umsetzbarkeit scheiterten, gingen die Veränderungsimpulse des reformorientierten Psychiatriediskurses vor allem von Betroffenen aus. Die psychiatrisch Tätigen müssten sich für neue Bündnisse öffnen und „sich von ihrem professionellen Mythos trennen ... , dass sie stellvertretend für die Betroffenen und Angehörigen zu ihrem Besten handeln könnten“.

In diesem Zusammenhang stellen sich etwa die in den letzten Jahren entstandenen dialogischen Psychosegruppen als eine innovative Ergänzung des bisherigen therapeutischen Angebotes dar und nicht nur als Ausdruck des Vertrauensverlustes in herkömmliche psychiatrische Möglichkeiten. Zaumseil (1998) weist ergänzend zu den dargestellten Zielen, dass nämlich Betroffenen ihre eigenen Interessen formulieren können sollten, zurecht darauf hin, dass die Psychoseseminare einen Rahmen für Sinnsetzung und Sinnggebung böten. Die notwendige inhaltliche Auseinandersetzung mit psychotischem Erleben komme in den biologischen sowie auch den verhaltenstherapeutischen Ansätzen zu kurz. Gerade das medizinische Paradigma führe zu einer Scheinsicherheit. Die kulturelle Bedingtheit auch des biologischen Ansatzes würde dabei übersehen und es ginge das Interesse an Sinngehalt und kulturellen Bedeutungen, die mit der subjektiven Erfahrung von Kranksein einhergehen, weitgehend verloren. Es kann davon ausgegangen werden, dass viele Betroffene ihre Erlebnisse – z.B. das Stimmenhören – verschweigen, weil sie sich unverstanden fühlen.

Diese subjektorientierte Vorgehensweise hätte wohl auch dann einen Sinn, wenn Krankheitssymptome nur Epiphänomene einer postulierten – sei es biologischen oder psychischen – Erkrankung wären. Für Strauss (1979), der herleitet, warum bei bestimmten seelischen Krankheiten diese Herangehensweise von entscheidender Bedeu-

tung ist, gilt für diverse Erkrankungen, dass Symptome nur periphere Manifestationen einer basalen Fehlfunktion sind und damit zumindest für die Natur derselben nur geringe Bedeutung haben, das medizinische Modell sei hier ausreichend. Beispielhaft führt der Autor bestimmte Infektionskrankheiten an. So habe sich etwa bei der Syphilis, die auf einen einzigen pathogenen Faktor zurückzuführen ist, dieses Konzept als sinnvoll erwiesen.

Allerdings führte – wie oben geschildert – bereits Bleuler (1911) die Differenzierung ein in primäre Symptome, die direkt die Krankheit repräsentierten, und sekundäre, die „teils psychische Funktionen unter veränderten Bedingungen, teils die Folgen mehr oder weniger missglückter oder auch geglückter Anpassungsversuche an die primären Störungen“ seien. Letztere wurden also schon in der ersten definitorischen Fassung der Krankheit Schizophrenie als aktive Leistung der Erkrankten angesehen. Dieser Tradition folgend, fasste Klosterkötter (1988), dem Konzept der Basisstörungen Hubers verpflichtet, produktive Symptome als aktive Reaktionen auf, die psychosozial mitgeformt wären. Andere AutorInnen, wie z.B. Strauss et al. (1986) und Böker (1986), sowie Böker und Brenner (1986, 1983) wiesen auf die aktive Rolle der schizophren Erkrankten in der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung und speziell umschriebenen basalen kognitiven Störungen hin und konnten „Selbstheilungsversuche“ nachweisen.

Selbst „Negativsymptome“ wurden als Artefakte interpretiert. Sie seien ein Schutzmechanismus bei erhöhter Vulnerabilität (Ciompi 1980) oder vor den mannigfaltigen Verletzungen durch die Krankheit, die Gesellschaft oder durch die Kranken selbst (Strauss 1989).

Ganz unabhängig von seinem Zustandekommen kann also ein Symptom sekundär eine psychische Funktion gewinnen. Hierauf weisen die Ergebnisse obengenannter Untersuchungen von Benjamin (1989) sowie Romme et al. (1989, 1992, 1997) eindrücklich hin. „Dieser Typus von Symptomen ist also Ausdruck eines defizitären Funktionsmodus des psychischen Systems, lässt sich aber zugleich als Versuch der Kompensation eines psychischen Defizits auffassen.“ (Brücher 1996). Insofern ist also für Verständnis und Umgang mit der Erkrankung das Symptom unabhängig von der Frage, ob es als „primär“ oder „sekundär“ anzusehen ist, bedeutsam.¹⁰

Brücher (1996), Benjamin (1989) und Strauss (1989) wiesen auf die praktischen Konsequenzen dieser Sichtweise der Beziehung von PatientIn und Symptom hin. Insbesondere zum Verständnis der Chronifizierung der Psychosen könne diese beitragen. „For the person with severe mental illness, the relationship with that illness is almost certainly a crucial contributor to chronicity or recovery.“ (Strauss 1989). Unerslässlich für ein angemessenes Verständnis der Erkrankten und der Krankheit sei es, diese als unabhängig voneinander aufzufassen und erstere als „... active agent (-s) dealing with mental disorder“ zu verstehen. „It may, in fact, be just the difference between seeing oneself and the disorder as separate or becoming absorbed by it that is the crucial factor influencing the evolution of chronicity or recovery.“ (Strauss 1989). Diese theoretischen Auffassungen finden sich auch bei Kingdon und Turkington (1994) und Romme et al. (1989, 1992, 1997). Letztere konnten nachweisen, dass Betroffene, die die halluzinierten Stimmen als beeinflussbar erlebten, also nicht absorbiert wurden, effektivere Copingstrategien entwickelten als solche, die keine Einflussmöglichkeiten sahen.

¹⁰ Die Analogie zur psychischen Verarbeitung somatischer Erkrankungen veranlasste Mentzos (1995) von einem somatopsychisch-psychosomatischen Modell der Psychosen zu sprechen. Aufgrund der heute (glücklicherweise) geringen Inzidenz kann nicht überprüft werden, ob auch bei Syphilis nur vermeintlich „einfache Beziehungen“ zwischen Grundkrankheit und Symptom (Strauss, 1974) bestehen. Plausibel erscheint, dass etwa bestimmte psychische Symptome der Neurosyphilis ebenfalls Aspekte von Bewältigungsversuchen innehaben.

Nach Brücher (1996) hat die Doppelbedeutung des Symptoms als „Krankheitszeichen und reparative Leistung“ auch Einfluss auf den therapeutischen Prozess. „Der gutgemeinte Ratschlag an den Patienten, mehr Compliance zu zeigen oder der Versuch, ihn auf die Beachtung der Frühsymptome zu trainieren, haben nur Sinn, wenn und sofern der Patient dazu erstens in der Lage ist (d.h. zumindest so angstentlastet, realitätsorientiert und beziehungsfähig ist, dass er das Risiko einer Veränderung wagen kann) und zweitens einen möglichen Gewinn darin sieht.“ Insofern sei das Verstehen der Bedeutung des Symptoms Voraussetzung jeder erfolgsversprechenden Therapie.

1.4.2 Erfassbarkeit von „Stimmen“ als idiosynkratische Phänomene

Es stellt sich die Frage, wie die komplexe Beziehung zwischen Halluzinierenden und deren Stimmen sowie zwischen Krankheit und Symptom besser verstanden werden kann und auf welche Art und Weise die subjektiven Aspekte des Phänomens „Stimmenhören“ wissenschaftlich erfasst werden können.

Nicht wenige AutorInnen vertraten die Position, dass insbesondere schizophrene Symptome aufgrund ihres idiosynkratischen Charakters nur im Einzelfall – also ideographisch – zu analysieren seien. Beispielhaft sei hier Adler (1927) zitiert: „Der wahre Sinn der Halluzinationen, ihre Bedeutung, ihr Woher und Wohin ... ist nur aus dem Ganzen des Individuums, aus seiner Persönlichkeit zu verstehen.“

Ähnlich argumentierte etwa Mentzos (1995), der es aufgrund der Komplexität der Patienten- und Therapeutenvariablen als völlig illusorisch ansah, „... hier eine regelrechte statistische Verarbeitung vornehmen zu wollen. Lediglich in Bezug auf bestimmte einfache harte Daten sind gewisse Vergleiche möglich.“ In den Publikationen des letztgenannten Autors wird deutlich, wie fruchtbar eine solche Herangehensweise ist. Allerdings besteht die Gefahr, dass eine Verständigung (z.B. mit VertreterInnen anderer Schulen) unmöglich wird oder – schlimmstenfalls – die Realität verkannt wird.

Probleme Einzelfall-orientierter Herangehensweise können bezüglich des Halluzinationsproblems etwa an widersprüchlichen – jeweils ideographisch „festgestellten“ – Ergebnissen belegt werden. So interpretierte etwa Modell (1958) Halluzinationen psychoanalytisch als Ersatz für reale Objektbeziehungen. Seine ideographische „Feststellung“ von letztlich meist positiven / unterstützenden Stimmen steht im völligen Gegensatz zu ebenfalls ideographisch beschriebenen überwiegend negativen Stimmen durch Isakower (1939), der diese in enger Anlehnung an Freud als bestimmte Über-Ich Funktionen verstand.

Wie Schäfer (1995) zeigte, ist eine adäquate psychiatrische Wissenschaft nicht ohne eine Kombination ideographischer und nomothetischer Ansätze denkbar. Er wies auf die Notwendigkeit des Zusammenspiels beider Methoden und darauf hin, dass „... jede ideographische Wissenschaft bezüglich ihrer Allgemeinbegriffe auf nomothetische Disziplinen zurückgreifen muss.“

Wünschenswert wäre in Hinblick auf die Erfassung des idiosynkratischen Phänomens „Stimmenhören“ und der dynamischen Aspekte dieser Erlebnisse eine Methode, die einerseits eindeutige Verständigung ermöglicht und andererseits nicht auf der statistischen Aufarbeitung von vorgegebenen Merkmalen fußt. Hier qualifiziert sich der aus der Psychologie der Persönlichen Konstrukte entwickelte Repertory-Grid als Methode. Sie ist primär ideographisch orientiert, erlaubt aber, subjektive – auch idiosynkratische – Merkmale zu registrieren und verrechenbar und vergleichbar zu machen. Mit seiner Anwendung auf das Phänomen Halluzinationen ist beabsichtigt, psychologische Aspekte des Phänomens nomothetisch darzustellen und damit zu einem besserem Verständnis der Patienten und Patientinnen beizutragen.

Wie in Kapitel 2 ausgeführt wird, ist ein weiterer Vorteil dieser Methode, dass sie primär von einer aktiven Auseinandersetzung und Gestaltung (Konstruktion) Betrof-

fener mit ihren Erlebnissen ausgeht – sie werden als WissenschaftlerInnen verstanden- und sie nicht einer vorgegebenen pathologisierenden Theorie unterwirft.

1.5 Fragestellung

Mit der vorliegenden Untersuchung ist beabsichtigt, das subjektive Erleben des Phänomens „Stimmenhören“ genauer zu erfassen. Dabei soll die Vergleichbarkeit und Quantifizierbarkeit der individuellen Erfahrungen ermöglicht werden, um theoriegeleitete Fehlinterpretationen der erfassten Daten zu minimieren.

Es sollen, ausgehend von den genannten Grundannahmen, dass es hilfreich ist Betroffene als ExpertInnen ihrer Erlebnisse aufzufassen, subjektive Schilderungen des Halluzinationsphänomens erfaßt werden. Zunächst betrifft das die rein inhaltliche/deskriptive Schilderung des Erlebens. Darüber hinaus sollen folgende Hypothesen überprüft werden:

1. „Stimmenhören“ hat eine psychische Funktion. Einhergehend mit den Befunden zu „Basisstörungen“ und produktiven Phänomenen wird hier angenommen und soll überprüft werden, dass Stimmenhören für die formale und inhaltliche Struktur des Denkens und Wahrnehmens eine stabilisierende Wirkung hat.
2. „Stimmenhören“ hat einen relativ konstanten Inhalt und eine relativ konstante formale Struktur. Halluzinieren ist nicht verrückt im Sinne von „chaotisch“. Diese Konstanz besteht intraindividuell bei chronisch Halluzinierenden über längere Zeit und ist interindividuell bzgl. bestimmter Muster vergleichbar.
3. Weiterhin wird hier angenommen, dass die Betroffenen eine „persönliche Beziehung“ (Benjamin 1989) zu ihren Stimmen haben. Diese soziale Funktion wird durch den Vergleich mit lebensgeschichtlich bedeutsamen Personen oder solchen Personen, die über ihre soziale, affektive oder kognitive Funktion definiert sind, besser verständlich.

Dass eine personale Beziehung zu den Stimmen besteht, wird hier insofern vorausgesetzt, als die Betroffenen die Stimmen mit Eigenschaften beschreiben, die auch auf andere Mitmenschen zutreffen können. Das heißt, dass die Stimmen bzw. die Personen, die in der Vorstellung der Halluzinierenden mit der Stimme assoziiert sind, mit anderen realen Personen bzw. Selbstaspekten verglichen werden können. Da dies auch das Untersuchungsfeld darstellt, können auch nur hierüber Erkenntnisse gewonnen werden. Dies betrifft auch die Überprüfung der Hypothesen. Ihre Gültigkeit wird mit dieser Untersuchung nur soweit überprüft, als es den zwischenmenschlichen bzw. den Bereich von Selbstaspekten betrifft. Beispielsweise kann nichts darüber gesagt werden, ob das Stimmenhören für die Betroffenen insofern eine Funktion hat (Hypothese 1), als es die technischen Fähigkeiten verbessert, sondern ausschließlich soweit es für das Erleben des zwischenmenschlichen Umfelds bedeutsam ist.

Eine Eingangsvoraussetzung ist auch, dass die Betroffenen aktiv mit ihrem Erleben umgehen und sich soweit von den Halluzinationen distanzieren, dass eine beobachtend / beschreibende Position eingenommen wird. Dass es solche Halluzinierende überhaupt gibt, könnte hier auch als Hypothese gelten, ist u.E. aber klinisch evident. Betont werden muss hier also vor allem, dass solche Betroffene, die keine distanzierte Haltung zu ihrem Erleben einnehmen können, da sie dazu beispielsweise aufgrund des Leidensdrucks nicht in der Lage sind, nicht die Voraussetzungen für diese Untersuchung erfüllen.

Bereits an dieser Stelle muss ein problematischer Aspekt dieser Untersuchung erwähnt werden: bewusst wird hier das Untersuchungskollektiv aus Gründen der Vergleichbarkeit auf PatientInnen eingegrenzt, die als „schizophren“ diagnostiziert sind. Ähnlich den meisten zitierten Untersuchungen und Theorien wird in Kauf genommen, dass sich die Ergebnisse nicht ungeprüft auf andere Halluzinierende übertragen lassen.

2. *Die Psychologie der Persönlichen Konstrukte und ihre praktische Anwendung*

2.1 *Theoretischer Hintergrund: Die Psychologie der persönlichen Konstrukte*

Kelly entwickelte in den fünfziger Jahren die „Theorie der persönlichen Konstrukte“, die nach Catina und Schmitt (1993) primär als integrative Theorie angelegt war und eine Brücke zwischen verschiedenen psychologischen Sichtweisen bilden sollte.

In Abgrenzung zu analytischen Theorien betonte Kelly die aktiven Komponenten menschlichen Verhaltens. Er suchte weiterhin nach Möglichkeiten, Aussagen über das „inside“ zu machen, insofern unterschied sich sein Ansatz von der behavioristischen Reiz-Reaktions-Psychologie.

Als grundlegender philosophischer Standpunkt wurde von Kelly der „konstruktive Alternativismus“ formuliert. Er nahm an, „... dass, was immer die Natur sein mag oder wie die Suche nach Wahrheit letztendlich auch ausgehen mag, die Ereignisse, die wir heute ins Auge fassen, Gegenstand eben so vieler Konstruktionen sind, wie unser Verstand uns zu erfinden erlaubt. Damit soll weder gesagt sein, dass eine dieser Konstruktionen so gut wie jede andere ist, noch soll bestritten werden, dass es in irgendeiner fernen Zukunft der menschlichen Einsicht möglich sein wird, die Wirklichkeit bis in die entlegensten Bereiche der Existenz zu erkennen. Aber die Annahme erinnert uns daran, dass alles, was wir heute sehen, für neue Fragen und nochmaliges Prüfen offen ist, und sie legt nahe, dass auch die offensichtlich alltäglichsten Ereignisse in völlig anderem Licht erscheinen könnten, wenn wir nur erfindungsreich genug wären, sie anders zu (re) konstruieren.“ (Kelly 1970, zit. nach Bannister und Fransella, 1981). Winter (1992) betonte, dass diese Position nicht ausschließt, Aussagen über die Welt zu treffen: „Kelly’s was not a solipsistic position, inasmuch as he did not deny the existence of a real universe, albeit one that no individual can experience directly“. (S. 4)

Kelly grenzt sich ab vom „akkumulativen Fragmentalismus“, der dadurch gekennzeichnet sei, dass die Wahrheit Stück für Stück angesammelt und die Fragmente in Einklang gebracht werden. „Der konstruktive Alternativismus hat zwar nichts gegen das Sammeln von Informationen einzuwenden, doch misst er die Wahrheit nicht an der Größe solcher Sammlungen. In der Tat bringt er einen dazu, eine große Ansammlung von Fakten als Einladung zu weitreichenden Rekonstruktionen zu betrachten, die sie auf eine Menge von Trivialitäten reduzieren werden. (a.a.O., S. 6) Radikal formulierte er: „Wir nehmen an, dass alle gegenwärtigen Interpretationen des Universums revidiert oder ersetzt werden müssen.“ (Kelly 1986, S. 28) und lud dazu ein, auch die Theorie der persönlichen Konstrukte immer wieder in Hinsicht auf die Nützlichkeit zu überprüfen (a.a.O., S. 112). Er ermutigte dazu, auch die individuelle Konstruktion der Welt als veränderbar anzusehen: „Niemand braucht sich selbst in die Enge zu treiben; niemand muss das Opfer seiner Biographie sein. Wir nennen diese Position den konstruktiven Alternativismus.“ (Kelly 1986, S. 29)

Nach Landfield (1971) war Kelly fasziniert von der Frage, was geschehen würde, wenn man den gewöhnlichen Menschen so „konstruiere“, als ob er vieles mit einem Wissenschaftler oder Forscher gemeinsam hätte. „Die langfristige Sicht des Menschen führt uns dazu, unsere Aufmerksamkeit eher den Faktoren zuzuwenden, die für seinen Fortschritt verantwortlich zu sein scheinen, als jenen, die seine Bestrebungen vereiteln. In einem hohen Maße – wenn auch nicht ganz – ist dem Plan vom menschlichen Fortschritt der Stempel der „Wissenschaft“ aufgedrückt worden. Werfen wir also, anstatt uns mit dem „Menschen als biologischem Organismus“ oder dem „Menschen als Glückspilz“ zu beschäftigen, einen Blick auf den „Menschen als

Wissenschaftler“ (Kelly, 1986, S. 18). Wie WissenschaftlerInnen stellen alle Menschen permanent Hypothesen auf, überprüfen und revidieren diese. Die psychische Energie, die zur Entwicklung psychologischer Prozesse führe, leite sich also primär aus der Forschungstätigkeit ab. Dies drückte Kelly in seinem grundlegenden Postulat aus: „Die Prozesse eines Menschen werden psychologisch durch die Mittel und Wege kanalisiert, mit deren Hilfe er Ereignisse antizipiert.“ (a.a.O., S. 59) Er schlug vor, Menschen nicht unter dem Gesichtspunkt von Objekten zu betrachten, sondern sie als eine Form der Bewegung zu verstehen. Sie versuchten die Zukunft (reale Ereignisse) immer besser zu antizipieren. Mehr als die Vergangenheit quäle die Menschen die Zukunft und ihre Vorhersage. Da es unterschiedlich effektive Arten gibt, zukünftige Ereignisse zu antizipieren, bedeutet diese Aussage keine Relativierung aller möglicher Konstruktionen. „... although Kelly viewed people as operating like scientists, he was equally clear that they are not always good scientists. Indeed, ... , to a large extent he equated psychological disorder with bad science.“ (Winter, 1992 S. 6)

Das individuelle System, in dem Hypothesen über die Welt organisiert sind, nannte Kelly „Konstruktssystem“ und betonte damit erneut den aktiven Charakter der Erkenntnis. „Konstrukte“ sind zunächst Unterscheidungen, in dem Sinne, dass eine bestimmte Klasse von Dingen (nach Kelly „Elemente“) anderen unähnlich ist. Insofern sind sie Hypothesen über Elemente (Scheer, Catina 1993; S. 14). Kelly vertrat die These, dass Denksysteme dichotom organisiert seien und Elemente nur in ihrer Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit zu anderen Elementen konstruiert werden könnten (a.a.O., S. 14). „Elemente“ sind beliebige Objekte, mit denen Menschen sich internal auseinandersetzen. Es können z.B. Personen, Situationen, Gegenstände sein.

Kelly betonte die vielfältigen Konstruktionsmöglichkeiten und sogar, dass „der Konstruktionsvorgang ... nicht mit verbaler Formulierung verwechselt werden“ dürfe (Kelly 1986, S. 64). Viele präverbale und nonverbale Konstrukte seien z.B. im Bereich der Physiologie erfasst, insofern sie sich auf körperliche Ereignisse bezögen. Nach Winter (1992, S. 5) kann die Benennung unverbaler Konstrukte ein zentraler Bestandteil von Psychotherapien sein.

Das je individuelle Konstruktionsystem ist hierarchisch organisiert, d.h. es gibt allgemeingültigere Konstrukte und sehr konkrete, die von ersteren abhängig sind. Das Konstruktssystem entwickelt sich im Laufe des Lebens als persönliches Modell, das zukünftige Ereignisse immer besser vorhersagbar machen soll. Es stellt selbst das Ergebnis eines Konstruktionsprozesses dar. Ein Konstrukt (und das gesamte System) wird nach Kriterien der Effektivität „rekonstruiert“ oder erweitert, d.h. es werden neue Erfahrungen in das bestehende System eingeordnet und integriert. Wachsende Komplexität und Integration sind wichtige Aspekte eines sich gesund entwickelnden Konstruktionsystems, während viele psychische Störungen nach Winter (1992, S. 6) wesentlich dadurch gekennzeichnet sind, dass invalidisierte Konstruktionen nicht revidiert werden können.

Diese Grundvoraussetzungen der Theorie der persönlichen Konstrukte erweiterte Kelly anhand einer Anzahl von Grundaussagen, die er Korollarien nennt. Diese erläutern, wie die Persönlichkeit entsteht, wie sie organisiert ist und wie sie sich in Verbindung mit der Umwelt verhält. Sie werden bei Scheer und Catina (1993) und Winter (1992) vorgestellt und diskutiert.

Bartsch (1995) fasst die grundlegende Theorie folgendermaßen zusammen: „Jedes Individuum strebt nach Validisierung und Ausdehnung seines Konstruktionsystems mit dem Ziel, immer bessere Vorhersagen für zukünftige Ereignisse machen zu können. Dabei ist das Konstruktionsystem für jeden Menschen verschieden und bestimmt letztlich dessen Persönlichkeit.“ (S. 47)

2.2 Die Praxis: Der Repertory Grid Test

Mehr Aufmerksamkeit als die Theorie der persönlichen Konstrukte fand die Technik, die Kelly auf dieser Grundlage entwickelte. Mit dem sogenannten Repertory Grid Test soll individuelles Konstruieren erforscht bzw. ein Ausschnitt aus dem je individuellen Konstruktionssystem dargestellt werden. Nach Winter kann man den Test als eine spezielle Form eines strukturierten Interviews bezeichnen „... which allows the investigator to obtain a glimpse of the world through the ‚goggles‘ of their subjekt’s construct system.“ (Winter 1992, S. 21)

Bemerkenswert ist die Flexibilität des Testes, der in unterschiedlichster Form auf sehr viele Themen angewandt wurde. Auch der Zweck der Erhebung kann unterschiedlich sein. Er wurde für wissenschaftliche Untersuchungen genauso benutzt wie für therapeutische Zwecke oder zur Planung von Werbekampagnen.

Die am häufigsten angewandte Form des Testes beginnt damit, dass gemeinsam mit der Untersuchungsperson eine Liste von Elementen erstellt wird, die meist aus verschiedenen Personen besteht. Kelly (1955) selbst schlug eine Liste von 24 Personen vor, die bestimmte Rollen erfüllten (etwa „ihre Frau“, „ein Nachbar, mit dem sie gut auskommen“, aber auch sehr komplexe Elemente, z.B. „eine Person ihres Geschlechtes, mit der sie keine gemeinsame Unternehmung machen möchten“).

Gebräuchlicher sind weniger umfangreiche Listen, die aber als zentrale, subjektiv bedeutsame Elemente meist Familienmitglieder mitauflisten; oft auch gewisse Selbstaspekte (etwa „Ich, wie ich bin“, „ich, wie ich sein möchte“, „ich, wie mich andere sehen“).

Wie oben geschildert, können die Elemente nicht nur Personen, sondern alle möglichen Objekte sein, mit denen die betreffenden Menschen sich internal auseinandersetzen; so erwähnt Winter (a.a.O., 1992) z.B. Untersuchungen über Automarken und Bilder. Als Kriterien für denkbare Listen gilt nur, dass die Elemente nicht zu hetertogen sein sollten, damit sie das Konstruktsystem umfassen, das bei der Untersuchung interessiert (a.a.O., S. 22), und ihre Erhebung sollte einem klarem Ziel dienen, damit kein „statistical noise“ produziert wird (Yorke, 1985).

Nachdem eine Liste von Elementen erstellt ist, können darauf bezogene Konstrukte erhoben werden. In den meisten Fällen werden hierzu die ProbandInnen gefragt, welche zwei von drei (zufällig) ausgewählten Elementen aus der Elementeliste sich ähneln und worin sie sich vom dritten unterscheiden (Triadentechnik). Das genannte Merkmal stellt einen Konstruktpol dar.

Beispiel: im Rahmen einer Untersuchung über die Struktur sozialer Beziehungen wird eine Liste von FreundInnen der Untersuchungsperson erstellt:

	Michael	Dagmar	Dieter	Frank	usw.	

Im zweiten Schritt werden zufällig drei Personen/Elemente benannt. Häufig werden diese spielerisch erfragt. Etwa derart, dass die Elemente – in diesem Fall die Namen der FreundInnen – auf kleine Karten geschrieben und verdeckt drei dieser Karten gezogen werden, beispielsweise Michael, Dagmar und Frank. Die Untersuchungsperson antwortet auf die Frage, welche beiden der drei sich ähneln, dies wären Dagmar und Frank, Michael wird als den beiden anderen unähnlich gekennzeichnet. Auf die Frage, worin die beiden ersten sich vom dritten unterscheiden, sagt die Untersuchungsperson, dass Dagmar und Frank „lieb“ seien. Es wird nun angenommen, dass

„lieb“ eine der Untersuchungsperson wichtige Eigenschaft ist. Diese wird als ein Konstruktpol erfasst und aufgeschrieben:

	Michael	Dagmar	Dieter	Frank	usw.	
lieb						
usw.						

Auf diese Art und Weise kann eine beliebig lange Liste von Eigenschaften erhoben werden.

Eine Grundannahme der Psychologie der persönlichen Konstrukte besagt, dass Elemente durch Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit zu anderen Elementen charakterisiert und dass Konstrukte dyadisch strukturiert seien. Um der dyadischen Struktur der Konstrukte gerecht zu werden, werden zwei Konstruktpole angenommen und bei der Erhebung des Repertory-Grids erfasst.

In dem Beispiel wird also die Untersuchungsperson gefragt, welches für sie persönlich das Gegenteil von „lieb“ sei. Häufig wird „böse“ als Gegenteil von „lieb“ aufgefasst, andere individuelle Konstrukte werden allerdings ebenfalls akzeptiert: in diesem Beispiel „unhöflich“.

	Michael	Dagmar	Dieter	Frank	usw.	
lieb						unhöflich
usw.						

Da es um die Erfassung der individuellen Konstrukte geht, wird keine Kritik an genannten Konstrukten geübt (sofern sie gewissen formalen Bedingungen genügen, siehe hierzu etwa Scheer/Catina 1993). Im Prinzip können also nicht nur subjektive, sondern auch idiosynkratische, sogar unverständliche Konstrukte erhoben werden, die allerdings individuell bedeutsam sein sollen.

Auf diese Art und Weise wird eine beliebige Menge von Konstrukten gewonnen. Winter (a.a.O., S. 22) verwies auf Untersuchungen, die zeigten, dass nach Benutzung von etwa 20 Triaden nur sehr wenig neue Konstrukte genannt würden.

Bei weniger intelligenten oder stärker gestörten Personen erweist es sich als sinnvoll, eine dyadische Methode zu benutzen (Salmon 1976). In diesem Falle werden also nur zwei zufällig aus der Elementeliste ausgewählte Elemente den ProbandInnen vorgelegt, die angeben sollen, ob diese sich ähneln oder unterscheiden. Die Eigenschaft, die beide vergleichbar oder unterscheidbar macht, wird ebenfalls erhoben und gilt dann als ein Konstruktpol. Der andere Pol wird nun genauso wie bei der triadischen Methode als Gegenteil des ersten erfragt. Wie in Kapitel 3 ausgeführt wird, benutzen wir auch in der vorliegenden Untersuchung chronisch Halluzinierender den dyadisch strukturierten Grid.

Kellys „Original Role Construct Repertory Grid“ endet an dieser Stelle, da hiermit der Inhalt von interessierenden Konstrukten (etwa für therapeutische Zwecke) sinnvoll dargestellt sei (Winter 1992, S. 25).

Falls bei der Grid-Erhebung genauere Aussagen über strukturelle Zusammenhänge zwischen Konstrukten und Elementen dargestellt werden sollen, können die Elemente anhand der Konstrukte sortiert werden. Hierzu wurden unterschiedlichste Methoden entwickelt. Relativ häufig ist eine Einschätzung aller Elemente anhand einer numerischen Skala zwischen den jeweiligen Polen sämtlicher Konstrukte. Hiermit wird differenziert erhoben, wie weit die jeweiligen Elemente durch die jeweiligen Kon-

struktropole gekennzeichnet sind. Es ergibt sich letztlich eine Zahlenmatrix, die als Rohmaterial für verschiedenste Rechenoperationen dient.

Beispiel: Die Elemente werden anhand einer Skala von 1 bis 6 geratet. Dabei steht „1“ für: der linke Konstruktpol trifft völlig zu, „2“ für: dieser Pol trifft mittelmäßig zu usw.

1 2 3	Michael	Dagmar	Dieter	Frank	usw.	4 5 6
lieb	5	2	3	1	1	unhöflich
usw.	4	1	5	2	2	

Wie aus der Tabelle ersichtlich, wurde Michael als „mittelmäßig unhöflich“, Dagmar als „mittelmäßig lieb“, Dieter als „wenig lieb“ usw. angegeben. Sämtliche Elemente werden anhand sämtlicher Konstrukte eingeschätzt, so dass sich letztlich eine Zahlenmatrix ergibt.

Seitdem Kelly den Repertory Grid Test entwickelt hatte, wurden unterschiedlichste Untersuchungen mit dieser Methode durchgeführt. Dies liegt auch in der Flexibilität der Methode begründet. Jeder Untersucher ist frei, „seinen“ Grid zu entwickeln, sofern die allgemeinen Regeln und Grundsätze der Technik beachtet werden. Daher ist ihre Verwendung nur durch den Mangel an Vorstellungsvermögen seitens des Untersuchers oder der Untersucherin begrenzt (Bannister und Fransella 1977, zitiert nach Scheer, Catina 1993). Im Prinzip werden dabei – ihrer Definition nach – idiosynkratische Konstrukte untersucht, insofern ist der Repertory-Grid eine ideographische Methode. Er kann aber bei einer gewissen Standardisierung auch für die nomothetische Darstellung von Regelmäßigkeiten genutzt werden (Scheer, Catina 1993). Deren Validität und Reliabilität ergibt sich allerdings im Einzelfall, es können keine testtheoretischen Gütekriterien für den Repertory Grid angegeben werden (Lohaus 1993, Sperlinger 1976).

Die unterschiedlichsten methodischen Variationen, Anwendungsgebiete und Auswertungsmöglichkeiten können hier nicht im Einzelnen vorgestellt werden (siehe hierzu z.B. Winter 1992), einen Ausschnitt vermittelt das folgende Kapitel.

2.3 Untersuchungen Schizophrener mit dem Repertory-Grid

Wie Lorenzine et al. (1989) betonen, lässt sich aus konstruktivistischer Sicht psychotisches Denken nicht dadurch von „normalen“ Denken unterscheiden, dass das eine falsch und das andere wahr ist, da beides subjektive Konstruktionen der Welt darstellen. Von Interesse ist vielmehr die Fähigkeit, zu verstehen, zu modifizieren und von Invalidisierungen zu lernen.

Ansätze zu einer Schizophrenietheorie aus Sicht der Psychologie der Persönlichen Konstrukte finden sich bereits bei Kelly (1955), explizit auch bei Bannister / Fransella (1981) und Winter (1992). Die Sichtweise, dass schizophrene Konstruktionen und psychotische Symptome Versuche sind, die Vorhersagbarkeit zukünftiger Ereignisse auch unter schwierigen Bedingungen zu ermöglichen, wird im Folgenden anhand der durchgeführten Untersuchungen, deren Herleitung und Interpretation, verdeutlicht werden.

2.3.1 Strukturelle Aspekte schizophrenen Konstruierens

Eines der umfangreichsten Forschungsgebiete, das auf der persönlichen Konstrukt-Psychologie beruht, betrifft die Manifestation „lockeren Konstruierens“ (loose construing) bei psychotischen Störungen (Winter 1992, S. 75). Insbesondere Ban-

nister und Fransella beschäftigten sich mit Kellys These, dass das Denken einiger Schizophrener durch lockeres Konstruieren gekennzeichnet sei, d.h. dass die Elemente relativ unabhängig voneinander konstruiert werden und Konstrukte und Konstruktsysteme relativ instabil und veränderlich sind. Sie entwickelten einen „Grid Test of Schizophrenic Thought Disorder“, der zur klinischen Differenzierung zwischen Schizophrenen mit und ohne Denkstörungen¹¹ dienen sollte.

Die endgültige Version bestand aus einem fest vorgegebenen Grid mit einer Elementeliste aus 8 Porträtfotographien und 6 Konstrukten, der zweimal direkt nacheinander durchgeführt wurde. Als zentrale mathematische Maße wurden zum einen „intensity“¹² als ein Korrelationsmaß zwischen den Konstrukten und zum anderen „consistency“¹³ angesehen; letzteres bezog sich auf die Veränderung der Konstruktkorrelationen zwischen mehreren erhobenen Grids derselben Person. „Intensity“ sollte als Maß dafür gelten, ob Zusammenhänge zwischen Konstrukten bestehen oder ob diese Zusammenhänge – etwa aufgrund formaler Denkstörungen aufgelockert sind. „Consistency“ sollte zeigen, inwieweit über mehrere Untersuchungszeitpunkte stabil konstruiert wird.

Bei den Untersuchungen Bannisters und Fransellas lagen beide Maße bei formal Denkgestörten deutlich niedriger als bei Vergleichsgruppen (Schizophrene ohne Denkstörungen, neurotische, depressive und gesunde Personen). Manische PatientInnen wiesen teilweise ähnliche Ergebnisse wie denkgestörte Schizophrene auf. Bei organisch Hirngeschädigten konnte nur ein Unterschied bezüglich „consistency“ erfasst werden. Die Unabhängigkeit der Maße gegenüber Faktoren wie Alter, Geschlecht, Intelligenz, sozialer Klasse und Persönlichkeitsfaktoren wurde beschrieben.

In Nachfolgeuntersuchungen konnten diese Ergebnisse validiert werden, außerdem wurde festgestellt, dass ein niedriger „intensity score“ mit schlechter Prognose korrelierte (zum ursprünglichen Grid Test of Schizophrenic Thought Disorder: Bannister und Fransella 1966, 1967; Bannister et al. 1971; Zusammenfassung bei Winter 1992).

Weitere Untersuchungen veranlassten allerdings dazu, in Frage zu stellen, ob der Test in jeder Krankheitsphase eine sinnvolle Differenzierung zwischen Denkgestörten und PatientInnen ohne Denkstörungen ermöglicht (Winter 1992, S. 76). Auch das mathematische Verfahren wurde wiederholt kritisiert, auch wenn sein „Fehler“ im Allgemeinen irrelevant sei, wenn der Test nur für diagnostische Zwecke genutzt werde (Philips 1975).

Erklärt werden könne die Entwicklung von Denkstörungen aus der Erfahrung fortgesetzter Invalidisierung. Denkgestörte Schizophrene hätten „oft falsch gelegen (...). Sie gleichen Wissenschaftlern deren Theorien so oft widerlegt wurden, dass sie aus dem Theorien-Herstellungsgeschäft ausgestiegen sind.“ (a.a.O., S.166). Diese Thesen wurden in Zusammenhang gebracht mit Theorien über die schizophrenogene

¹¹ In der englischsprachigen Literatur wird der Begriff „thought disorder“ benutzt; aus dem Kontext wird deutlich, dass gewisse formale Denkstörungen, die von „aufgelockertem Denken“ bis „Zerfahrenheit“ reichen können, gemeint sind. Der Einfachheit halber verwende ich den Begriff „Denkstörungen“.

¹² Es wurden die Korrelationen (Spearman) zwischen sämtlichen möglichen Konstruktpaaren des ersten Grids, nachfolgend des zweiten Grids berechnet, quadriert und mit 100 multipliziert, um die prozentuale gemeinsame Varianz zu berechnen. Die Summe wurde als „intensity score“ definiert. Hohe Werte zeigten, dass die entsprechende Person enge Zusammenhänge zwischen Konstrukten konstruiert, niedrige, dass die Konstrukte relativ unabhängig sind (Bannister / Fransella 1966).

¹³ Die Konstruktkorrelationen des ersten und zweiten Grids wurden jeweils nach Größe sortiert und eine erneute Korrelation zwischen den beiden Rangordnungen berechnet. Das Ergebnis – „consistency score“ genannt – gibt an, inwieweit die Struktur der Konstruktkorrelationen zwischen Grid 1 und 2 erhalten bleibt, und stellt somit eine Test-Re-Test-Korrelation dar.

Familie. Insbesondere die „double bind“ Hypothese von Bateson und Mitarbeitern (1965) wurde als Referenz benutzt. (a.a.O., S.168)

Um einerseits weitere Invalidisierungen zu vermeiden, andererseits weiterhin Vorhersagen über Ereignisse machen zu können, würden Schizophrene veranlasst, „locker“ zu konstruieren. (Winter: „Protective effect“ (1992 S. 82) „The conceptualization is so loosened that they seem to have a system that still covers everything. But what constructs!“ (Kelly 1955, S. 497, zitiert nach Winter 1992, S. 82)

Bannister und Fransella versuchten, die Effekte fortlaufender Invalidisierung an Testpersonen zu untersuchen, die bei wiederholter Grid Erhebung durch verbale Ablehnung der gegebenen Antworten permanent entmutigt wurden und konnten „Konstruktionslockerungen“ feststellen. Bemerkenswert schien ihnen auch, dass es zunächst zu einer deutlichen Umbildung in den Mustern der Zusammenhänge der Konstrukte zueinander kam; „eine wiederholte Revision der Vorstellungen der Person darüber, welche Charakteristika mit welchen zusammengehen.“ (Bannister, Fransella 1981, S. 169) Unvermeidlich bilde sich langfristig ein idiosynkratisches Konstruktionsmuster. Es könne sein, dass ungewöhnliche Bedeutungskonzepte und eine „seltsame“ Persönlichkeitstheorie entstünden. „Man könnte behaupten, dass paranoides (wahnhaftes) Denken von solcher Art sein kann.“ (a.a.O., S. 169)

Implizit findet sich die Vorstellung, dass die wiederholte Revision inhaltlicher Beschreibung (Konstruktion) von Elementen den formalen Denkstörungen als Lösungsversuch permanenten Invalidisierens vorausgeht. Dies drückt Winter (1992, S. 85) deutlich aus: „... Bannisters ... analyses suggest, consistently with clinical observations, that prior to reaching a state of formal thought disorder, the schizophrenic may first pass through a phase of disorder in the content of construing.“

Warum einige Betroffene eher paranoid und andere hauptsächlich formal denkgestört reagieren, kann nach Bannister/Fransella nicht sicher beantwortet werden. „Die Antwort mag im ursprünglichen Entwicklungsstadium des Konstruktsystems, an der „Einschlagstelle“ liegen. Zufahrenheit mag das Schicksal jener Person sein, deren Konstruktsystem niemals über ein relativ „embryonales“ Niveau hinaus entwickelt war, und Paranoia das Resultat des Drucks, der auf einem größtenteils funktionsfähigen Konstruktsystem lastete, als es zu traumatischen interpersonellen Schwierigkeiten kam.“ (a.a.O., S. 170)

Bannister und Fransella befassten sich in weiteren Untersuchungen mit der Frage, ob „islands of relatively structured construing“ (Winter 1992, S. 85) aufzufinden seien. Es wurde untersucht, ob sich bei psychisch Gesunden und Schizophrenen Unterschiede in der Konstruktion von Objekten und Personen finden lassen. Es zeigte sich, dass auch Gesunde „Objekte auf strukturiertere und stabilere Weise konstruieren als Personen – sie sind als Physiker sicherer als sie es als Psychologen sind“ (Bannister, Fransella 1981, S. 163). Denkgestörte Schizophrene seien beim Konstruieren von Objekten nur geringfügig schlechter als andere Menschen, deutlich weniger strukturiert und konsistent aber bei der Konstruktion psychologischer Dimensionen. „Das legt nahe, dass schizophrene Zufahrenheit nicht diffus zu sein braucht, sondern besonders auf interpersonales Konstruieren bezogen sein kann.“ (a.a.O., S.163)

Bannister unternahm auch therapeutische Bemühungen bei Denkgestörten. Es wurden „Reststrukturen“ ungestörten Denkens evaluiert, zu neuer, strukturierter Konstruktbildung ermutigt und Anstrengungen unternommen, weitere Invalidisierungen zu verhindern. Trotz eingeschränkter Erfolge sei deutlich geworden, „... dass eine Reise zurück möglich ist, ...“ (a.a.O., S.167)

2.3.2 Inhaltliche Aspekte schizophrenen Konstruierens

Verschiedene Schemata wurden entwickelt, um inhaltliche Aspekte in erhobenen Grids zu differenzieren. Im letzten Absatz wurden Bannisters und Fransellas Bemü-

hungen gezeigt, zwischen der Struktur der Konstruktion von Personen und Objekten zu unterscheiden. Während ihre Untersuchungen also Elemente anhand ihrer Struktur differenziert, versuchte z.B. Landfield Konstrukte inhaltlich anhand eines komplexen „Reptest-Scoring-Manuals“ in insgesamt 20 Subkategorien einzuordnen, (Landfield 1971).

Nach Winter (1992) wurde nachgewiesen, dass (neurotische und schizophrene) PatientInnen eher über psychische als somatische Symptome klagen, wenn sie bei der Beschreibung von Mitmenschen psychologische objektiv fassbaren Konstrukten vorzögen (Smail 1978, McPherson 1972)

Smail interpretiert diese Ergebnisse folgendermaßen: „the patient may, so to speak, „choose“ his symptoms in accordance with his personal stance towards the world.“ (Smail 1978, S. 51).

Andere Untersuchungen zeigten, dass Schizophrene mit vielen psychologischen Konstrukten zu Verfolgungswahn tendieren, während eine geringe Anzahl solcher Konstrukte mit nicht integriertem Wahn und Affektverflachung (delusions of non-integration and affective flattening) assoziiert waren (McPherson et al. 1971). „Psychologisches Konstruieren“ sei auch umgekehrt proportional der Länge der Hospitalisierung (Winter et al. 1991).

Winter (1992, S. 116) fasste diese Ergebnisse zusammen: „... they ... suggest that schizophrenic clients with a coherent system of psychological constructs tend to present symptoms with interpersonal content; while a lack of such a system is associated with the presentation of symptoms reflecting the meaningfulness of the client's interpersonal and emotional world.“ Er betonte, dass die Ergebnisse, die einen Zusammenhang zwischen geringer Anzahl psychologischer Konstrukte und Affektverflachung belegten, verständlich machten, warum „expressed emotions“ Angehöriger zu Rückfällen führen können. Ein hoher Level von „expressed emotions“ läge gerade bei diesen Personen außerhalb des Konstruktsystems. Dies löse Angst aus, da die Antizipation von Ereignissen unmöglich würde. (a.a.O., S. 116)

Ebenso könne anhand der Ergebnisse verständlicher werden, warum manche Schizophrene Schwierigkeiten bei der Entwicklung von interpersonellen Beziehungen hätten, da nämlich die Konstruktion persönlicher Beziehungen (mit psychologischen Konstrukten) außerhalb ihres Konstruktsystems läge. Bezüglich dieser Frage konnte zudem nachgewiesen werden, dass Schizophrene sowohl Gefühle anderer schlecht konstruieren können als auch ihre eigenen Gefühle so ausdrücken, dass diese nicht exakt¹⁴ von anderen konstruiert werden können. (a.a.O., S. 117)

2.3.3 Schizophrene Konstruktion von Mitmenschen und Selbstaspekten

Winter fand, dass abgesehen von den Gefühlen die Konstruktion von Mitmenschen bei Schizophrenen nicht auffällig sei; dies treffe im Wesentlichen auch auf die Selbstkonstruktion zu. Diese sei bei solchen Klienten und Klientinnen, die sich selber nicht als psychisch gestört ansähen, sondern nur von anderen so angesehen würden, sogar relativ positiv. Die Distanz¹⁵ zwischen Selbst und Ideal-Selbst – auch als Maß für Selbstzufriedenheit angesehen – sei bei Schizophrenen sogar signifikant geringer als bei anderen (Winter 1992, S. 136; 1975). Winter fasst zusammen, „that schizophrenics have the same ability to form identification as do normals and have a more distinct notion of their own identities than has been assumed previously.“ (a.a.O., S. 36)

Dem widersprechen die Ergebnisse von Gara et al. (1987, 1989). Sie zeigten, dass die Selbst-Konstruktion Schizophrener wenig elaboriert und dass die soziale Perzepti-

¹⁴ Im Original: „accurate“

¹⁵ Euklidische Distanz berechnet zwischen den Ratings der jeweiligen Elemente anhand sämtlicher Konstrukte.

on (des Selbst und anderer Personen) größere Stereotypen aufweise und rigider als bei Gesunden sei. Auch verwendeten Schizophrene „a multiplicity of identities“. Wenn wichtige Selbstidentitäten invalidisiert würden, neigten Schizophrene dazu, kontrastierende Identitäten zu benutzen oder, wenn diese wenig elaboriert wären, würde auf ein „not-me experience and behavior“ ausgewichen, das als (akut) schizophren bezeichnet werden könnte.

2.3.4 Bewertung der Untersuchungsergebnisse bezüglich schizophrenen Konstruierens

Deutlich wird, dass die Ergebnisse bezüglich schizophrenen Konstruierens des Selbst und der Mitmenschen widersprüchlich sind und diesbezüglich auch kein – konstruktpsychologischer – theoretischer Konsens besteht. Hingegen konnten spezifisch schizophrene Aspekte inhaltlichen und formalen Konstruierens nachgewiesen werden. Bezüglich Denkzerfahrenheit und paranoidem Denken bei Schizophrenen liegen darüber hinaus sehr fruchtbare theoretische Ausführungen zu Ätiologie und Verlauf vor, z.T. auch darauf fußende therapeutische Ansätze aus konstruktpsychologischer Sicht. Es ist insofern sinnvoll, schizophrenes Konstruieren unter dem Aspekt individueller Versuche, zukünftige Ereignisse auch unter schwierigen Bedingungen zu antizipieren, zu betrachten. Deutlich wird insbesondere, dass Aspekte schizophrenen Konstruierens mit dem Repertory Grid Test valide und reliabel erfasst werden können.

2.3.5 Untersuchungen zum Halluzinationsphänomen

Konstruktpsychologische Untersuchungen über Halluzinationen wurden bisher mit Ausnahme einer bemerkenswerten (Winter 1992, S. 218) Einzelfalldarstellung nicht publiziert. Der 20-jährige Halluzinand war als „diagnostisches Problem“ zugewiesen worden. Den jungen Mann belastete die halluzinierte weibliche Stimme weniger, als sie für die Behandelnden die diagnostische Einordnung erschwerte. Die mit positiven Konstrukten charakterisierte Stimme repräsentierte für den Betroffenen die einzige Vertraute, so dass auf die Besserung der Beziehung zu anderen Frauen therapeutisch fokussiert wurde. Konsequenterweise berichtet Winter über diesen Fall unter der Kapitelüberschrift „Construel of significant others“ und subsumiert sowohl Mitmenschen als auch gehörte Stimme unter „significant others“.

3 Methodik

3.1 Fragestellung

Wie im Kapitel 1 beschrieben, ist für die Erforschung des zunächst nur subjektiv zugänglichen Phänomens Stimmenhören bestenfalls ein individuell flexibles Verfahren angemessen. Es sollte den Halluzinierenden möglich sein, ihre je eigenen Erfahrungen zu schildern. Bestenfalls müsste die Untersuchungsmethode aber auch Quantifizierungen zulassen, um theoriegeleitete Fehlinterpretationen zu minimieren.

Da der Repertory-Grid-Test beide Voraussetzungen erfüllt, wird er hier erstmals auf das Halluzinationsphänomen angewandt.

Vorausgesetzt wird dabei, dass entsprechend der klinischen Erfahrung die Stimme personalen Charakter hat und die Betroffenen die Stimme bzw. die Person, die damit assoziiert wird, vergleichbar anderen Mitmenschen und Selbstaspekten beschreiben können. Eine weitere Voraussetzung der Untersuchung ist, dass die Halluzinierenden sich soweit von ihrem Erleben distanzieren können, dass eine beschreibende Schilderung des inneren Erlebens möglich ist.

Erhoben werden sollen auch knappe inhaltliche Charakterisierungen der Stimme. Dies geschieht allerdings nicht in freier Schilderung, sondern – soweit die PatientInnen es können und wollen – bei der Erhebung des Repertory-Grid.

Wie können die im Absatz 1.5 formulierten Hypothesen so konkretisiert werden, dass sie durch eine Repertory-Grid-Untersuchung überprüfbar werden? Hinsichtlich einer ausreichenden Flexibilität, die das idiosynkratische Phänomen Stimmenhören erfordert, wären wenige Vorgaben bei der Erstellung des Fragebogens wünschenswert, zur besseren Vergleichbarkeit wird hier allerdings eine weitgehend vorgegebene Elementeliste eingeführt. Diese besteht, der Voraussetzung folgend, dass eine personale Beziehung zu den Stimmen besteht, aus wichtigen Bezugspersonen und Selbstaspekten. Diese Elemente sind so zusammengestellt, dass sie zur Überprüfung der 3. Hypothese, dass nämlich die Stimmen eine soziale Funktion erfüllen und diese Funktion durch den Vergleich mit wichtigen Mitmenschen bzw. Selbstaspekten verständlicher wird, beitragen.

Durch die Berechnung der Distanzen zwischen den Elementen und auch die Darstellung im Selbst-Identifikations-System wird überprüfbar, ob genaueres über diese „soziale Funktion“ der Stimme gesagt werden kann beispielsweise dadurch, dass die Stimme durchgehend einem Element besonders nah oder fern ist.

Die 1. Hypothese betrifft die psychische Funktion des Phänomens. Analog der referierten Literatur über den Zusammenhang zwischen produktivem Symptom und Basisstörungen soll besonderes Augenmerk auf die kognitive Struktur und die Bedeutsamkeit der Halluzinationen gerichtet werden. Hierzu soll durch Varianzberechnungen die Bedeutsamkeit der Elemente und besonders der Stimmen-Elemente dargestellt werden. Durch die Korrelation dieser Werte mit der prozentualen Aufklärung der Hauptkomponenten bei der Hauptkomponentenanalyse, die als Wert für die kognitive Komplexität gelten, kann nach Belegen für einen Zusammenhang zwischen dem produktiven Symptom und der Stabilität des Konstruktionssystems gesucht werden.

Durch den Vergleich verschiedener „Stimmen-Grids“ interindividuell kann nach Belegen für die 2. Hypothese geforscht werden, dass nämlich das Stimmenhören kein verrücktes im Sinne von chaotischem Erleben darstellt, sondern konstante Parameter zu finden sind, die vergleichbar bei verschiedenen Stimmenhörern auftreten. Durch eine Wiederholung der Untersuchung zu einem zweiten Zeitpunkt bei den gleichen ProbandInnen kann auch überprüft werden, ob intraindividuell konstante Parameter

vorliegen. Bestenfalls wären differenzierte Aussagen darüber möglich, welche Parameter inter- und intraindividuell besonders stabil oder auch besonders flexibel sind.

Eine Erweiterung des Untersuchungsgebietes ergab sich dadurch, dass nach Abschluss dieser Untersuchung Interviews mit dem gleichen Untersuchungsinstrument mit akut Halluzinierenden gemacht wurden. Diese Untersuchung von Frau Dr. Hietl erwies sich als so wertvoll, dass ihre Ergebnisse in einem eigenen Kapitel vergleichend referiert werden.

3.2 Untersuchungsablauf / der „Stimmen-Grid“

Da hier angenommen wird, dass akustisch Halluzinierende die „Stimmen“ als „Person“ beschreiben und somit Konstrukte, die auf andere Personen angewandt werden, auch auf die „Stimmen“ anwendbar sind, beinhaltet der „Stimmen-Grid“ eine teilweise vorgegebene *Elementeliste*, die aus subjektiv bedeutsamen Mitmenschen und der Stimme bzw. den Stimmen besteht.

Die vorgegebenen Elemente wurden unter dem Aspekt ausgewählt, dass im Vergleich mit diesen die Stimme inhaltlich und ihrer Funktion nach charakterisiert werden kann. Sie beinhalten die wesentlichen primären Bezugspersonen (Eltern), aktuell bedeutsame Personen und solche Elemente, die soziale, kognitive und affektive Aspekte von Beziehungen charakterisieren sowie wichtige Selbst-Aspekte.

Die ProbandInnen wurden angeregt, Elemente, die nicht explizit als Einzelperson charakterisiert waren sondern über ihren Beziehungscharakter definiert wurden (beispielsweise: „Person, mit der ich gerne zusammen bin“), durch jeweils individuelle, bekannte Personen, die ihnen bedeutsam waren, zu beschreiben.

Elementeliste:

1. *Person, die ich gerne um mich habe (sozialer Aspekte)*
2. *Person, die mich berät (kognitive Aspekte)*
3. *Person, die mich entmutigt (affektive Aspekte)*
4. *Vater*
5. *Mutter*
6. *Ich Selbst (Ich, wie ich bin)*
7. *Ideal-Selbst (Ich, wie ich gerne sein möchte)*
8. *Stimme bzw. Stimmen*
9. *Intim-Partner / Partnerin*
10. *Freund / Freundin bzw. Bekannter / Bekannte*
11. *Wichtigste Bezugsperson aus Familie und Freizeit*
12. *Wichtigste Bezugsperson aus dem Beruf; ggf. Arbeitstherapie oder dergleichen*
13. *Freie Elemente: Fehlt / fehlen noch eine / mehrere wichtige Bezugspersonen ?*

Falls die Untersuchungspersonen eine Person nicht nennen konnten oder wollten, wurde auf die Erhebung verzichtet.

Bei der Angabe mehrerer Stimmen wurden diese als einzelne Elemente aufgeführt. Weiterhin wurden die „Stimmen-Elemente“ nach den Charakterisierungen der PatientInnen benannt (z.B. „meine Vater“, „der Versucher“). (Eine Auflistung dieser Angaben sowie kurze Charakterisierungen der ProbandInnen findet sich bei den inhaltlichen Ergebnissen unter Absatz 4.1).

Obengenannte Gründe führten zu Elemente-Listen unterschiedlicher Länge (9–13 Elemente).

Der zweite Schritt bestand in der Erhebung der *Konstrukte*. Da bei den z.T. schwer kranken Untersuchungspersonen Konzentrations- sowie auch formale Denkstörungen zu erwarten waren, wurde auf die triadische Erhebung zugunsten der einfacheren dyadischen Form verzichtet. Sämtliche Elemente wurden auf Karteikarten verzeichnet und zufällig je zwei ausgewählt. In der Gegenüberstellung der beiden Elemente

erfolgte die Konstrukterhebung. Diese wurden folgendermaßen erfragt: „Gibt es eine wesentliche Eigenschaft, die beiden Personen gemeinsam ist bzw. bezüglich derer sich beide Personen unterscheiden?“ Die genannte Eigenschaft wurde als ein Konstrukt pol aufgezeichnet. Falls Eigenschaften genannt wurden, die wenig Aufschluss über subjektives Konstruieren gaben (z.B. „triviale“ Konstrukte wie: „hat rote Haare“, „ist reich“ oder solche, die nur konkrete Beziehungen charakterisierten z.B. „ist lieb zu mir“, „quält meine Mutter“), wurde versucht, subjektiv bedeutsame resp. verallgemeinerbare Konstrukte zu erfragen, z.B. durch die Frage: „Was bedeutet diese Eigenschaft für Sie?“ Falls ProbandInnen auf dem ursprünglichen Konstrukt bestanden, wurde angenommen, dass dies subjektiv bedeutsam sei, und das Konstrukt in dieser Form in den Grid aufgenommen. (siehe auch: Scheer 1993, S.32)

Zuletzt erfolgte die Frage nach zwei „Problemkonstrukten“:

1. *Wie geht es Ihnen, wenn Sie Ihre Stimme / Stimmen hören?*
2. *Was ist Ihr wichtigstes Problem / Ihre wichtigste Beschwerde?*

Die Auswertung dieser Problemkonstrukte erfolgt im Rahmen einer nachfolgenden Untersuchung über akut Halluzinierende und wird hier nicht referiert.

Die jeweils anderen Konstrukt Pole wurden anschließend als Gegenteil der erfragten Eigenschaften erhoben.

Aus Auswertungsgründen wurde regelmäßig ein Element mehr als Konstrukt erhoben. Damit wird einem Vorschlag Slaters gefolgt (Slater 1977, S.31).

Der dritte und letzte Schritt der Griderhebung bestand darin, dass *sämtliche Elemente anhand aller Konstrukt Pole geratet wurden*. Dabei wurde eine Skala zwischen 1 (erstgenannter Konstrukt pol trifft vollständig auf diese Person zu) und 6 (der gegenüberliegende (Kontrast-) Konstrukt pol trifft vollständig auf diese Person zu) gewählt. Dies ermöglichte einerseits eine ausreichend differenzierte Beurteilung der Elemente, andererseits wurde eine Entscheidung erfordert, da keine „neutrale“ Zahl existiert (im Sinne von: keine der beiden Eigenschaften trifft zu).

Der vollständig ausgefüllte „Stimmen-Grid“ bestand also aus der Elementeliste, einer Anzahl von Konstrukten mit jeweils zwei Polen und einer Zahlenmatrix, die aus dem Rating sämtlicher Elemente anhand sämtlicher Konstrukte entstand. (Siehe Beispiel im Anhang!)

Vier bis sechs Wochen später fand eine Messwiederholung mit den gleichen Elementen und Konstrukten statt. Ausschließlich die Zahlenmatrix (Rating der Elemente anhand der Konstruktpaare) wurde neu erhoben.

Die Untersuchungsdauer lag pro Patient bzw. Patientin zwischen 1,5 bis 2 Stunden, z.T. waren zwei Termine für eine Grid-Erhebung notwendig.

3.3 Stichprobe

Es wurden 21 chronisch Halluzinierende (≥ 1 Jahr) interviewt. Zu Vergleichszwecken wurden nachfolgend von R. Hietel auch 12 akut Halluzinierende untersucht; die Ergebnisse dieser Untersuchung sind in einem gesonderten Kapitel und bei der Diskussion z.T. mit angeführt.

Rekrutiert wurden die InterviewpartnerInnen aus dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus Marburg (n=5, davon vier im Akut-, einer im sozialtherapeutischen Bereich der Klinik), aus mehreren mittelhessischen Wohnheimen (n=10, darunter fünf in Übergangswohnheimen) und über einen Verein, der ambulante Betreuung für psychisch Kranke organisiert (n=2), weiterhin fanden Grid-Erhebungen mit vier PatientInnen statt, die sich in ambulanter Betreuung des Landeskrankenhauses Marburg oder der Klinik für Psychiatrie der Universität Marburg befanden.

Die Kontaktaufnahme erfolgte über die betreuenden Ärzte und Ärztinnen, in den Wohnheimen und in dem Betreuungsverein wurden Betroffene durch Informationsveranstaltungen geworben.

Dabei sowie auch sonst im Gespräch mit den Betroffenen wurde keine Einordnung der Halluzinationen als pathologisch vorgenommen, sondern das Interesse an einem bestimmten Erleben formuliert, das nicht als krankhaft bezeichnet wurde¹⁶. Ein geringes Entgelt (15 DM) konnte bezahlt werden, dabei wurde betont, dass mit der Bezahlung keine bestimmte Leistungserwartung verbunden war sowie dass das Interview keinen Einfluss auf die Therapie hätte. Dies war auch daran erkennbar, dass der Untersucher, der sämtliche Gespräche durchführte, ersichtlich keinerlei therapeutische Funktion im Rahmen der betreffenden Einrichtungen hatte.

Die Diagnosen wurden anhand der Angaben der betreuenden Ärzte und Ärztinnen erhoben. Dies stellte die einzige systematisch erfasste Information dar, die nicht von den PatientInnen selber stammte. Aus diesem Grunde wurde auch auf eine weitere Differenzierung bezüglich Therapiemaßnahmen, Krankheitsdauer, -schwere oder Dauer der Halluzinationen verzichtet. Das Kriterium „mindestens ein Jahr anhaltend halluzinierend“ wurde mit den Interviewten besprochen und bis auf einen einzigen Fall (s.u.) überzeugend bejaht.

Auch die Angaben über Frequenz der akustischen Halluzinationen wurde nicht operationalisiert. Diese schwankten zwischen etwa einmal pro Woche bis zu permanent (z.T. ersichtlich auch während des Gesprächs).

Insgesamt 21 Interviews wurden ausgewertet. Drei weitere erhobene Grids wurden aufgrund diagnostischer Unklarheiten (zwei) oder nicht mehr vorhandener Halluzinationen (ein Patient) nicht mit einbezogen. Zwei weitere Grid-Erhebungen mussten aufgrund der Zerfahrenheit der Betroffenen abgebrochen werden.

In vier Fällen wurde keine Messwiederholung durchgeführt, da die PatientInnen ein Zweitgespräch mit unterschiedlichen Begründungen ablehnten. Als Gründe wurden genannt: in zwei Fällen, das Gespräch sei zu belastend (eine Patientin gab an, dass die Stimmen sie nach dem Gespräch sehr gequält hätten), einmal, alles sei genauso wie im Erstgespräch. Zwei weitere Begründungen waren unklar und möglicherweise wahnhaft motiviert.

Eine weitere Patientin suizidierte sich vor dem zweiten Termin.

Insgesamt konnten also 21 Erst-Gespräche und 16 Zweit-Gespräche ausgewertet werden.

3.4 Auswertung

3.4.1 Deskriptive Parameter

Das Alter der Halluzinierenden lag zwischen 22 und 49 Jahren, betrug im Mittel 35 (34,9) mit einer Standardabweichung von 6,9 Jahren.

Die Geschlechterverteilung war ausgeglichen (elf Männer und zehn Frauen).

3.4.2 Inhaltliche Aspekte der Halluzinationen

Da bisher nur wenige Zusammenstellungen über Inhalte und deskriptive Charakterisierungen der akustischen Halluzinationen bei Schizophrenen existieren (am konkretesten bei Chadwick und Birchwood 1994 sowie Romme 1997), sollen zunächst die Angaben der PatientInnen diesbezüglich erfasst und gemeinsam mit einfachen persönlichen Parametern (Alter, Geschlecht, soziale Integration) dargestellt werden. Dies kann auch zur Orientierung bei der Darstellung der folgenden mathematisch/statistischen Ausführungen dienen.

¹⁶ Ausgedrückt in Formulierungen wie: „Es gibt Leute, die Stimmen hören, die andere Menschen nicht wahrnehmen. Hierüber würden wir gerne mehr erfahren und mit Ihnen darüber sprechen.“

3.4.3 Zentrale Grid-Maße

3.4.3.1 Strukturelle Aspekte

3.4.3.1.1 Varianzen der Elemente

Erfahrungsgemäß streuen die Konstrukt-Ratings eines Elements in unterschiedlichem Ausmaß um einen Mittelwert. Dies ist ein Ausdruck für die unterschiedliche Bedeutsamkeit eines Elementes. Angenommen wird, dass ein Element, das im Verhältnis zu anderen Elementen besonders eindeutig, intensiv oder wichtig ist, durch extremere Werte charakterisiert wird. Die Werte streuen also besonders ausgeprägt bei den Elementen, denen viel Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Die Streuung kann berechnet werden durch die Element-Varianz. Die Varianz bezeichnet die Summe der quadrierten Abweichungen vom Mittelwert aller Einträge in einer Matrixspalte und entspricht der Norm oder Länge des der Spalte entsprechenden Zahlenvektors bei euklidischer Metrik (Raethel 1992, S. 61).

Ein Element mit großer Varianz ist also besonders wichtig und umgekehrt ist ein Element mit kleiner Varianz besonders unwichtig.

Um Vergleichbarkeit zwischen Grids mit einer unterschiedlichen Anzahl von Elementen zu ermöglichen, schlugen Brandenburger und Gerlach (1993) vor, relative Varianzen zu berechnen und wandten diese Methode zunächst auf bestimmte „Selbst-Elemente“ an. Berechnet wird die relative Varianz durch eine Division der Prozentvarianz eines Elementes durch den Mittelwert der Prozentvarianz aller Elemente. Das Ergebnis wird als „Maß der Aufmerksamkeit“ für ein bestimmtes Element bezeichnet; es beträgt durchschnittlich 1, größere Werte sind überdurchschnittlich (ihnen kommt relativ viel Aufmerksamkeit zu), kleinere unterdurchschnittlich bedeutsam. Oft ist die Aufmerksamkeit für das „Ideal-Selbst“ relativ groß, es wird differenziert beschrieben und stellt einen Ordnungsfaktor im Konstruktionssystem dar (Raethel 1992, S.55).

Anhand dieses Maßes kann also die Differenziertheit der Beschreibung des „Stimmen-Elementes“ sowie anderer zentraler Elemente des „Stimmen“ Grid erfasst werden, damit die ihnen jeweils zukommende Aufmerksamkeit und die Frage der intra- und interindividuellen Übereinstimmung hinsichtlich der Differenziertheit/Aufmerksamkeit für bestimmte Elemente überprüft werden.

3.4.3.1.2 Prozentuale Aufklärung der Hauptkomponenten als Maß für die kognitive Komplexität; Bezug zur Varianz des Stimmen-Elementes

Kognitive Komplexität ist die Fähigkeit, soziales Verhalten in einer multidimensionalen Form zu konstruieren (Bieri et al. 1966) oder konkreter: „Ein Konstruktsystem, welches stark differenziert zwischen verschiedenen Personen, wird als kognitiv komplex angesehen. Ein Konstruktsystem, welches wenig Differenzierung zwischen verschiedenen Personen erlaubt, wird als kognitiv simpel angesehen“ (a.a.O.).

Nach Winter (1992, S. 40) gibt es sehr unterschiedliche Auffassungen zur Erfassung dieser Fähigkeit und die Erforschung dieser Frage sei mittlerweile ein eigenständiges Untersuchungsgebiet in der Grid-Literatur.

Die referierte Literatur begründet die Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen den Strukturparametern des Konstruierens und akustischen Halluzinationen besteht. Hingewiesen sei hier auf die Untersuchungen von Klosterkötter (1988) über kognitive Defizite und produktive psychotische Symptomatik, von Hoffmann (1993) über Störungen der Diskursplanung und akustische Halluzinationen sowie die diversen Grid-Untersuchungen über Konstruktionsauffälligkeiten und psychotische Symptome (siehe Kapitel 2.3).

Naheliegender wäre es, die Scores (intensity, consistency), die u.a. Bannister und Fransella zur Erforschung von schizophrenen Denkstörungen benutzten, zur Erfas-

sung dieses Zusammenhanges zu verwenden. Da hierzu idealerweise ein normierter Grid (Test of Schizophrenic Thought Disorder) erforderlich ist, der dem komplexen Phänomen „Halluzinationen“ nicht gerecht wird, wird hier auf diese Maße nicht zurückgegriffen.

Kognitive Komplexität kann auch über die Aufklärung der wichtigsten Komponenten der Hauptkomponentenanalyse erfasst werden. Die Hauptkomponentenanalyse ist ein mathematisch völlig beherrschtes Verfahren (Raeithel 1992). Die ursprünglichen Zahlen der Grid Matrix werden so umgerechnet, dass neue Koordinaten auf sogenannten Hauptachsen entstehen. Diese (virtuellen) Hauptachsen stellen unabhängige (geometrisch orthogonale) Dimensionen der Matrix dar, deren Größe (prozentuale Aufklärung der Gesamtvarianz, welche durch diese Komponente aufgeklärt wird) ein Maß für die Strukturiertheit des Grids ist. (ausführlicher zum mathematischen Verfahren: Raeithel 1992, Slater 1977).

Es wurde vorgeschlagen, kognitive Komplexität als durch die Aufklärungskraft der 1. Hauptkomponente (Chetwynd, 1976) oder durch die Aufklärungskraft der 1. und 2. Hauptkomponente (Space u. Cromwell, 1980) oder die der ersten drei Hauptkomponenten (Asworth et al., 1982) repräsentiert zu sehen. Sie ist umgekehrt proportional der prozentualen Größe der Hauptkomponenten; d.h. je größer die Aufklärungskraft der Hauptkomponenten, desto geringer die kognitive Komplexität und umgekehrt.

Diese Daten sollen deskriptiv beschrieben und zur orientierenden Einordnung mit Untersuchungsergebnissen über die kognitive Komplexität Depressiver (Stapenhorst 1994) verglichen werden. Dies kann einen sehr groben Eindruck über die allgemeine Einschätzung der Ergebnisse vermitteln. Hier wird ein genereller Mangel der differenzierten Methode deutlich: Es gibt kaum eine Normierung oder einen Vergleich mit einer durchschnittlichen Stichprobe. Insofern ist der Vergleich mit den depressiv Kranken nur eine halbwegs befriedigende Abhilfe.

Es soll nachfolgend die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen den Strukturparametern und akustischen Halluzinationen besteht, überprüft werden. Konkret wird hier angenommen, dass eine Korrelation zwischen relativer Varianz (Aufmerksamkeit) des Stimmenelementes und kognitiver Komplexität besteht. Die Hypothese könnte z.B. dadurch belegt werden, dass besonders bedeutsame Stimmenelemente mit einer besonders klaren oder gar rigiden kognitiven Komplexität korrelieren.

3.4.3.2 Elementedistanzen

Elementedistanzen geben Aufschluss über die Ähnlichkeit zwischen zwei Elementen. Errechnet werden sie als euklidische Distanz zwischen zwei Elementespalten, d.h. sie werden bestimmt als Saliens der Differenz (Wurzel aus der Summe der quadrierten Quadrate) (Raeithel 1992, S. 63).

Die Distanzmaße liegen überwiegend zwischen 0 und 2, sehr selten darüber. Identische Elemente haben keine Distanz zueinander (dementsprechend ist die euklidische Distanz gleich 0), Werte zwischen 1 und 0 drücken zunehmende Ähnlichkeit und solche über 1 zunehmende Unähnlichkeit aus. Elemente mit einem Abstand von 1 werden weder als ähnlich noch als unähnlich beurteilt. Werte über 2 sind extrem selten (< 0,22 %, Slater 1977). Einem Vorschlag von Jones und Makhlof-Norris (1971) folgend, kann sinnvoll differenziert werden zwischen ähnlich (0 bis 0,8), indifferent (0,8 bis 1,2) und unähnlich (größer 1,2). Diese Maße wurden in Bezug auf gewisse Selbstaspekte (anschaulich gemacht in der Selbst-Identitäts-Graphik; s.u.) angewandt, dienen hier aber auch zur Verdeutlichung anderer Elementebeziehungen.

3.4.3.2.1 *Distanzen der Elemente zu anderen Elementen*

Orientierend soll zunächst erfasst werden, welche durchschnittlichen Abstände die vorgegebenen Elemente zu den anderen Elementen haben. Es werden sämtliche Abstände des je ausgewählten Elementes (beginnend mit „Person, die ich gerne um mich habe“, weiterhin „Person, die mich berät“ etc.) zu sämtlichen anderen Elementen berechnet und der Durchschnitt dieser Summe angegeben.

Damit soll eine eventuelle orientierende Funktion zentraler Elemente durch Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit zu anderen Bezugspersonen, bzw. deren subjektiver Konstruktion gemessen werden. Von zentralem Interesse ist hier, ob die „Stimme“ wie andere Elemente differenziert oder in einem durchschnittlich spezifischen Abstand konstruiert ist; etwa besonders ähnlich oder unähnlich anderen Menschen gegenüber, geschildert wird. Dies könnte verdeutlichen, in welchem Ausmaß das „Stimmen-Element“ wie andere Menschen wahrgenommen wird oder besonders ähnlich/unähnlich anderen Elementen. Falls es besonders ähnlich sämtlichen anderen Elementen wäre, könnte dies auf Differenzierungsprobleme hinweisen, wenn es besonders unähnlich wäre, Fragen nach spezifischer Funktion oder gar nach Vergleichbarkeit mit „Menschen“ aufwerfen.

Da die Durchschnittsmaße nur orientierende Funktion haben, soll zur weiteren Differenzierung die Ähnlichkeit bzw. Unähnlichkeit bzw. Indifferenz durch eine Chi-Quadrat Verteilung berechnet werden.

3.4.3.2.2 *Distanzen des „Stimmen-Elementes“ zu anderen Elementen*

Um zu evaluieren, welchen Elementen die „Stimme“ im Durchschnitt besonders ähnlich bzw. unähnlich ist, wird der durchschnittliche Abstand des „Stimmen-Elementes“ zu anderen je spezifischen Elementen berechnet. Angegeben werden sollen erneut durchschnittliche Abstände sowie die Chi-Quadrat-Verteilung bezüglich nah, indifferent sowie fern.

Erwartet wird, hiermit Erkenntnisse nicht nur über die Vergleichbarkeit der Stimme mit anderen Elementen, sondern eventuell auch über deren spezifische „interpersonelle Funktion“ zu gewinnen. Insbesondere der Vergleich zu den ersten drei vorgegebenen Elementen (Person, mit der ich gerne zusammen bin, die mich berät, die mich entmutigt) soll eine Orientierung ermöglichen, ob die Stimme eher soziale, kognitive oder affektive Funktionen innehat, der Vergleich mit den Eltern-Elementen, ob sie Funktionen übernimmt, die denen primärer Bezugspersonen ähneln.

Auch diese Distanzmaße sollen durch eine Chi-Quadrat-Berechnung dahingehend geordnet werden, dass sämtliche Elemente in ihrer Verteilung in nah, indifferent und fern dem Stimmen-Element dargestellt und unterschieden werden.

Die Ergebnisse der Distanzberechnungen zum Stimmen-Element können verglichen werden mit den Distanzen zu anderen Elementen, wie sie im vorherigen Absatz berechnet wurden. Im Vergleich soll eine Aussage darüber gemacht werden, ob die jeweiligen Elemente dem Stimmen-Element näher oder ferner sind, als es ihren durchschnittlichen Abständen gegenüber anderen Elementen entspricht.

3.4.3.2.3 *Distanzen der „Stimmen-Elemente“ zu wesentlichen Selbst-Elementen*

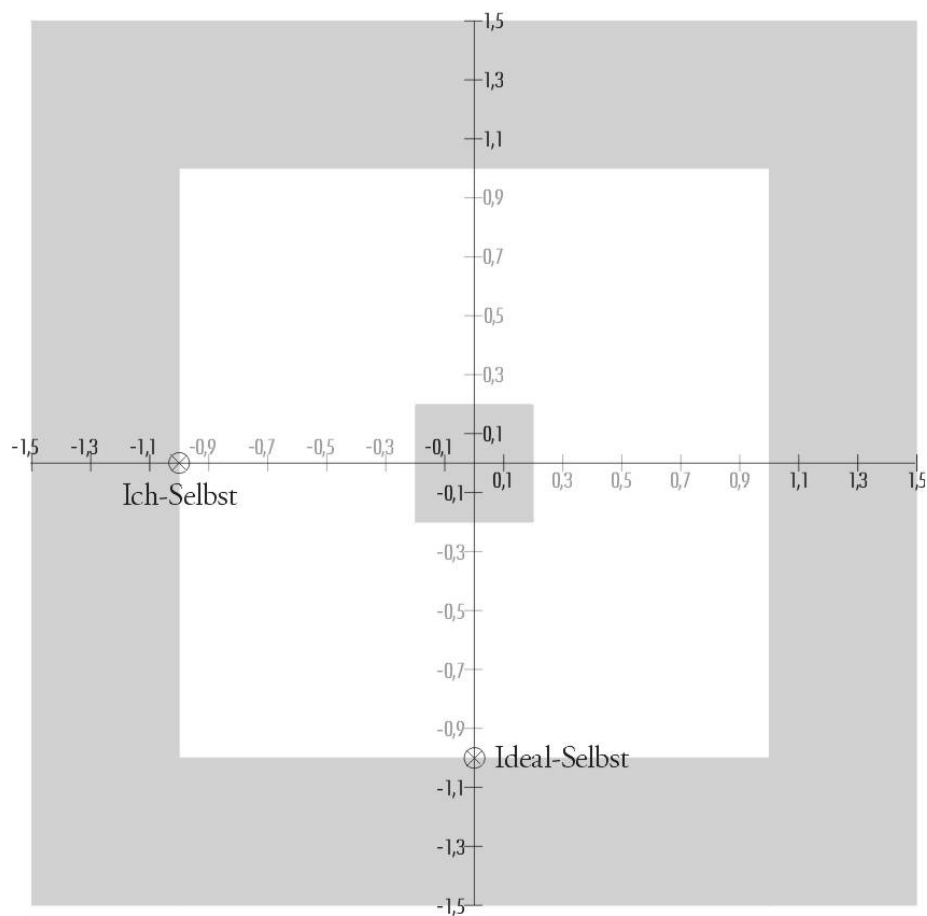
Die je spezifischen Distanzmaße der „Stimmen-Elemente“ zum „Selbst-“ und „Ideal-Selbst“-Element sollen zum besseren Verständnis dieser zentralen Bezüge im „Selbst-Identitäts-System“ dargestellt werden.

Dieses wurde von Jones und Makhlof-Norris (1971) entwickelt. Sie nahmen an, dass das Selbstkonzept des Menschen aus verschiedenen Selbstelementen bestehe, deren wichtigste das aktuelle Selbst („Ich-Selbst“), das soziale Selbst („Ich, wie andere mich sehen“) und das ideale Selbst („Ideal-Selbst“) seien.

Zur Verdeutlichung dieses Konzeptes stellen sie wesentliche dieser Bezüge graphisch dar (siehe Abbildung 3.1).

Dabei ist zu beachten, dass in der zweidimensionalen Darstellung in der Selbst-Identitäts-Graphik der falsche Anschein entstehen kann, dass „Ich-Selbst-“ und „Ideal-Selbst-“ Element orthogonal zueinander stehen, also unabhängig konstruiert werden. Trotz dieses Problems entsteht ein anschaulicher Eindruck insbesondere von Objektbeziehungen (Bartholomew, 1992). Wiederholt wurden hiermit nicht nur individuelle Gridmaße dargestellt, sondern auch gleiche Elemente verschiedener Grids analysiert.

Abbildung 3.1: Selbstidentifikationssystem



Mit der Darstellung der „Stimmen-Elemente“ in der Selbst-Identitäts-Graphik soll der Versuch unternommen werden, die Funktion der Halluzinationen im Verhältnis zu „Ideal-Selbst“ und „Ich-Selbst“ vergleichend anschaulich zu machen und zu analysieren.

Dies ist interessant unter dem Aspekt einer möglichen Ich-Schwäche als pathogenetischer Faktor der Schizophrenie und diesbezüglichen intrapsychischen Funktionen des Symptoms (vergleiche Kapitel 1: „psychoanalytische Ansätze“). Durch die anschauliche Darstellung kann auch eine einfache Information darüber erreicht werden, wie nah die „Stimmen-Elemente“ den zentralen Selbst-Elementen liegen. Die Entfernung zum „Ich-Element“ kann Auskunft darüber vermitteln, ob die untersuchten Halluzinierenden sich mit den „Stimmen“ vergleichbar erleben oder diese gerade fern dem Ich konstruieren. Die Distanz zum „Ideal-Selbst“-Element gibt Auskunft darüber, ob die Stimme eher idealisierend konstruiert wird oder als negativ/destruktiv dargestellt ist.

3.4.3.2.4 *Distanz zwischen „Selbst-Element“ und „Ideal-Selbst-Element“*

Als Grid Wert ist die Selbstzufriedenheit operationalisiert durch den Abstand des „Selbst-Elementes“ zum „Ideal-Selbst-Element“. Ein geringer Abstand spiegelt ein hohes Maß von Selbstzufriedenheit wider und umgekehrt ein großer Abstand ein geringes Maß.

Das Selbstwertgefühl ist eine der am häufigsten untersuchten Grid-Variablen im Zusammenhang mit Depressiven (z. B. Sheehan 1981, Stapenhorst 1994).

Wie in Kapitel 2c. erwähnt, wurde dieses auch in einigen wenigen Untersuchungen Schizophrener berechnet (Winter 1992). Es sei bei dieser Gruppe von Patienten und Patientinnen kaum unterschiedlich zur Normalbevölkerung oder sogar geringfügig größer.

Die Selbstzufriedenheit soll beschrieben werden, um einen möglichen Zusammenhang des Symptoms „Halluzinationen“ hiermit zu erfassen.

3.4.3.3 *Konsistenz zwischen Erst- und Zweitgespräch*

Abschließend soll überprüft werden, ob die erhobenen Parameter zwischen Erst-Gespräch und Zweit-Gespräch korrelieren. Hiermit soll zunächst überprüft werden, ob intrapersonell konsistente Parameter gemessen wurden. Wenn dies auch auf die Parameter, die sich direkt auf das Halluzinationsphänomen beziehen, zuträfe, wäre dies ein entscheidendes Argument dafür, dass dieses nicht ein „verrücktes“ im Sinne von „chaotisches“ Symptom ist, sondern eine konsistente Struktur auch intrapersonell hat.

Gegebenenfalls könnte analysiert werden, ob sich unterschiedliche konsistente Grid-Parameter identifizieren lassen.

Der Vergleich mit akut Halluzinierenden könnte hier Hinweise dafür geben, warum bei manchen die Halluzinose chronifiziert und bei anderen nicht.

4 Ergebnisse

4.1 Inhaltliche Aspekte der Halluzinationen

Die Patienten und Patientinnen beschrieben in unterschiedlichem Ausmaß inhaltliche Aspekte der halluzinierten Stimmen. Wenn es ihnen möglich war, wurde die „Stimme“ durch einen Namen oder übergeordnete Begrifflichkeiten (z.B. „Gott“, manchmal auch sehr allgemein: z.B. „eine männliche Stimme“) benannt, anderenfalls nur als „Stimme“ bezeichnet.

Es war nicht die Absicht ausführliche freie Beschreibungen zu erfassen, trotzdem konnten z.T. knappe inhaltliche Angaben festgehalten werden. Diese sind in der folgenden Tabelle beschrieben, die auch kurze Charakterisierungen der Halluzinierenden enthält (siehe Tabelle 4.1.), welche sich aus Beobachtung oder Äußerungen während der Interviews ergaben.

Die Ausführungen belegen, dass die Patienten und Patientinnen Eindrücke über inhaltlich im Wesentlichen idiosynkratisches Erleben vermittelten. In einigen Fällen konnten oder wollten die Halluzinierenden keine genaueren Angaben über die Halluzinationen machen. Die sonstigen Angaben sprechen für ein Erleben der Stimme als Person im weitesten Sinne (persönlich bekannte Person, irgendeine Person mehr oder weniger spezifischer Charakteristik, „übermenschliche“ Figuren (religiös, „Überirdische“), die aber auch sehr unterschiedlich im Verhältnis zu realen Personen sein kann (letzter Patient). Es bestätigt sich also, dass inhaltlich die Stimme wie eine Person geschildert wird. Während der Datenerhebung entstand allerdings in einigen Gesprächen der Eindruck, dass Konstrukte, die anhand der Stimme gewonnen wurden, häufiger in Bezug auf die jeweilige Untersuchungsperson formuliert wurden. Beispielsweise wurde als Eigenschaft genannt „ist nett zu mir“ statt einem verallgemeinerbarem Konstrukt wie „ist nett zu anderen“. Bei Nachfragen wurden diese Konstrukte ohne große Probleme durch verallgemeinerte Eigenschaften ersetzt. Erklärt werden könnte diese Eigentümlichkeit dadurch, dass die halluzinierte Stimme ein Erlebnis ist, das primär nicht geteilt wird. Die Halluzinierenden reflektieren, dass die „Stimme“ zunächst in Bezug auf sie existiert und der Bezug zu anderen nicht unmittelbar ist.

Bemerkenswert ist die bei Frauen und Männern deutlich unterschiedliche Schilderung, insofern die interviewten Patientinnen genauere Charakterisierungen der Stimmen vornahmen als die Patienten. Sieben der elf Männer machten Angaben wie „Stimme“, „männliche Stimme“ etc., während sämtliche (10) Frauen differenziertere Charakterisierungen vornahmen. Ob dies an unterschiedlichem Erleben oder unterschiedlicher Ausdrucksfähigkeit liegt, kann hier nicht mit Sicherheit angegeben werden. Da einschlägige Forschungsergebnisse belegen, dass Frauen im allgemeinen besser als Männer in der Lage sind, soziale Ereignisse zu rekonstruieren (Lewis 1985), könnte die geschlechterspezifisch unterschiedliche Beschreibung der „Stimmen“ Ausdruck dieser „normalen“ Unterschiede sein. Darüberhinaus gilt es als gut untersucht, dass Frauen in Bezug auf Sprachfähigkeit ebenfalls den Männern deutlich überlegen sind (Lewis 1985). Sowohl Erleben als auch Verbalisierung der Halluzinationen könnte also in ganz typischer – auch bei Gesunden vorhandener – geschlechterspezifischer Eigenart vorliegen.

Tabelle 4.1: InterviewpartnerInnen und die von ihnen angegebenen Stimmen

<i>InterviewpartnerIn</i>	<i>Stimme/n</i>
1. weibl., 38 Jahre, Klinik	1. ein Bekannter (namentlich gekennzeichnet) 2. „sehr böse“, „spielt mehrere Personen“ 3. „macht große Liebe nach, ist hilflos“ „alle Stimmen sind eigentlich Dämonen“ Stimmen benützten sie; gebräuchten ihren Mund als Werkzeug (während des Interviews „sprechen“ die Dämonen; Patientin spricht mit veränderter Sprache)
2. männl., 43 Jahre, Klinik	„zehnjährige und jünger, außerirdisch“ Stimmen stammten von Außerirdischen, die ihn ausgewählt hätten, als Einziger das Weltende zu überstehen. Er habe diese Außerirdischen auch gesehen.
3. männl., 41 Jahre, Wohnheim	„Stimmen“
4. männl., 39, Wohnheim	„Knochenstimmen, Musik, relative Stimmen“ „Bedrohen und beschimpfen, sind nie nett. Das Gute an den Stimmen: schöpferisch, kreative Gedanken.“ „In der Sonne gar keine Stimmen.“
5. männl., 33 Jahre, Wohnheim	„Stimme (Mutter?)“ „Will kontrollieren, befehlen. Kommt nur, wenn ich alleine bin.“
6. weibl., 28 Jahre, Wohnheim	„dominante Männerstimme“ höre Stimmen meist, wenn sie alleine sei. „Stimmen sind nett, wenn ich mal tue, was sie wollen. Wissen, wie sie mich verletzen können.“
7. weibl., 41 Jahre, eigene Wohnung, berufstätig, fester Partner	1. „positive Stimme, Mutter“ 2. „negative Stimme, viele“
8. männl., 36 Jahre, wohnt bei Eltern	„Stimme, technisch“ Stimme würde ihm technisch eingegeben
9. weibl., 39 Jahre, Klinik, Partner, Ergotherapie	1. „Vater – schlimm“ 2. „Freundin – schlimm“ 3. „Freund – schön“ belastender als Stimme seien die „schmutzigen Gedanken“, die ihr eingegeben würden (tötete sich vor dem Re-Test)
10. weibl. 24 Jahre, Tagesklinik Ergotherapie	1. „Stimme, die überwiegend da ist – männlich“ 2. „weibliche Stimme“

<i>InterviewpartnerIn</i>	<i>Stimme/n</i>
11. weibl., 49 Jahre, betreutes Wohnen, Reha-Job	1. „Gottes- / Jesustimme“ 2. „der Versucher“
12. männl., 37 Jahre, betreutes Wohnen, Reha-Job	„männliche Stimme“
13. weibl., 39 Jahre, Klinik	„eine Bekannte (Name wird genannt)“ Gibt während des Ausfüllens des Grids an: „Ist eigentlich falsch, aber die Stimme will das jetzt so.“
14. weibl., 31 Jahre, Wohnheim, Arbeitstherapie	„Männer, in die ich verliebt bin“ (Namen werden genannt)
15. männl., 37 Jahre, Wohnheim	1. „Herr Gott“ 2. „der Tod“ 3. „die Stimmenmacher“ gibt Partnerin an, die vor Monaten verstarb. Stimmen würden auch während des Interviews aus verschiedenen Ecken des Zimmers mit ihm reden (zeichnet erklärende Skizze) „Stimmenmacher ist schlechter dran, weil er mich nicht so quält.“
16. männl., 22 Jahre, Wohnheim, Ergotherapie	„Stimmen“ „Wenn ich mich den Stimmen unterordne, sind sie ganz nett, sonst gibt es Stress.“
17. weibl., 38 Jahre, Wohnheim, Ergotherapie, Partner	„männliche Stimme / ein Zuhälter“
18. weibl., 28 Jahre, Klinik	1. „Stimme von Herrn W „ 2. „Stimme von X“ (männl. Vorname) 3. „Stimme von Y“ (ihre Schwester) 4. „Stimme von Dr. Z“ (männl. Arzt) lehnt Zweitgespräch ab, da die Stimmen sie nach dem ersten Gespräch zu sehr gequält hätten
19. männl., 27 Jahre, Wohnheim, Partnerin	„meine Stimme“ „Stimme will, dass ich mich umbringe“ höre die eigene Stimme hinter dem eigenen Rücken
20. männl., 26, Wohnheim, arbeitet in Reha-Einrichtung	„Stimmen“
21. männlich, 37, wohnt in Wohngemeinschaft, arbeitet in Reha-Einrichtung	1. „weibliche 2. männliche 3. kindliche Stimmen“ „indische Gottheiten, sind immer liebevoll“, hätten einen Entwicklungsvorsprung von Tausenden von Jahren und seien so außergewöhnlich, dass sie kaum mit anderen Menschen verglichen und deshalb in Abgrenzung nur gleichförmig geschildert werden könnten

4.2 Grid-Maße

4.2.1 Strukturelle Aspekte

4.2.1.1 Elementevarianzen

Die Varianz der Elemente ist ein Maß für die Streuung oder Polarität der Ratings. Ein Element, das im Durchschnitt mit besonders extremen Werten beschrieben wird hat eine hohes Varianzmaß. Extreme Werte sind beim vorliegenden Fragebogendesign 1 bzw. 6 oder diesen angenähert.

Es wird angenommen, dass die Aufmerksamkeit für ein bestimmtes Element anhand der Varianz der Ratings für dieses Element erfasst werden kann. Ein besonders extrem geratetes Element, welches also große Varianzmaße besitzt, ist besonders differenziert geschildert und zieht damit besonders große Aufmerksamkeit auf sich. (Wie in Kapitel 3 ausgeführt, wurden die Varianzen „normalisiert“, durchschnittliche Werte betragen dadurch immer 1).

Es zeigt sich, dass die „Stimmen-Elemente“ durch ihre überdurchschnittlich großen Varianzmaße auffallen. Sie werden also extrem geratet und besonders differenziert geschildert, es kommt ihnen besonders viel Aufmerksamkeit zu.

In 10 von 21 Grids (Re-Test: 9 von 16) besitzt ein „Stimmen-Element“ die größte Varianz, in den anderen Fällen trifft dies auf unterschiedliche Elemente zu; mehrmals ein Eltern-Element (4 bzw. 1), wiederholt auch das „Selbst-Element“ (3 bzw. 2), nur im Re-Test hat auch das „Ideal-Selbst“ Element zweimal diese Position inne.

In 3 (3) Grids ist die relative Varianz der „Stimmen-Elemente“ bzw. des „Stimmen-Elementes“ unterdurchschnittlich (also ≤ 1).

In der Tabelle 4.2. (siehe auch Graphik 4.1.) sind die durchschnittlichen Varianzen für die einzelnen Elemente in Test und Re-Test dargestellt, weiterhin werden die jeweiligen Standardabweichungen angegeben, sowie die Anzahl der berechneten Elemente-Varianzen (über Element 9, „Intimpartner/ -partnerin“ berichteten die Befragten z.B. nur in 5 (4) Fällen, während die meisten Elemente in fast allen Grids aufgeführt wurden).

In der letzten Spalte sind die Korrelationen zwischen Test und Re-Test angegeben. Per T-Test für abhängige Stichproben kann gezeigt werden, dass in keinem der Fälle ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten vorliegt. Die Elemente wurden also zu beiden Untersuchungszeitpunkten ähnlich differenziert geschildert.

Tabelle 4.2: *Relative Varianzen der Elemente*

	1. Messzeitpunkt x (sd; n)	2. Messzeitpunkt x (sd; n)	Pearson-Korrelation zwischen 1 und 2 r (p)
1. soziale Person	0,91 (0,44; 17)	0,83 (0,43; 14)	0,65 (0,01)
2. kognitiv Person	0,59 (0,37; 19)	0,68 (0,28; 14)	0,92 (p< 0,001)
3. affektiv Person	1,19 (0,57; 17)	1,22 (0,6; 11)	0,51 (0,11)
4. Vater	1,02 (0,56; 20)	0,96 (0,49; 15)	0,45 (0,1)
5. Mutter	1,12 (0,62; 21)	1,16 (0,71; 16)	0,74 (p< 0,001)
6. Ich-Selbst	1,05 (0,62; 21)	1,05 (0,56; 16)	0,74 (p< 0,001)
7. Ideal-Selbst	1,01 (0,36; 21)	1,11 (0,45; 16)	0,51 (0,04)
8. Stimmen	1,55 (0,89; 34)	1,76 (1,06; 21)	0,83 (p< 0,001)
11. PartnerIn	0,9 (0,42; 5)	0,87 (0,42; 4)	1,0 (0,1)

	1. Messzeitpunkt x (sd; n)	2. Messzeitpunkt x (sd; n)	Pearson-Korrelation zwischen 1 und 2 r (p)
12. Bekannte	0,81 (0,48; 48)	0,62 (0,35; 38)	0,47 (0,1)

Mehrere PatientInnen berichteten über mehrere Stimmen. Diese wurden einzeln erfasst und nachfolgend die Streuung/Varianz für die je einzelnen Stimmen-Elemente berechnet. Um das Ergebnis mit den Varianzen der anderen Elemente vergleichbar zu machen, wurde schließlich der Durchschnitt der Varianzen der Stimmen-Elemente berechnet, wenn mehrere Stimmen angegeben wurden. Ersichtlich ist, dass auch die durchschnittlichen Varianzen der Stimmen-Elemente – allerdings ebenfalls die Standardabweichungen – überdurchschnittlich groß sind.

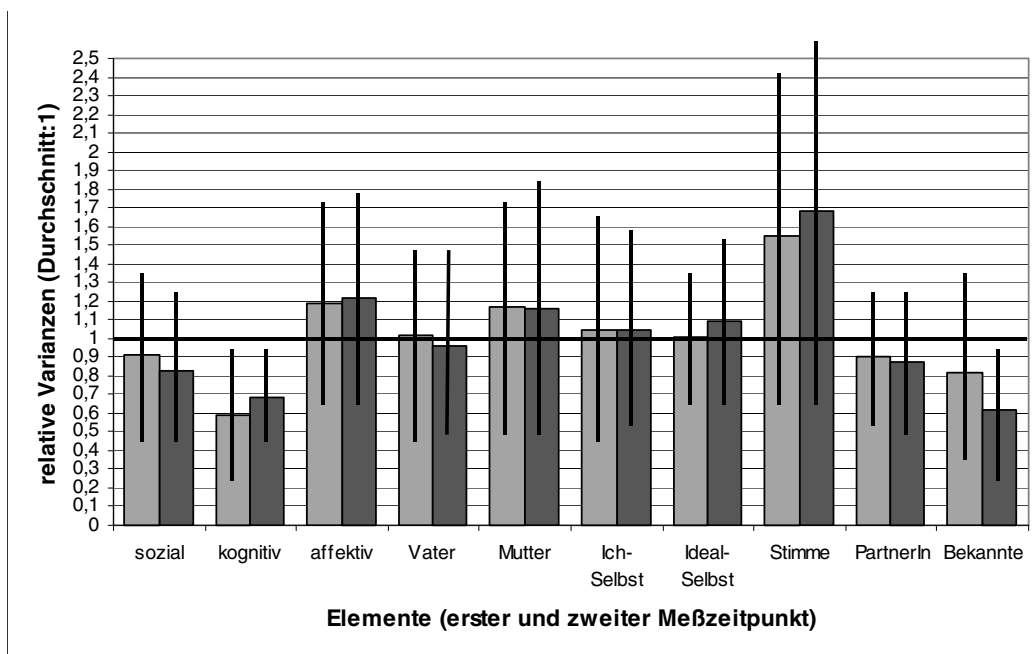
Die sonstigen Elemente liegen um den Durchschnittswert (1). Nur dem Element 2 (kognitiv; „Person, die mich berät“) und den frei zu wählenden letzten Elementen (andere Menschen, die wichtig sind; Bekannte) kommt eine Sonderrolle durch deutlich unterdurchschnittliche Werte zu.

Zweiter Messzeitpunkt:

Diese Verteilung bestätigt sich im Zweitgespräch .

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den jeweiligen Elemente des Erst- und des Zweitgesprächs liegen laut T-Test für abhängige Stichproben vor außer für Element 11 (PartnerIn), das allerdings in so geringer Anzahl genannt wurde, dass diese Auffälligkeit statistisch fragwürdig ist (n: 5 bzw. 4).

Abbildung 4.1: *Relative Varianzen der Elemente zum ersten und zweiten Messzeitpunkt*



Differenzierte Varianzberechnung der Stimmen-Elemente

Da wiederholt mehrere Stimmen geschildert wurden, wird diesbezüglich eine Differenzierung nötig. Es sind in der Tabelle 4.3 zunächst Werte für sämtliche Stimmen-

Elemente angegeben, nachfolgend die Durchschnittswerte, falls mehrere Stimmen vorlagen, sowie die je kleinste bzw. größte Stimmen-Elemente-Varianz.

Im Rahmen der Distanzberechnungen kann die polarisierte Lage der Stimmen-Elemente zum Ideal-Selbst Element berechnet werden (siehe Kapitel 4.2.2.2). Es ist deshalb auch bei der Varianzberechnung sinnvoll, die Stimmen Elemente zu differenzieren in Stimmen-Elemente, die dem Ideal-Selbst nah sind (euklidische Distanz kleiner 0,8), indifferent (euklidische Distanz zwischen 0,8 und 1,2) und in solche, die dem Ideal-Selbst entfernt sind (euklidische Distanz größer 1,2). Zur Vereinfachung wird die Benennung in „positive“, „neutrale“ und „negative“ Stimmen Elemente eingeführt.

Tabelle 4.3: *Relative Varianzen der Stimmen-Elemente differenziert nach Größe der Varianz und nach euklidischer Distanz des Stimmen-Elementes zum Ideal-Selbst*

	1. Messzeitpunkt x (sd; n)	2. Messzeitpunkt x (sd; n)	Pearson- Korrelation zwischen 1 und 2 r (p)
alle Stimmen	1,55 (0,89; 34)	1,76 (1,06; 21)	0,83 (p< 0,001)
Stimme (mittlere Varianz)	1,67 (0,88; 21)	1,78 (0,81; 16)	0,82 (p< 0,001)
Stimme (größte V.)	1,88 (0,98; 21)	2,07 (1,03; 16)	0,83 (p< 0,001)
Stimme (kleinste V.)	1,48 (0,97; 21)	1,54 (0,9; 16)	0,82 (p< 0,001)
positive Stimme	0,87 (0,33; 7)	0,83 (0,21; 5)	0,6 (0,06)
neutrale Stimme	1,13 (0,56; 6)	1,0 (0,21; 3)	1,0 (p<0,001)
negative Stimme	2,3 (0,94; 13)	2,43 (0,93; 12)	0,07 (0,9)

Deutlich erkennbar ist die ausgeprägt unterschiedliche Wertigkeit der Varianz, wenn die Stimmen-Elemente nach Größe der Varianz unterschieden werden. Allerdings ist auch die jeweils kleinste Varianz des Stimmen-Elementes durchschnittlich noch größer als die durchschnittliche Varianz anderer Elemente (siehe Tabelle 4.2).

Der Unterschied der Varianzmaße ist noch ausgeprägter, wenn die Stimmen-Elemente differenziert werden nach ihrem Abstand zum „Ideal-Selbst-Element“. Die diesem Element relativ nahen (positiven) Stimmen-Elemente haben eine unterdurchschnittliche relative Varianz, d.h. sie sind im Verhältnis zu anderen Elementen unterdurchschnittlich bedeutsam, die Varianzen der neutralen Stimmen-Elemente liegen etwa um den Durchschnittswert (1) und die negativen Stimmen-Elemente haben eine noch größere Varianz als die Stimmen-Elemente, die als solche mit der je größten Stimmen-Varianz in den einzelnen Grids identifiziert werden konnten.

Zusammenfassend gilt hier also, dass ein Stimmen-Element eine um so größere Varianz aufweist, je weiter es von dem Ideal-Selbst-Element entfernt ist, d.h. je negativer es konstruiert ist. Dies kann auch durch die Pearson Korrelation berechnet werden: Die euklidische Distanz zwischen Stimmen-Element und Ideal-Selbst korreliert hochsignifikant mit der Varianz der Stimmen-Elemente (siehe auch Absatz 4.2.2.2).¹⁷

¹⁷ Pearson-Korrelation zwischen der Varianz sämtlicher „Stimmen-Elemente“ einerseits und euklidischer Distanz zwischen „Stimmen-Elementen“ und „Ideal-Selbst-Element“ andererseits:
 1. Messzeitpunkt: 0,778; p<0,001, n=33
 2. Messzeitpunkt: 0,764; p<0,001; n=21
 Andererseits sollte diese Korrelation nicht überschätzt werden; wie in Absatz 4.2.2.2 gezeigt wird, besteht diese auch zwischen Varianz der „Stimmen-Elemente“ und euklidischer Distanz zwischen „Stimmen-Elementen“ und einigen anderen Elementen, besonders die Distanz des „Stimmen-

Zusammenfassung der Ergebnisse der Varianzberechnungen:

Die relativen Varianzen der einzelnen Elemente verteilen sich in einer bestimmten Reihenfolge, die sich im zweiten Testdurchgang bestätigt. Besonders große Varianzen weisen die „Stimmen-Elemente“ auf, sie sind besonders extrem / differenziert geschildert, haben allerdings auch die größten Standardabweichungen und sind in einigen Fällen unterdurchschnittlich. Bemerkenswert ist, dass die Stimmen-Elemente, unterschieden nach ihrem Abstand zum Ideal-Selbst-Element, um so größere Varianzen aufweisen, je weiter entfernt sie diesem Element sind, vereinfacht gesagt: je negativer das Stimmen-Element, desto bedeutsamer wird es konstruiert.

Besonders kleine Varianzen weisen das Element 2 (kognitiv; „Person, die mich berät“) sowie das Element „Bekannte“ auf, sie sind wenig extrem / wenig differenziert geschildert.

Die Ergebnisse des ersten und zweiten Messzeitpunktes unterscheiden sich nicht signifikant.

Offensichtlich ist die Konstruktion der Mitmenschen und der Selbstaspekte bei schizophrenen Halluzinierenden davon geprägt, dass die „Stimmen-Elemente“ Extreme einnehmen, sie sind im Allgemeinen besonders differenziert beschrieben, es kann angenommen werden, dass sie das Erleben des zwischenmenschlichen Umfeldes umfassend überlagern. Die Stimmen sind also entweder so konstruiert, dass sie die bereits vorhandene kognitiv-affektive Ordnung der Mitmenschen besonders gut widerspiegeln oder sie erzeugen genau diese ordnende Konstruktion der Mitmenschen.

Andererseits sind die anderen Elemente nicht gänzlich bedeutungslos, in Einzelfällen sind sie bedeutsamer als die Stimmen-Elemente. Es existieren auch einige „Stimmen“ mit unterdurchschnittlicher Varianz. Letztere sind häufig durch die besondere Nähe zum Ideal-Selbst charakterisiert. Vereinfacht gesagt, sind die Stimmen-Elemente um so bedeutsamer je negativer (entfernter dem Ideal-Selbst) sie konstruiert sind.

Dafür, dass die anderen Elemente nicht gänzlich bedeutungslos sind neben der alles überdeckenden Stimme, spricht auch ihre unterschiedliche Bedeutsamkeit. Besonders auffällig ist die durchschnittlich geringe Bedeutsamkeit der „Person, die mich berät“ und der „sonstigen“ sowie in geringerem Ausmaß auch die „Person, mit der ich gern zusammen bin“. Interessant ist besonders, dass die „Person, die mich berät“ oft therapeutische Funktion hat.

Diese Beziehungskonstellation bleibt über die zwei Testzeitpunkte im Abstand von 4–6 Wochen stabil, d.h. ist nicht zufällig sondern erfüllt eine innerpsychische Funktion. Konstruktpsychologisch gesehen spricht dies dafür, dass diese Konstellation zukünftige Ereignisse gut antizipieren hilft (siehe auch S.29; Kelly 1986).

4.2.1.2 Prozentuale Aufklärung der Hauptkomponenten

Es wurden Hauptkomponentenanalysen aller 21 (2. Messzeitpunkt: 16) Grids durchgeführt. Es wird hier nur die prozentuale Aufklärung der Hauptkomponenten weiter berechnet. Sie gilt als ein Maß für die kognitive Komplexität der jeweiligen Untersuchungspersonen.

Die prozentuale Aufklärung der ersten drei Hauptkomponenten weist eine große Streuung auf. Die Werte liegen zwischen 31,5% und 78,6% (2. Messzeitpunkt: 39,9; 83,1) bei der ersten Hauptkomponente, 48,2% und 92,2% (2. Messzeitpunkt: 56,1; 93,8) bei der Summe aus erster und zweiter und 63,4% und 95,3% (2. Messzeitpunkt: 67,9; 96,4) bei der Summe der ersten drei Hauptkomponenten. Diese diffe-

Elementes“ zu den Elementen „Ich-Selbst“ und „Person, die mich berät“ korreliert hochsignifikant mit der Varianz der Stimmen-Elemente.

renzierten Werte weisen darauf hin, dass einige Halluzinierende differenziert bis zerfahren, andere strukturiert bis rigide konstruieren.

Wie in der letzten Spalte der Tabelle 4.4 erkennbar ist, korrelieren die Ergebnisse zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt hochsignifikant, laut T-Test für unabhängige Stichproben besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten.

Tabelle 4.4: *Prozentuale Aufklärung der Hauptkomponenten*

	1. Messzeitpunkt n = 21 x ; sd	2. Messzeitpunkt n = 16 x ; sd	Pearson-Korrelation zw. 1 u. 2 r ; p
1. Hauptkomponente	53,65; 13,9	53,1; 12,4	0,79; 0,005
1.+2. Hauptkomponente	74,1; 10,5	75,4; 10,9	0,81; P<0,001
1.+2.+3. Hauptkomponente	85,1; 8	86,3; 10,1	0,88; p<0,001

Leider liegen kaum Vergleichswerte in der Literatur vor. J. Stapenhorst (1994) dokumentiert die prozentuale Aufklärung der Hauptkomponenten bei einer Repertory-Grid-Untersuchung depressiver PatientInnen und Kontrollen. In sämtlichen Fällen streuen die geschilderten Ergebnisse der Halluzinierenden mehr, außer für die Summe aus 1. und 2. Hauptkomponente (Kontrollen (sd: 11,82) streuen etwas mehr) sowie für die Messwiederholung auch für die 1. Hauptkomponente (die „bipolaren“ (sd: 13,34) streuen etwas mehr).

D.h., die kognitive Komplexität differiert bei den Interviewten in größerem Ausmaß als bei den Depressiven und Kontrollen, die J. Stapenhorst untersuchte¹⁸. Bei den Halluzinierenden gibt es Grids, die rigider strukturiert sind, aber auch solche, die durch geringe Strukturiertheit auffallen.

Es ist zu vermuten, dass einerseits formale Denkstörungen im Sinne von Zerfahrenheit bei den Grids großer kognitiver Komplexität einfließen und andererseits Rigidität durch Wahn oder Halluzinationen zu den Grids geringer Komplexität beitragen.

4.2.1.3 *Zusammenhang zwischen Aufklärung der Hauptkomponenten und Varianzen der „Stimmen-Elemente“*

Bei der Korrelationsberechnung (Pearson) zwischen prozentualer Aufklärung der Hauptkomponenten und relativen Varianzen der Stimmen-Elemente fanden sich signifikante Korrelationen sowohl für die jeweils größte Stimmen-Varianz als auch für die mittlere Stimmen-Varianz.

Die nachfolgende Tabelle gibt die Ergebnisse der Korrelationsberechnungen (nach Pearson) zwischen Varianz des Stimmen Elementes (mittlere und jeweils größte Varianz: Zeilen) und prozentuale Aufklärung der ersten Hauptkomponenten (erste, Summe aus erster und zweiter, Summe aus erster, zweiter und dritter Hauptkomponente: Spalten) wieder. Angegeben sind jeweils Korrelationskoeffizient und Irrtumswahrscheinlichkeit p.

¹⁸ Die Unterschiede sind laut f-Test nicht signifikant.

Tabelle 4.6: *Pearson Korrelation zwischen Aufklärung der Hauptkomponenten und Varianz des Stimmen-Elementes*

1. Messzeitpunkt (n = 21)			
	1. Hauptkomponente r; p	Summe 1. und 2. Hauptkomponente r; p	Summe 1., 2. und 3. Hauptkomponente r; p
Stimme (mittlere Varianz)	0,34; 0,13	0,41; 0,06(*)	0,36; 0,1
Stimme (größte Varianz)	0,44; 0,04*	0,45; 0,04*	0,4; 0,06(*)
2. Messzeitpunkt (n = 16)			
	1. Hauptkomponente r,p	Summe 1. und 2. Hauptkomponente r,p	Summe 1., 2. und 3. Hauptkomponente r,p
Stimme (mittlere Varianz)	0,57; 0,022*	0,43; 0,1	0,4; 0,12
Stimme (größte Va- rianz)	0,69; 0,003**	0,45; 0,074(*)	0,47; 0,06(*)

Es zeigt sich, dass signifikante ($p < 0,05$: *) oder tendenziell signifikante ($p < 0,1$: (**)) (zum 2. Messzeitpunkt einmalig auch eine sehr signifikante ($p < 0,01$: **)) mittlere Korrelationen bestehen.

Demgegenüber besteht keine signifikante Korrelation zwischen prozentualer Aufklärung der ersten Hauptkomponenten und der niedrigsten Varianz des Stimmen-Elementes. Dies trifft ebenso nicht zu auf die Varianzen sämtlicher anderer Elemente.¹⁹ Diese haben also keinen messbaren Einfluß auf die kognitive Komplexität des Grids.

¹⁹ Theoretisch könnte die Aufklärung der Hauptkomponenten von der Menge der eingegangenen Daten beeinflusst werden. Diese sind bei den berechneten Grids unterschiedlich, da die Interviewten unterschiedlich viele Elemente angaben. Um diesen Zusammenhang zu überprüfen, wurden die prozentuale Aufklärung der ersten Hauptkomponente der Summe aus erster und zweiter und der Summe aus erster, zweiter und dritter Hauptkomponente mit der Anzahl der Elemente der Fragebögen korreliert. Es fand sich kein signifikanter Zusammenhang außer für einen Fall: Summe aus 1., 2. und 3. Hauptkomponente (Korrelationskoeffizient: -0,518 bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0,04$). Gerade für diesen Fall konnte bei der Korrelation von Varianz und Summe aus den drei ersten Hauptkomponenten – wie in der obigen Tabelle deutlich wird – kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Wir nehmen also an, daß die mögliche Beeinflussung der Hauptkomponentenaufklärung durch die unterschiedliche Größe der Fragebögen hier nicht vorliegt.

Zusammenfassung der Ergebnisse der Korrelationsberechnungen zwischen Aufklärung der Hauptkomponenten und Varianzen der Stimmenelemente

Es besteht eine mäßige Korrelation zwischen prozentualer Aufklärung der Hauptkomponenten und den Varianzen der Stimmenelemente bei den chronisch Halluzinierenden.

Die Varianzmaße anderer Elemente korrelieren nicht mit der prozentualen Aufklärung der Hauptkomponenten.

Aus diesen Daten lässt sich ein mässiger Zusammenhang zwischen der Bedeutsamkeit der Stimmen-Elemente und der kognitiven Strukturiertheit darstellen.

4.2.2 Distanzmaße

4.2.2.1 Distanzen der Elemente zu anderen Elementen

Um darzustellen, welche Elemente anderen Elementen eher nah oder fern liegen, wurden die je einzelnen euklidischen Distanzen einzelner Elemente zu allen anderen Elementen desselben Fragebogens über alle Grids zusammengefasst. Es konnten somit große Anzahlen von Distanzmaßen kumuliert werden (Tabelle 4.7.).

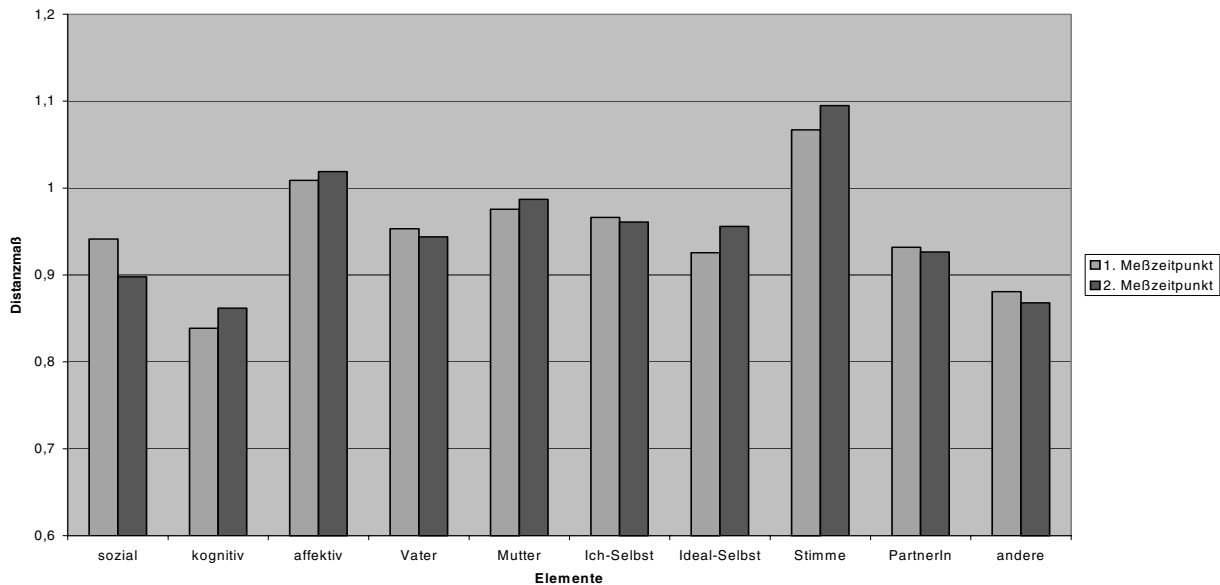
Tabelle 4.7: *Distanzen zwischen Elementen*

	Erstgespräch Mittel, Stabw., N	Zweitgespräch Mittel, Stabw., N.
1. soziale Person	0,941; 0,298; 186	0,898; 0,328; 142
2. kognitive Person	0,838; 0,304; 194	0,862; 0,316; 140
3. affektive Person	1,001; 0,295; 168	1,019; 0,262; 111
4. Vater	0,953; 0,322; 203	0,944; 0,305; 149
5. Mutter	0,976; 0,310; 212	0,987; 0,316; 158
6. Ich-Selbst	0,966; 0,297; 212	0,961; 0,291; 158
7. Ideal-Selbst	0,926; 0,388; 212	0,956; 0,392; 158
8. Stimme/N	1,067; 0,365; 342	1,095; 0,370; 230
11. PartnerIn	0,932; 0,296; 52	0,927; 0,287; 42
12. Bekannte	0,881; 0,323; 663	0,868; 0,321; 509

Ersichtlich wird der durchschnittlich große Abstand des Stimmen-Elementes zu anderen Elementen, knapp gefolgt von der „Person, die entmutigt“ (affektiv). Nah anderen Personen liegt insbesondere die „Person, die berät“ (kognitiv), „sonstige“ und (besonders beim Zweitgespräch) die „Person, mit der ich gerne zusammen bin“ (sozial).

Anschaulich dargestellt sind die durchschnittlichen Abstände der Elemente zu sämtlichen anderen Elementen in der Abbildung 4.2.

Abbildung 4.2: *Durchschnittliche euklidische Distanzen der Elemente zu anderen Elementen*



Chi-Quadrat-Berechnung der Distanzen

Eine genauere Unterscheidung der beschriebenen Distanzmaße zu je einzelnen Elementen wird mit der Chi-Quadrat-Berechnung dieser Maße möglich.

Angeregt von Distanzmaßen, die beim Selbst-Identifikations-System benutzt werden, gelten hier Distanzen kleiner 0,8 als nah, solche zwischen 0,8 und 1,2 als indifferent und Maße größer 1,2 als fern. Die obengenannten Distanzen wurden für die je einzelnen Elemente auf diese drei Gruppen verteilt und nachfolgend berechnet, ob sich diese Verteilung signifikant von einer durchschnittlichen Verteilung unterscheidet.

Es zeigte sich zunächst, dass die Maße für „PartnerIn“ im Erstgespräch und Zweitgespräch und für „Ideal-Selbst“ nur im Zweitgespräch sich nicht signifikant von einer zufälligen Verteilung unterscheiden.

Alle anderen unterschieden sich hochsignifikant von einer zufälligen Verteilung. Anhand der Verteilungen konnten folgende Gruppen gebildet werden, die sich sämtlich bei der Messwiederholung bestätigen.

Elemente, die anderen nah sind

Gruppe der Elemente, die überdurchschnittlich oft nahe und mittlere Entfernungen zu Anderen haben:

- Soziale Person / Person, mit der ich gerne zusammen bin
- Kognitive Person / Person, die mich berät
- PartnerIn
- Sonstige
- Ideal-Selbst (beim Erstgespräch sogar unterdurchschnittlich wenige Distanzen mittlerer Entfernung)

Elemente, die indifferent zu anderen liegen

Gruppe der Elemente, die überdurchschnittlich oft mittlere Entfernungen zu Anderen haben, unterdurchschnittlich wenige nah und fern:

- Affektive Person / Person, die mich entmutigt
- Vater
- Mutter
- Ich-Selbst

Elemente, die anderen fern sind

Gruppe der Elemente, die wenige nahe Entfernungen zu Anderen haben, aber oft mittel oder fern liegen:

- Stimme

Zusammenfassung der Distanzberechnungen zwischen den Elementen

Es zeigt sich eine reproduzierbare regelmäßige Verteilung der Elemente einerseits in solche, die anderen eher nah sind (Person, mit der ich gern zusammen bin; Person, die mich berät; „sonstige“, PartnerIn) und andererseits dem „Stimmen-Element“, gefolgt von der „Person, die mich entmutigt“, die anderen fern sind. Mittels Chi-Quadrat-Verteilung kann dies verdeutlicht werden sowie die Gruppe der Elemente, die indifferent zu Anderen liegen, charakterisiert werden.

4.2.2.2 Distanzen des „Stimmen-Elementes“ zu anderen Elementen

Die durchschnittlichen Abstände (euklidische Distanzen) der je einzelnen Elemente zum Stimmen-Element wurden über alle Fragebögen berechnet. In der folgenden Tabelle sind diese nach der Größe des durchschnittlichen Abstandes zum Stimmen-Element geordnet. Weiterhin wurde jeweils auch der Abstand zum Stimmen-Element größter Varianz sowie kleinster Varianz berechnet und in den beiden folgenden Spalten angegeben, um gegebenenfalls darzustellen, ob diese eine inhaltlich andere Funktion haben. Diese Berechnungen wurden für die Messwiederholung ebenfalls durchgeführt.

Tabelle 4.8 *Euklidische Distanzen anderer Elemente zum Stimmen-Element*

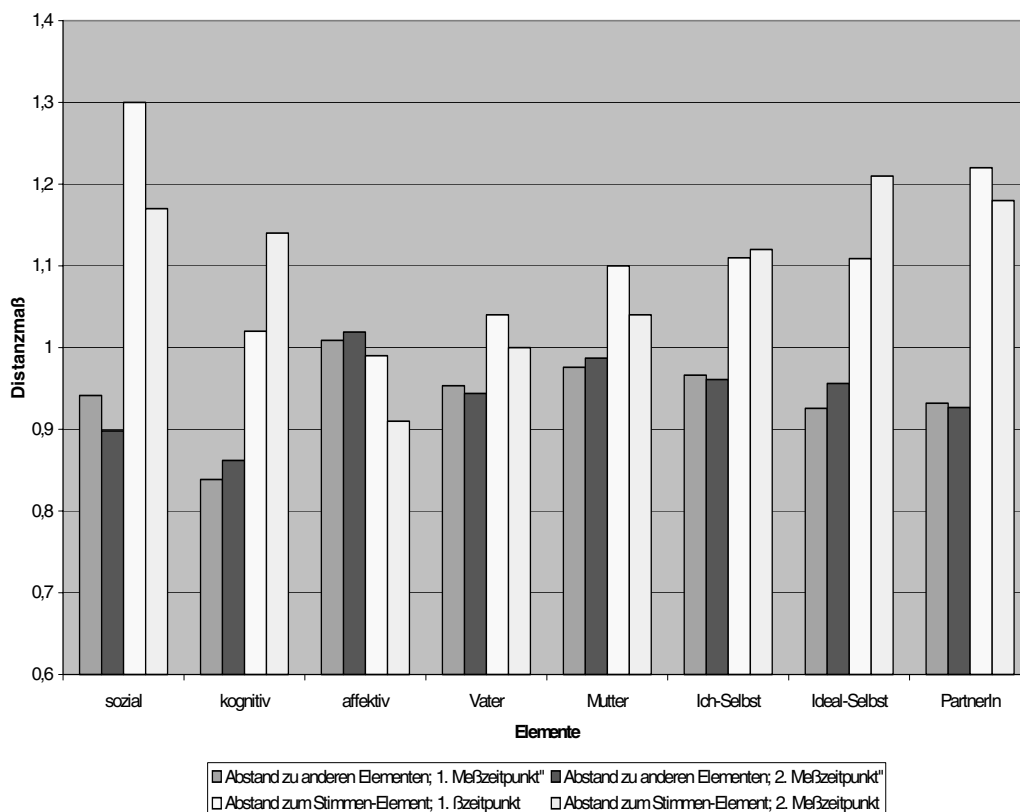
1. Messzeitpunkt			2. Messzeitpunkt		
<i>alle Stimmen n.: 33</i>	<i>Stimme größter Var. n.: 21</i>	<i>Stimme kleinster Var. n.: 21</i>	<i>alle Stimmen n.: 20</i>	<i>Stimme größter Var. n.: 16</i>	<i>Stimme kleinster Var. n.: 16</i>
1. P., die entmutigt 0,99; 0,35; 29	1. P., die entmutigt 1; 0,39; 17	1. P., die entmutigt 0,89; 0,37; 17	1. P., die entmutigt 0,91; 0,2; 19	1. P., die entmutigt 0,88; 0,2; 11	1. P., die entmutigt 0,89; 0,21; 11
2. P., die berät 1,02; 0,29; 29	2. P.; die berät 1,1; 0,3; 19	2. Vater 0,98; 0,39; 20	2. Vater 1; 0,36; 22	2. Vater 1,07; 0,36; 15	2. Vater 0,89; 0,32; 15
3. Vater 1,04; 0,36; 32	3. Vater 1,1; 0,38; 20	3. P.; die berät 1,02; 0,34; 19	3. Mutter 1,04; 3,8; 23	3. Mutter 1,15; 0,39; 16	3. Mutter 0,99; 0,38; 16
4. Ideal – Ich 1,109; 0,54; 33	4. Ich 1,19; 0,28; 21	4. Ideal – Ich 1,04; 0,56; 21	4. P.; die berät 1,14; 0,3; 19	4. P., die berät 1,23; 0,3; 14	4. Ich 1,08; 0,38; 16
5. Mutter 1,1; 0,33; 33	5. Mutter 1,2; 0,32; 21	5. Mutter 1,05; 0,38; 21	5. Ich 1,12; 0,38; 23	5. P., sozial 1,24; 0,3; 14	5. PartnerIn 1,11; 0,25; 4
6. Ich 1,11; 0,31; 33	6. P., sozial 1,28; 0,28; 19	6. Ich 1,08; 0,35; 21	6. P., sozial 1,17; 0,29; 20	6. Ich 1,24; 0,31; 16	6. P., die berät 1,15; 0,31; 14
7. PartnerIn 1,22; 0,21; 10	7. Ideal – Ich 1,23; 0,56; 21	7. P.; sozial 1,19; 0,27; 19	7. PartnerIn 1,18; 0,24; 7	7. PartnerIn 1,27; 0,21; 4	7. P.; sozial 1,16; 0,32; 14
8. soziale P. 1,23; 0,33; 30	8. PartnerIn 1,3; 0,14; 5	8. PartnerIn 1,2; 0,28; 5	8. Ideal – Ich 1,21; 0,53; 23	8. Ideal – Ich 1,42; 0,4; 16	8. Ideal – Ich 1,19; 0,53; 16

Es zeigt sich, dass sämtliche Elemente dem „Stimmen-Element“ relativ fern liegen. Lediglich die „Person, die mich entmutigt“ ist regelmäßig dem „Stimmen-Element“ näher als es den durchschnittlichen Entfernungen zu allen anderen Elementen entspricht, die für dieses Element laut den Berechnungen im vorherigen Kapitel (Kapitel 4.2.2.1) 1,01 bzw. für die Messwiederholung 1,02 beträgt.

Für den Fall, dass die „Stimmen-Elemente“ mit der geringsten Varianz ausgewählt wurden, liegt auch das Element „Vater“ näher an der Stimme als durchschnittlich zu anderen Elementen (laut Ergebnissen im vorherigen Kapitel: 0,95; Messwiederholung: 0,94).

Weitere Differenzierungen sind hier problematisch, da alle Elemente fern dem „Stimmen-Element“ liegen. Es besteht eine geringe Tendenz dahingehend, dass die Elemente, die im letzten Kapitel als anderen relativ nah gelegene charakterisiert wurden (Person, mit der ich gerne zusammen bin; Person, die mich berät; Ideal-Selbst und PartnerIn. Siehe Chi-Quadrat-Berechnungen im Kapitel 4.2.2.1), dem Stimmen-Element besonders fern liegen.

Abbildung 4.3: *Durchschnittliche euklidische Distanzen der Elemente zu anderen Elementen und zum „Stimmen-Element“*



Korrelation zwischen den beiden Messzeitpunkten: Die Pearson Korrelation der Distanzen der einzelnen Elemente zum Stimmen-Element ist zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt für alle Elemente hochsignifikant außer für „die Person, die mich berät“ und für „PartnerIn“.

Chi-Quadrat-Berechnung der Abstände einzelner Elemente zum „Stimmen-Element“

Die Distanzmaße zur Stimme wurden in gleicher Weise wie die Distanzen zwischen allen Elementen (Kapitel 4.2.2.1) unterschieden in nah (euklidische Distanz < 0,8),

indifferent (Distanz zwischen 0,8 und 1,2) und fern (Distanz >1,2) dem Stimmen-Element unterteilt und mittels Chi-Quadrat überprüft, ob Unterschiede zu der durchschnittlichen Verteilung vorliegen.

Wegen der geringen Anzahl der einfließenden Daten sind allerdings nur noch wenige Verteilungen signifikant unterschieden von einer Durchschnittsverteilung (im Folgenden sind diese durch einen einfachen Stern: „*“ charakterisiert.

Es sind zum ersten Untersuchungszeitpunkt: „Person, mit der ich gern zusammen bin“; „Person, die mich berät“ und das „Ich-Selbst“-Element.

Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nur noch „Ideal-Selbst“.

In Anlehnung an die im Kapitel 4.2.2.1 vorgenommene Gruppeneinteilung können die Ergebnisse wie folgt dargestellt werden:

Elemente, die dem „Stimmen-Element“ nah sind

Gruppe der Elemente, die überdurchschnittlich oft nahe und mittlere Entfernungen zum Stimmen-Element haben:

- kein Element

Elemente, die indifferent zum „Stimmen-Element“ liegen

Gruppe der Elemente, die überdurchschnittlich oft mittlere Entfernungen zum Stimmen-Element haben, unterdurchschnittlich wenige nah und fern:

- Affektive Person / „Person, die mich entmutigt“
- Kognitive Person / „Person, die mich berät“* (nur erster Untersuchungszeitpunkt)
- Vater (nur zweiter Untersuchungszeitpunkt)

Elemente, die fern dem „Stimmen-Element“ sind

Gruppe der Elemente, die wenige nahe Entfernungen zum Stimmen-Element haben, aber oft mittel oder fern liegen:

- „Ich-Selbst“*
- Mutter
- Soziale Person / „Person, mit der ich gern zusammen bin“*

Elemente, die sehr fern dem „Stimmen-Element“ liegen

Gruppe der Elemente, die unterdurchschnittlich wenige nahe und mittlere Distanzen zum Stimmen-Element haben und oft fern liegen:

- Vater (nur erster Untersuchungszeitpunkt)
- Ideal-Selbst* (nur zweiter Untersuchungszeitpunkt)
- PartnerIn (zu beiden Untersuchungszeitpunkten nicht ein Distanzmaß unter 0,8)

Die Werte für das „Ideal-Selbst-Element“ sind zum ersten Untersuchungszeitpunkt eigentümlich verteilt, insofern unterdurchschnittlich wenige Distanzmaße indifferent sind, aber überdurchschnittlich viele nah, aber auch überdurchschnittlich viele auch fern dem Stimmen-Element liegen; die Stimmen-Elemente liegen also polarisiert zum Ideal-Selbst Element.

Zusammenfassung der Distanzberechnungen zwischen „Stimmen-Element“ und anderen Elementen

Es lässt sich kein Element identifizieren, das dem „Stimmen-Element“ nah oder vergleichbar wäre. Nur die „Person, die mich entmutigt“ ist noch relativ nah dem Stimmen-Element, sie ist reproduzierbar dem „Stimmen-Element“ näher, als sie es den anderen Elementen ist (siehe Kapitel 4.2.2.1). Dieses Element fällt aber bei der

Verteilungsberechnung auch in die Gruppe derjenigen Elemente, die durch Indifferenz charakterisiert sind.

Besonders fern scheinen die Elemente zu sein, die über ihre positive soziale Rolle definiert sind (am deutlichsten: PartnerIn) oder eine positive „moralische“ Charakterisierung erfahren. Letzteres trifft auf das „Ideal-Selbst“-Element zu. Dabei hat dieses eine eigene Rolle: es wird zumindest beim Erstgespräch eine Polarisierung erkennbar: Viele Distanzen sind groß und viele klein, aber wenige indifferent.

Exkurs: Korrelation zwischen der relativen Varianz des „Stimmen-Elementes“ einerseits und der euklidischen Distanz der Elemente zum „Stimmen-Element“ andererseits

Diese Korrelation wurde unter der Vorstellung berechnet, dass möglicherweise die Extrem-Ratings, die zu der Größe der relativen Varianz des „Stimmen-Elementes“ beitragen, nicht zufällig sind, sondern gerichtet als extreme Ratings im Unterschied zu je einzelnen anderen Elementen vorliegen könnten. Wie in Absatz 4.2.1.1 bezüglich des „Ideal-Selbst“-Elementes gezeigt wurde, besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Distanz dieses Elementes zum „Stimmen-Element“ und der relativen Varianz des „Stimmen-Elementes“. D.h. je extremer/bedeutsamer das „Stimmen-Element“ geschildert wird, desto unähnlicher ist es dem „Ideal-Selbst“-Element. Die folgende Tabelle listet die Ergebnisse dieser Korrelationsberechnung auch für die anderen Elemente auf.

Tabelle 4.9: *Korrelation zwischen der relativen Varianz des „Stimmen-Elementes“ einerseits und der euklidischen Distanz der Elemente zum „Stimmen-Element“ andererseits*

	1. Messzeitpunkt Pearson-Korrelation; Sign. (2seitig); N	2. Messzeitpunkt Pearson-Korrelation; Sign. (2seitig); N
Person, sozial	0,524; 0,003**; 30	0,587; 0,006**; 20
Person, kognitiv	0,727; <0,001***; 29	0,829; 0,001***; 19
Person, affektiv	0,168; 0,413; 26	-0,001; 0,998; 13
Vater	0,507; 0,003**; 32	0,658; 0,002**; 20
Mutter	0,493; 0,004**; 33	0,456; 0,038*; 21
Ich-Selbst	0,577; <0,001***; 33	0,747; <0,001; 21
Ideal-Selbst	0,778; <0,001***; 33	0,764; <0,001***; 21
PartnerIn	0,270; 0,451; 10	0,799; 0,031*; 7

Die Größe der relativen Varianz des „Stimmen-Elementes“ korreliert höchst signifikant mit der euklidischen Distanz zwischen dem „Stimmen-Element“ und den Elementen „Ich-Selbst“, „Ideal-Selbst“ und „Person, die mich berät“.

Eine hohe Korrelation besteht zu den Elementen „Person, mit der ich gern zusammen bin“, Vater und Mutter (nur 1. Messzeitpunkt).

Mässige Korrelationen zu PartnerIn (nur 2. Messzeitpunkt).

Keine Korrelation besteht zu „Person, die mich entmutigt“ und zum Element „PartnerIn“ (1. Messzeitpunkt).

D.h. die Extremität der Ratings für das „Stimmen-Element“ – also ihre relative Varianz - ist nicht ungerichtet, sondern systematisch im Sinne einer zunehmenden Unähnlichkeit zu anderen Elementen, ganz besonders aber gegenüber den Elementen Ich-Selbst, Ideal-Selbst und „Person, die mich berät“. Nur das Element „Person, die mich entmutigt“ verhält sich indifferent zu der Extremität der Stimmenratings. Die

euklidische Distanz dieses Elementes zum „Stimmen-Element“ ist nicht abhängig von der Aufmerksamkeit für das „Stimmen-Element“, sondern von anderen – hier nicht erfassten – Faktoren.

4.2.2.3 Distanzen der Stimmen zu wesentlichen Selbst-Elementen

Um die spezifischen Abstände zu den Selbst-Elementen („Ideal-Selbst“, „Ich-Selbst“) zu verdeutlichen wurden diese in das Selbstidentifikationssystem eingetragen (Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4a *Stimmenelemente im Selbstidentifikationssystem*
1. Messzeitpunkt

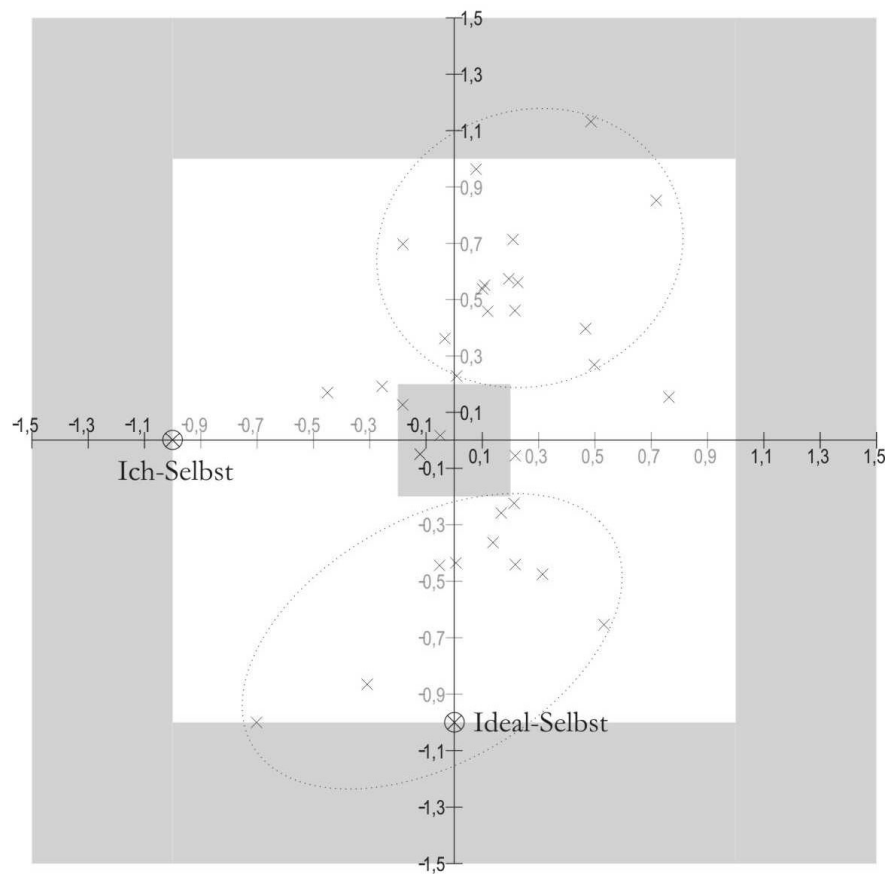


Abbildung 4.4b *Stimmenelemente größter Varianz im Selbstidentifikationssystem*
1. Messzeitpunkt

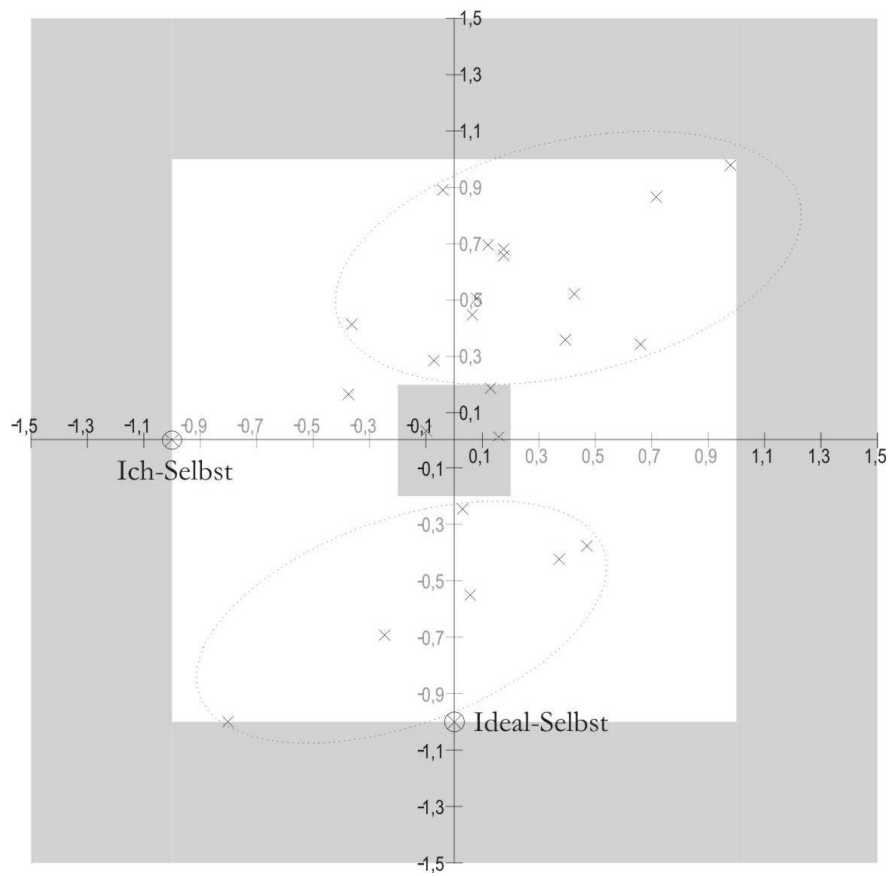


Abbildung 4.4c *Stimmenelemente im Selbstidentifikationssystem*
2. Messzeitpunkt

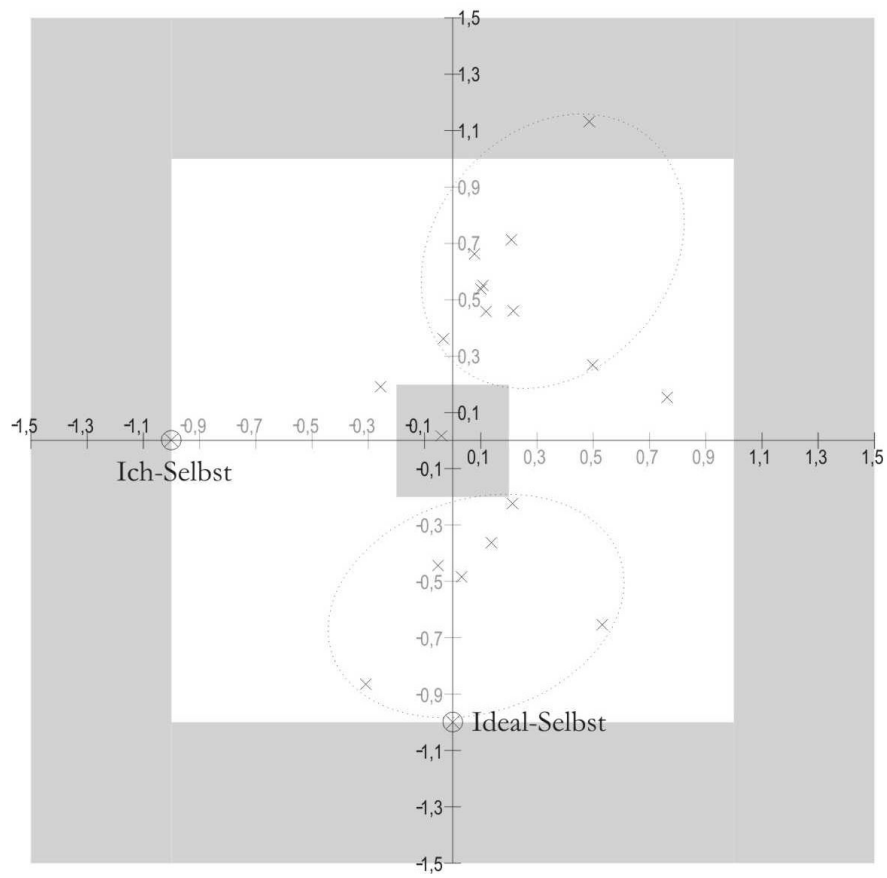
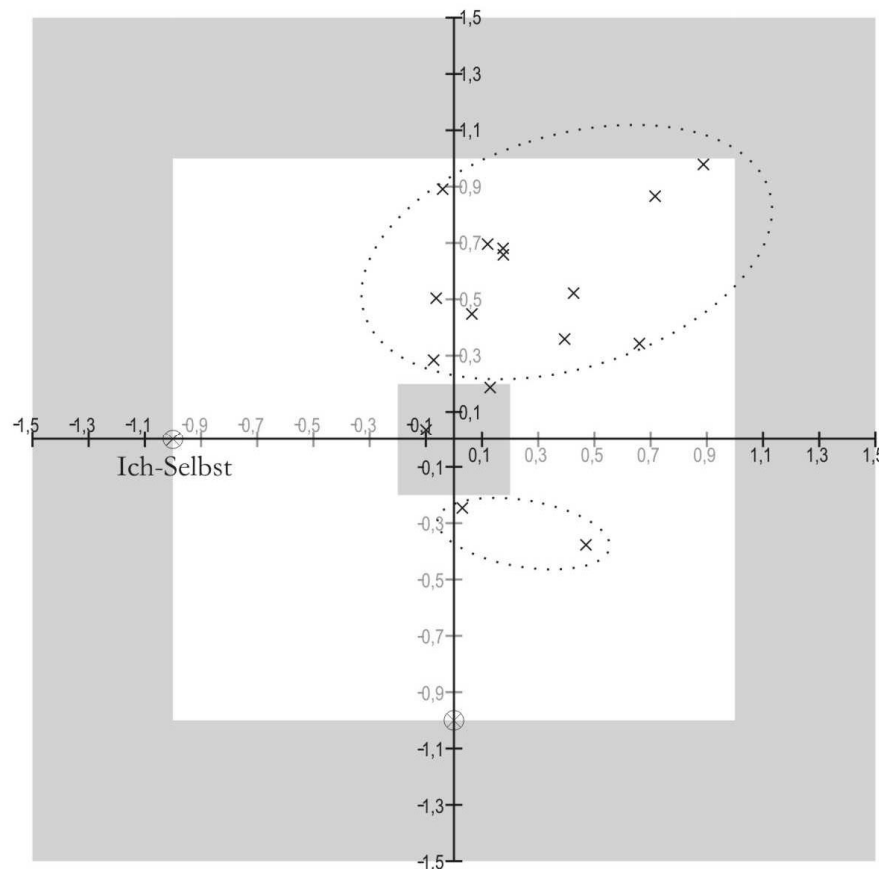


Abbildung 4.4d *Stimmenelemente größter Varianz im Selbstidentifikationssystem*
 2. Messzeitpunkt



Bei der Darstellung der „Stimmen-Elemente“ in der Selbstidentitätsgraphik wird die polarisierte Lage zum „Ideal-Selbst“ besonders deutlich: Nur wenige Stimmen-Elemente liegen indifferent zum „Ideal-Selbst“-Element, mehr sind nah und die größte Gruppe liegt fern dem „Ideal-Selbst“. Bezüglich dem „Ich-Selbst“-Element ergibt sich beinahe durchgehend eine Verteilung, die durch große Distanz gekennzeichnet ist.

Erneut wird anhand der polarisierten Lage der Stimmen-Elemente zum „Ideal-Selbst“ eine „moralische“ Polung der Stimmen deutlich: Sie sind entweder besonders „gut“, also nah eines Ideals oder meist besonders „schlecht“, also fern dem Ideal. Es gibt fast keine Stimme, die hier indifferent ist. Die Interviewten konstruieren darüberhinaus die Stimmen anders dem, wie sie sich selbst erleben. Wie oben beschrieben trifft diese Unähnlichkeit allerdings auf fast alle Elemente zu.

4.2.2.4 *Euklidische Distanz zwischen den Elementen „Ich-Selbst“ und „Ideal-Selbst“ (Selbstzufriedenheit)*

Die euklidische Distanz zwischen den Elementen „Ich-Selbst“ und „Ideal-Selbst“ gilt als ein Maß für die Selbstzufriedenheit. Es wird angenommen, dass selbstzufriedene Menschen das „Selbst-Element“ dem „Ideal-Selbst“ nah konstruieren, solche, die wenig selbstzufrieden sind, die beiden Elemente unähnlich konstruieren. Leider gibt es auch hierzu wenige Vergleichsdaten in der einschlägigen Literatur, so dass hier zunächst die beiden Messzeitpunkte verglichen werden können. Es zeigt sich, dass die Werte sich kaum unterscheiden (T-Test für abhängige Stichproben ergibt keine signifikanten Unterschiede), sondern sämtliche hoch-signifikant korrelieren.

Tabelle 4.10: *Selbstzufriedenheit (Distanz zwischen „Ich-Selbst“ und „Ideal-Selbst“-Element) bei den chronisch Halluzinierenden zu den 2 Messzeitpunkten*

	1. Messzeitpunkt X; sd; n	2. Messzeitpunkt X; sd; n	Pearson-Korrelation zwischen 1. und 2. Messzeitpunkt r; p; n
chronisch Halluzinierende	1,0; 0,29; 21	1,01; 0,29; 16	0,72; 0,002; 16

Um einen groben Vergleich zu anderem Klientel zu ermöglichen kann hier auf die Werte für monopolar und bipolar Depressive sowie Kontrollen im Untersuchungsklientel von J. Stapenhorst (1994) verwiesen werden. Sämtliche Werte für die Selbstzufriedenheit lagen unter den Werten für die Halluzinierenden (durchschnittlich zwischen 0,7 und 0,88). Die Halluzinierenden wiesen also durchgehend eine geringere Selbstzufriedenheit auf.

Die Werte, die die Selbstzufriedenheit der Untersuchten erfassen, weisen auf die Schwere ihrer Erkrankung hin: Sie haben eine geringere Selbstzufriedenheit als beispielsweise die von J. Stapenhorst untersuchten Depressiven

4.2.2.5 *Konsistenz zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt*

Abschließend wurde berechnet, ob die erfassten Daten sich zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt unterscheiden. Dies soll zunächst überprüfbar machen, ob „chaotisches“ oder anhaltend geordnetes Konstruieren vorliegt.

Inhaltlich ergab sich in keinem Fall die Notwendigkeit einer Änderung des Fragebogens vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Die PatientInnen konnten die Elemente und Konstrukte unverändert übernehmen. In keinem Fall wurde z.B. angegeben, das „Stimmen-Element“ habe nun einen anderen Charakter und müsste umbenannt werden. Insofern kann geschlossen werden, dass inhaltlich konsistente Angaben gemacht wurden, die über die Zeit unverändert angemessen genug waren, um Ausschnitte aus dem je individuellen Konstruktsystem zu beschreiben.

Die formale Konsistenz der Daten kann bereits aus den oben beschriebenen Daten hergeleitet werden. Soweit möglich wurde bei den bisherigen Auswertungen der erste und zweite Messzeitpunkt referiert sowie Korrelationsberechnungen zwischen den beiden Messzeitpunkten angegeben. Diese werden im folgenden erneut zusammengefasst.

Varianzberechnung der Elemente: Laut T-Test für abhängige Stichproben ist kein signifikanter Unterschied der Elementevarianzen nachweisbar. Die Pearson-Korrelation zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt ist für die meisten Elemente hoch- bis höchst signifikant. Ausnahmen bilden die „Person, die mich entmutigt“, „Vater“ und „PartnerIn“. Letzteres Element wurde nur fünfmal genannt, so dass diese Auffälligkeit nicht überbewertet werden sollte. Bezüglich der beiden anderen kann eine etwas unsichere Konstruktion zumindest bezüglich der Varianz angenommen werden.

Aufklärung der Hauptkomponenten: Die Werte sind laut T-Test für abhängige Stichproben nicht signifikant voneinander unterschieden, sie korrelieren hoch-signifikant. D.h. die kognitive Komplexität ist stabil über die Zeit.

Distanzen zwischen den Elementen: Aufgrund der vielen zusammengefassten Einzelmaße, die sowohl Berechnungen einzelner Grids betrifft als auch Zusammenfassungen dieser Berechnungen über alle Grids, ist hier eine mathematische Signifikanzberechnung statistisch fragwürdig. Aus den Mittelwerten, der graphischen Darstellung und der Chi-Quadrat-Verteilung ist die Konstanz über beide Untersuchungs-

zeitpunkte mit großer Sicherheit ablesbar. D.h. die jeweiligen Elemente werden in konsistenten Abständen zu anderen Elementen konstruiert.

Distanzen der „Stimmen-Elemente“ zu anderen Elementen: Laut T-Test für abhängige Stichproben ergibt sich für kein Element ein statistischer Unterschied der Distanzangaben zwischen erstem und zweitem Untersuchungszeitpunkt, statt dessen ist eine hochsignifikante Pearson-Korrelation nachweisbar, außer für die „Person, die mich ermutigt“ und „PartnerIn“. Auch die Verteilung im Chi-Quadrat-Test lässt sich im Wesentlichen reproduzieren. D.h. die Abstände der einzelnen Elemente zum „Stimmen-Element“ werden zeitlich konsistent konstruiert, außer für die beiden genannten Elemente. Hier gilt Ähnliches wie für die Varianzberechnungen: Das Element „PartnerIn“ ist so selten angegeben, dass die inkonsistente Darstellung nicht überbewertet werden sollte. Für die „Person, die mich entmutigt“, kann angenommen werden, dass der Abstand zum „Stimmen-Element“ inkonsistent konstruiert ist.

Distanz zwischen „Ich-Selbst“ und „Ideal-Selbst“: Laut T-Test für abhängige Stichproben ist kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten nachweisbar, die Werte korrelieren hoch-signifikant. D.h. die Selbstzufriedenheit ist ein zeitlich konsistenter Parameter.

Zusammengefasst liegt für alle erfassten inhaltlichen und formalen Daten eine hohe Konsistenz zwischen den Untersuchungszeitpunkten vor. Die Ausschnitte des Konstruktionssystems der einzelnen Halluzinierenden ist also stabil über die Zeit und nicht „chaotisch“. Eine gewisse Ausnahme stellt das Element „PartnerIn“ dar, das allerdings so selten genannt wurde, dass dies zunächst nur als statistisches Artefakt gewertet werden muss. Statistisch sicherer ist die unsichere Konstruktion des Elementes, „Person, die mich entmutigt“. Sowohl die Varianzen differieren zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt als auch die Distanzmaße zum „Stimmen-Element“.

5 Akut Halluzinierende

Im Anschluss an die Untersuchung chronisch halluzinierender PatientInnen, die Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist, wurden durch R. Hietl akut halluzinierende PatientInnen (n=12), während sie halluzinierten, und nach Verschwinden der „Stimmen“ interviewt. Voraussetzung war, dass sie ein halbes Jahr nicht halluziniert hatten. Das Untersuchungsinstrument entsprach exakt dem vorliegenden Repertory Grid, so dass eine vergleichende Auswertung möglich ist. Der Vergleich mit den chronisch halluzinierenden InterviewpartnerInnen zeigt einige interessante Aspekte hinsichtlich der Bedeutung und Funktion der halluzinierten Stimmen, so dass sie hier in Auszügen mit referiert werden, obwohl sie nicht im eigentlichen Sinne Teil der vorliegenden Arbeit sind.

5.1 Elementevarianzen

Bei den chronisch halluzinierenden PatientInnen fallen die Stimmen-Elemente durch außergewöhnlich große Varianzen auf. Diese sind bei dem Untersuchungsklientel von R. Hietl noch größer. Bemerkenswert ist, dass zum zweiten Untersuchungszeitpunkt – nach Abklingen der Halluzinose – die Stimmen, die nur noch im Rückblick beurteilt werden, eine noch größere Varianz aufweisen. Der Unterschied zwischen erstem und zweitem Untersuchungszeitpunkt ist so groß, dass keine signifikante Korrelation zwischen den jeweiligen Varianzen der „Stimmen-Elemente“ besteht; allerdings sind sie laut T-Test Berechnung für abhängige Stichproben auch nicht signifikant voneinander unterschieden.

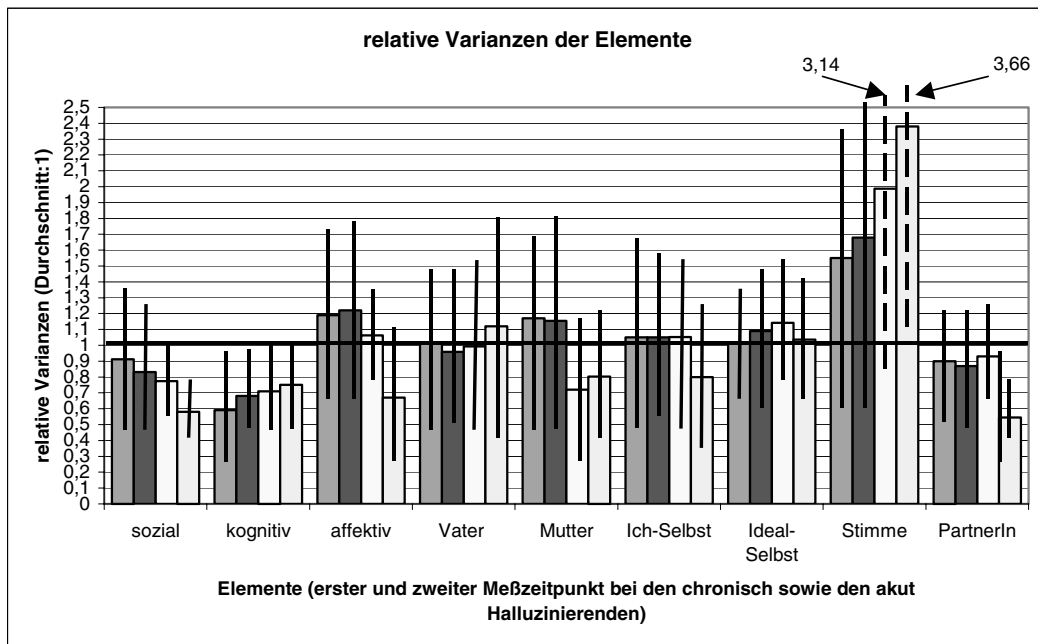
Die Varianzen der anderen Elemente sind noch kleiner als bei den chronisch Halluzinierenden, sie werden verhältnismäßig noch weniger differenziert beschrieben.

Im Erstgespräch sind nur noch folgende Elemente größer 1 (Mittelwert): „Person, die mich entmutigt“; „Ich-Selbst“ und „Ideal-Selbst“, im Zweitgespräch: Vater und „Ideal-Selbst“.

Tabelle 5.1: *Varianzen der „Stimmen-Elemente“ bei akut Halluzinierenden*

	1. Messzeit- punkt x (sd; n)	2. Messzeit- punkt x (sd; n)	Pearson-Korrelation zw. 1 u. 2 r (p)
Stimme (mittlere Varianz)	2,13 (1,24; 12)	2,38 (1,28; 12)	0,57 (p=0,05)

Abbildung 5.1: *relative Varianzen der Elemente bei den chronisch und den akut Halluzinierenden*



5.2 Kognitive Komplexität

Die kognitive Komplexität ist bei den akut Halluzinierenden zum Zeitpunkt der Erkrankung ähnlich wie bei den chronisch Halluzinierenden. Nach Abklingen der Halluzinose nimmt die prozentuale Aufklärung durch die Hauptkomponenten etwas zu, d.h. die kognitive Komplexität nimmt etwas ab, der Grid ist starrer als zuvor. Diese Änderung ist allerdings nicht signifikant. Per T-Test für abhängige Stichproben konnte keine signifikante Änderung zwischen dem ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt errechnet werden. Stattdessen wird durch die Pearson-Korrelation die signifikante Korrelation zwischen den Untersuchungszeitpunkten deutlich.

Tabelle 5.2: *Prozentuale Aufklärung der Hauptkomponenten bei den akut Halluzinierenden:*

	1. Messzeitpunkt n = 12 x ; sd	2. Messzeitpunkt n = 12 x ; sd	Pearson-Korrelation zw. 1 u. 2 r (p)
1. Hauptkomponente	54,6; 16,1	55,3; 11,4	0,69; 0,013
1.+2. Hauptkomponente	74,2; 10,6	77,1; 6,6	0,75; 0,005
1.+2.+3. Hauptkomponente	85,7; 6,9	88,0; 3,6	0,70; 0,01

5.3 Zusammenhang zwischen prozentualer Aufklärung der Hauptkomponenten und Varianz der „Stimmen-Elemente“

Bei den akut Halluzinierenden ist ein deutlicher Unterschied zwischen erstem und zweitem Untersuchungszeitpunkt nachweisbar. Während der akuten Erkrankung mit Halluzinose ist der Zusammenhang zwischen Varianz der Stimmenelemente und Aufklärung der Hauptkomponenten sehr deutlich: Zur prozentualen Aufklärung der ersten Hauptkomponente korreliert die mittlere Varianz der Stimmen-Elemente

höchst signifikant ($p < 0,001$: ***) und, falls bei mehreren Stimmen pro Person nur die größte Stimmen-Varianz ausgewählt wird, sehr signifikant ($p < 0,01$: **). Wie aus der zweiten Spalte der Tabelle 5.3 ersichtlich ist, sind die gleichen Korrelationen betreffend die Summe der prozentualen Aufklärung von 1. und 2. Hauptkomponente *signifikant* ($p < 5,05$:*) und *sehr signifikant*.

Nach Abklingen der Halluzinose ist nur noch eine signifikante Korrelation zwischen prozentualer Aufklärung der ersten Hauptkomponente und mittlerer Stimmenvarianz nachweisbar, eine tendenziell signifikante Korrelation zwischen Summe aus erster und zweiter Hauptkomponente und ebenfalls mittlerer Stimmenvarianz. (siehe Tabelle 5.3).

Tabelle 5.3: *Pearson Korrelation zwischen Aufklärung der Hauptkomponenten und Varianz des „Stimmen-Elementes“ / akut Halluzinierende*
1. Messzeitpunkt ($n = 12$)

	1. Hauptkomponente r; p	Summe 1. und 2. Hauptkomponente r; p	Summe 1., 2. und 3. Hauptkomponente r; p
Stimmen-El. (mittlere Varianz)	0,85; 0,001***	0,76; 0,004**	0,56; 0,058(*)
Stimmen El. (größte Varianz)	0,77; 0,003**	0,64; 0,026*	0,41; 0,19

2. Messzeitpunkt ($n = 12$)

	1. Hauptkomponente r,p	Summe 1. und 2. Hauptkomponente r,p	Summe 1., 2. und 3. Hauptkomponente r,p
Stimme (mittlere Varianz)	0,58; 0,046*	0,56; 0,057(*)	0,42; 0,176
Stimme (größte Varianz)	0,32; 0,32	0,21; 0,5	-0,14; 0,6

Zusammenfassend trägt also bei den akut Halluzinierenden die große Stimmen-Varianz zu einer besonders strukturierten (rigiden?) Konstruktion des Grid bei. Bemerkenswert ist allerdings, dass nach Abklingen der Halluzinose diese Korrelation geringer ist, obwohl die Varianz der Stimmen-Elemente zunimmt. Sie werden als bedeutsamer erlebt, tragen aber nicht mehr so sehr zur kognitiven Strukturiertheit bei. Vermutlich werden sie jetzt als besonders bedeutsam im Sinne von fremd erlebt und können damit aber nicht mehr ordnend auf die Konstruktion von vertrauten und nicht fremden Mitmenschen oder Selbst-Aspekten wirken.

5.4 *Euklidische Distanz zwischen den Elementen „Ich-Selbst“ und „Ideal-Selbst“*
(Selbstzufriedenheit)

Die euklidische Distanz zwischen den Elementen „Ich-Selbst“ und „Ideal-Selbst“ ist bei den akut Halluzinierenden deutlich größer als bei den chronisch Halluzinierenden. Allerdings trifft dies nur auf den Zeitpunkt der akuten Erkrankung zu. Die Selbstzufriedenheit ist deutlich geringer. Zum 2. Messzeitpunkt – nach Abklingen der Halluzinose – sind die Werte kleiner; die Selbstzufriedenheit ist angestiegen. Sie ist jetzt auch größer als bei den chronisch Halluzinierenden. Per T-Test für abhängi-

ge Stichproben lässt sich der signifikante Unterschied der Werte bei den akut Kranken für den ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt belegen (T-Wert: 2,5; $p = 0,25$).

Tabelle 5.4: Selbstzufriedenheit (Distanz zwischen „Ich-Selbst“ und „Ideal-Selbst“-Element) bei den akut und den chronisch Halluzinierenden zu den 2 Messzeitpunkten

	1. Messzeitpunkt X; sd; n	2. Messzeitpunkt X; sd; n	Pearson-Korrelation zwischen 1. und 2. Messzeitpunkt r; p; n
chronisch Halluzinierende	1,0; 0,29; 21	1,01; 0,29; 16	0,72; 0,002; 16
akut Halluzinierende	1,16; 0,24; 12	0,92; 0,29; 12	0,2; 0,49; 12

Im Vergleich mit den von J. Stapenhorst beschriebenen depressiven Patienten weisen nicht nur die chronisch sondern auch die akut halluzinierenden PatientInnen eine geringere Selbstzufriedenheit auf. Sogar noch nach Abklingen der Halluzinose – zu einem Zeitpunkt wo sich die Selbstzufriedenheit signifikant besserte – trifft dies auf die von R. Hiel untersuchten Halluzinierenden zu. Diese haben zum ersten Messzeitpunkt ein besonders niedriges Selbstwertgefühl, nach Abklingen der Halluzinose ist es besser als das der chronisch Halluzinierenden. Diese scheinen sich auf einem niedrigen Niveau mit ihren Erlebnissen arrangiert zu haben.

5.5 Zusammenfassender Vergleich zwischen akut und chronisch Halluzinierenden

Ohne Schwierigkeiten konnten die akut Halluzinierenden mit dem gleichen Untersuchungsinstrument wie die chronisch Kranken untersucht werden.

Wie in den einzelnen Absätzen nachgewiesen wurde, entsprechen sich die Ergebnisse im Wesentlichen. Unterschiedlich ist, dass die Varianz des „Stimmen-Elementes“ bei den akut Halluzinierenden noch größer ist und sich nach Abklingen der Halluzinose weiter steigert. D.h. die akut Erkrankten erleben die Stimmen als extremer oder bedeutsamer. Besonders trifft dies im Rückblick – nach Abklingen der Halluzinose – zu.

Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass der Zusammenhang der Stimmen-Varianz zur Aufklärung der Hauptkomponenten noch eindeutiger ist, aber nach Abklingen der Halluzinose sich deutlich verringert. Wenn also die Stimmen akut auftreten, wirken sie sich in besonders großen Maß auf die kognitive Strukturiertheit aus, sie scheinen zu einer Vereinfachung des Denkens zu führen in dem Sinne, dass sie die gesamte Konstruktion von Mitmenschen und Selbstaspekten überlagern. Interessanterweise ist diese Überlagerung des Denkens nach Abklingen der Halluzinose nicht mehr nachweisbar, obwohl die Bedeutsamkeit der Stimmen-Elemente (Varianz) noch zunimmt. Offensichtlich werden sie als besonders extrem im Sinne von „fremd“ wahrgenommen, können deshalb aber auch die Konstruktion der „vertrauten“ Mitmenschen und Selbstaspekte nur noch in geringem Ausmaß beeinflussen.

Ein weiterer bedeutsamer Unterschied zwischen den PatientInnenkollektiven betrifft die Distanz zwischen „Ideal-Selbst“-Element und „Ich-Selbst“-Element. Dieser Wert, der die Selbstzufriedenheit misst, ist zunächst größer, beim zweiten Untersuchungszeitpunkt signifikant geringer als bei den chronisch Halluzinierenden. Die Selbstzufriedenheit der akut Erkrankten ist besonders gering, die der nicht mehr Halluzinierenden relativ gut, wenn auch immer noch schlechter als die der von J. Stapenhorst untersuchten depressiven PatientInnen.

6 Interpretation und Diskussion

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

6.1.1 Inhaltliche Charakterisierung erlebter Halluzinationen

Die Untersuchungspersonen beschrieben die Stimmen bzw. die Person, die als sprechende erlebt wird, sehr unterschiedlich. Manche konnten oder wollten nur sehr allgemeine Aussagen machen, etwa in der Form: „eine Stimme“ oder eine „männliche Stimme“. Häufig gelang eine genauere Benennung der Stimmen als Personen, z.T. als – manchmal bekannte – menschliche Personen, z.T. als nicht menschliche Wesen. Die geschilderten Charakterisierungen entsprechen weitgehend denen, die auch Romme bei der Befragung von stimmenhörenden Schizophrenen, dissoziativ Erkrankten und Betroffenen, die nie psychiatrisch behandelt wurden, fand (Romme 1997).

Auffällig ist der Geschlechterunterschied bei der Beschreibung der Stimmen. Männer sprachen häufig undifferenziert etwa über „die Stimme“ oder „eine männliche Stimme“, während Frauen oft die Stimme benennen oder ihr eine Rolle zuschreiben konnten. Dabei bleibt offen, ob die männlichen Halluzinierenden das Phänomen anders wahrnehmen oder anders beschreiben, d.h. ob ein unterschiedliches Erleben oder eine unterschiedliche Verbalisierung an sich vergleichbarer Erlebnisse vorliegt.

In der einschlägigen Literatur wurden Geschlechterunterschiede sowohl bezüglich des Halluzinierens als auch bezüglich seelischer Erkrankungen beschrieben. Es konnte gezeigt werden, dass Frauen häufiger als Männer akustische Halluzinationen erleben oder zumindest dieses angeben (Rector und Seeman, 1992). Weiterhin sind deutliche Geschlechterunterschiede auch in der Symptomatik der Schizophrenien beschrieben, ein Überblick über die diesbezüglichen Forschungsergebnisse findet sich bei Lewine (1981). Erkrankte Frauen zeigen demnach mehr affektive Symptome, während erkrankte Männer sich stiller und zurückgezogener verhielten. Außerdem konnte festgestellt werden, dass männliche Patienten prämorbid eine deutlich schlechtere soziale Kompetenz aufwiesen.²⁰

Huber bestätigte in einer neueren Arbeit (1997) die gefundenen Ergebnisse. Frauen geben nicht nur häufiger Halluzinationen an, sondern weibliche Schizophrenie erkrankten auch akuter und mit mehr produktiven Symptomen sowie mit häufiger nachweisbaren psychischen Auslösungen, während bei Männern eher uncharakteristische Denkstörungen vorliegen, die Krankheit schleichender sowie als *formes frustes* verläuft, auch die Prognose sei bei Männern schlechter. Hubers Interpretation ist dabei konsequent biologisch; das Geschlecht wird ausschließlich als „rein hereditärer

²⁰ Lewine (1981) verdeutlichte die Feststellungen durch folgende Tabelle, deren letzte Zeile hier analog Huber (1997) ergänzt wird:

Prototypical Sex Differences in Adult Schizophrenics

Variable	Men	Women
Onset age	Early	Late
First hospital admission	Early	Late
Symptoms	Typical	Atypical
	Withdrawn, passive	Affective, active
Premorbid social competence	Negative	Positive
	Poor	Good
<i>Prognosis</i>	<i>Poor</i>	<i>Good</i>

Anlagefaktor“ gesehen. Lewine (a.a.o.) vertritt stattdessen die Position, dass die Ursache dieser Geschlechterunterschiede noch unklar sei. Möglicherweise handele es sich um Subtypen der gleichen Erkrankung, nicht auszuschließen sei aber auch, dass es sich nur um eine „timing difference“ handle. Dann wäre die Ursache der Geschlechterunterschiede nur begründet darin, dass im höheren Alter Erkrankte häufiger atypische Symptome aufwiesen, so dass die Frage letztlich nur sei, warum Männer früher als Frauen erkrankten. Eine alternative Interpretation wäre, die Geschlechterunterschiede in Affekt, zwischenmenschlichem Verhalten und Aktivität, die bei Schizophrenen gefunden werden, als Ausdruck allgemeiner Geschlechterunterschiede auch bei Gesunden anzusehen.

Diese Annahme wird unterstützt durch Geschlechterunterschiede, die bei Gesunden sowie bei psychisch Kranken festgestellt wurden (Lewis 1985). Bereits kleine Mädchen seien sozial kompetenter etwa im Dekodieren nonverbaler Nachrichten, darüberhinaus sei weibliche Überlegenheit in Sprachfähigkeit (verbal tasks) eine der bestbelegten Forschungsergebnisse bezüglich Geschlechterunterschieden. Weiterhin seien Frauen im Allgemeinen beziehungsorientierter als Männer.

Es kann auch in Bezug auf das Phänomen „Stimmenhören“ angenommen werden, dass die beschriebenen Geschlechterunterschiede nicht im Rahmen der psychischen Störung auftreten, sondern Ausdruck typischer Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf Erleben und Ausdruck innerpsychischer Ereignisse sind. Frauen würden diese Erlebnisse besser verbalisieren können und verhielten sich aufmerksamer gegenüber der „Stimme“ – die als Person beschrieben werden kann – so wie sie auch im Allgemeinen sozial interessierter sind als Männer (Lewis 1985).

Dabei könnte ein Grund dafür, dass Frauen die als besonders bedeutsam im Verhältnis zu anderen Personen beschriebene Stimme besser beschreiben können, sein, dass sie sich in einer männlich dominierten Gesellschaft häufig in dominierende andere Personen einfühlen²¹.

6.1.2 Strukturelle Aspekte

6.1.2.1 Aufmerksamkeit für „Stimmen-Element“, Personen und Selbst-Aspekte

Bei der statistischen Auswertung der durchschnittlichen Varianzen, die ein Maß für die Aufmerksamkeit sind, die diesem Element geschenkt wird, konnte nachgewiesen werden, dass der Stimme oder den Stimmen im Durchschnitt mehr Aufmerksamkeit als anderen Personen und den erfassten Selbstaspekten zukommt. Dies bestätigt sich im Zweitgespräch. Es gibt allerdings auch drei Grids bei denen die Stimmen-Elemente eine unterdurchschnittliche Varianz aufweisen. Weiterhin ist auch in 10 von 21 Grids (Re-Test: 9 von 16) das „Stimmen-Element“ nicht das mit der größten Varianz. Bemerkenswert ist, dass die hier zum Vergleich zitierten Ergebnisse der akut Halluzinierenden eindeutiger Ergebnisse aufweisen. Den „Stimmen-Elementen“ wird im Durchschnitt noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Am bedeutsamsten wird die Stimme nach Abklingen der akuten Halluzinose beschrieben, also zu einem Zeitpunkt, da keine Halluzinationen mehr angegeben werden.

Die besondere Bedeutsamkeit eines Elementes lässt sich durch eine große Varianz erfassen. Die Streuung oder Extremität der Ratings für die „Stimmen-Elemente“ ist also außergewöhnlich groß. Es stellt sich hier die Frage, ob in Bezug auf das extrem geratete „Stimmen-Element“ ein Artefakt vorliegt. Denkbar wäre, dass nicht die besondere Bedeutsamkeit der „Stimmen-Elemente“, sondern ausschließlich das Anderssein, ihre Fremdheit abgebildet würde. Besonders problematisch wäre es für die Interpretation der Ergebnisse, wenn Fremdheit auch Inkompatibilität mit den anderen

²¹ „The oppressed status of women may create a greater need for them to assess accurately the wishes of powerful others.“ (Lewis 1985)

Elementen kennzeichnete. Dann könnte auf Grundlage der Grid-Daten keine weitere Angabe über die Bedeutung oder Funktion der Stimme gemacht werden, das Untersuchungsinstrument wäre unangemessen, da Unvergleichbares (Mitmenschen und Selbstaspekte einerseits verglichen mit den Stimmen andererseits) verglichen würde.

Dass die Stimmen sich von den anderen Elementen unterscheiden, ergibt sich bereits aus ihrer inhaltlichen Charakterisierung. Zahlreiche Argumente sprechen allerdings dafür, dass ihre Fremdheit das Untersuchungsinstrument nicht sprengt, sondern diese auf eine erhellende Weise dargestellt wird. Kein Proband und keine Probandin fand es inhaltlich unangemessen, Stimmen mit den gleichen Konstrukten zu beschreiben wie die anderen Elemente. Das heißt, dass die Stimmen mit Konstrukten beschrieben werden können, die auf Personen zutreffen. Die Stimme ist nicht fremd oder anders in der Form, wie es beispielsweise ein technisches Gerät, ein theoretisches Konstrukt oder andere nicht-personale Elemente wären. Die Fremdheit der „Stimmen-Elemente“ lässt sich vergleichen mit „übermenschlichen Personen“, die vergleichbar, aber extrem sind: extrem gut, extrem hilfreich, extrem zerstörerisch etc. Einige Stimmen-HörerInnen benennen die halluzinierten Personen dementsprechend als Gott, der Teufel, Außerirdische. Problematisch wurde es für einen der Patienten eine differenzierte Beschreibung der unterschiedlichen Stimmen vorzunehmen. Diese seien so anders den anderen Elementen, dass sie nur noch gleichförmig darstellbar seien (außerirdische Götter). Möglicherweise ist für eine differenzierende Darstellung der Stimmen-Elemente zumindest für diesen Patienten der Repertory-Grid nicht angemessen. Interessanterweise konnten sämtliche andere InterviewpartnerInnen, die mehrere Stimmen halluzinierten, diese differenziert schildern. In diesen Fällen wurden auch Stimmen beschrieben, die wenig extrem lagen. Oft waren „Ideal-Selbst“ nähere „Stimmen-Elemente“ weniger extrem geschildert, sie wiesen eine geringere Varianz auf und werden somit als weniger bedeutsam verstanden.

Dass die Bedeutung der Stimme durchschnittlich allerdings nach Abklingen der Halluzinose als besonders groß eingeschätzt wird, könnte dafür sprechen, dass im Nachhinein das „Anders-sein“ der Stimme realisiert wird, insofern sie hier zunehmend in ihrer Extremität beschrieben ist. Dafür spricht auch, dass trotz besonders großer Varianz der „Stimmen-Elemente“, keine Korrelation mit der kognitiven Komplexität besteht.

Eine differenzierte Betrachtung der „Stimmen-Elemente“ ist möglich, wenn diese nach der Distanz zum „Ideal-Selbst-Element“ unterschieden werden. Es zeigt sich, dass die Varianz der „Stimmen-Elemente“ um so größer ist, je entfernter diese zum „Ideal-Selbst-Element“ konstruiert sind. Dies kann auch durch hochsignifikante Ergebnisse bei der Pearson-Korrelation belegt werden. Vereinfacht gesagt: je negativer die halluzinierte Stimme, desto größer ihre Bedeutsamkeit.

Unter den anderen Elementen fällt besonders die „Person, die mich berät“ auf durch die unterdurchschnittlichen Werte der Varianzen. Dies ist besonders bemerkenswert, als meist TherapeutInnen oder sonstige professionelle MitarbeiterInnen an dieser Stelle genannt wurden (in 15 von 21 Fällen). Es wäre vermutlich voreilig hieraus zu schließen, diese hätten keine Bedeutung bei der Konstruktion des psychosozialen Umfeldes. Plausibler ist wohl, dass diese als Person nicht so klar beschrieben werden können wie andere Mitmenschen. Dies weist auf ihre neutral-stützende Position hin, die durch eine relative persönliche Abstinenz gekennzeichnet ist.

Die zusätzliche Kategorisierung in „sonstige Bekannte und FreundInnen“ wird von den Interviewten nachvollzogen, insofern sie diese als unterdurchschnittlich bedeutsam beschreiben.

6.1.2.2 *Kognitive Komplexität*

Bei den ProbandInnen streut die Aufklärung der Hauptkomponenten, die als ein Maß für die kognitive Komplexität angesehen wird, interindividuell stark. Dies entspräche dem klinischen Eindruck, dass sich unter den Untersuchten sowohl solche mit deutlichen formalen Denkstörungen befanden als auch solche, die besonders rigide und unflexible – z.T. ersichtlich wahnhaft beeinflusste – Angaben machten; einige waren auch im formalen Denken auf die halluzinierte Stimme oder die Stimmen eingeengt. Intraindividuell ist die kognitive Komplexität ein stabiler Faktor, zum 2. Messzeitpunkt werden signifikant korrelierende Ergebnisse gefunden.

Der Vergleich mit depressiv Kranken sowie gesunden Kontrollpersonen bestätigt, dass der Mittelwert der kognitiven Komplexität sich nicht von diesen unterscheidet, wohl aber die Streuung (Standardabweichung) der Werte.

6.1.2.3 *Zusammenhang zwischen Aufmerksamkeit für das „Stimmen-Element“ und kognitiver Komplexität*

Die Hypothese, dass eine positive Korrelation zwischen der Aufmerksamkeit für die halluzinierte Stimme und der kognitiven Komplexität besteht, konnte in der Untersuchungsgruppe bestätigt werden. Wie unter Absatz 4.2.1.3 ausgeführt, trifft dies, wenn nur die „Stimmen-Elemente“ größter Varianz ausgewählt werden, auf alle in der Literatur vorgeschlagenen Operationalisierungsmöglichkeiten der kognitiven Komplexität anhand der Hauptkomponentenanalyse zu (erste Hauptkomponente, Summe aus erster und zweiter Hauptkomponente, Summe aus erster, zweiter, dritter Hauptkomponente). Sämtliche Korrelationen sind dann signifikant ($p < 0,05$), sehr signifikant ($p < 0,01$) oder tendenziell signifikant ($p < 0,1$). Für den Fall, dass die mittleren Stimmen-Varianzen berechnet werden, sind die Ergebnisse weniger eindeutig.

Es findet sich kein anderes Element, dessen Varianz einen signifikanten Einfluss auf die kognitive Komplexität hat.

Bei den akut Halluzinierenden ist der Zusammenhang noch eindeutiger. Für den ersten Messzeitpunkt finden sich nur noch statistisch signifikante Korrelationen zwischen prozentualer Aufklärung der Hauptkomponenten und der Varianz der „Stimmen-Elemente“, außer wenn diese mit der Summe aus erster, zweiter und dritter Hauptkomponente korreliert werden. Bemerkenswert ist, dass nach Abklingen der Halluzinose trotz Zunahme der Varianzen (Aufmerksamkeit) der Stimmen-Elemente der Zusammenhang zur kognitiven Komplexität abnimmt (nur noch die mittlere Stimmenvarianz korreliert signifikant mit der prozentualen Aufklärung der ersten Hauptkomponente, sämtliche anderen Korrelationsberechnungen weisen keine signifikanten Ergebnisse auf). Dies belegt, dass die genannte Korrelation bei den chronisch halluzinierenden und den akut Kranken kein mathematischer Artefakt in dem Sinne ist, dass die außergewöhnlich große Varianz des Stimmen-Elementes das gesamte Konstruktsystem so dominiert, dass keine anderen Einflüsse wirksam werden können. Es muss hier angenommen werden, dass das „Stimmen-Element“ in seiner Bedeutsamkeit nur bei den chronisch Halluzinierenden sowie den akut Erkrankten auch Einfluss auf die Konstruktion der anderen Mitmenschen hat, während das „Stimmen-Element“ nach Abklingen der Halluzinose als bedeutsam, fremd, aber nicht bestimmend für Konstruktion der Mitmenschen und Selbstaspekte geschildert wird. Scheinbar kommt es bei den chronisch Halluzinierenden zu einer stabilen Umstrukturierung des Konstruktionssystems in der Form, dass die Stimme zum wichtigsten Ordnungsfaktor bei der Konstruktion des zwischenmenschlichen Umfeldes wird.

6.2 Beziehungsaspekte

6.2.1 Distanzen zwischen den Elementen

Werden die Differenzen der je einzelnen Elemente zu allen anderen Elementen berechnet, sticht das „Stimmen-Element“ erneut durch seine besondere Position hervor: Es ist im Durchschnitt am weitesten von anderen entfernt, direkt gefolgt von der „Person, die mich entmutigt“. Besonders nah anderen Elementen ist die „Person, die mich berät“, gefolgt von „FreundInnen; Bekannte“.

Hier wird implizit zwar wiederum die Vergleichbarkeit der Stimme mit anderen Personen und Selbstaspekten belegt, gleichzeitig aber erneut ihre besondere Rolle bestätigt. Sie ist vergleichbar, aber unähnlich, auch wenn es Fälle gibt, bei denen sehr geringe Abstandsmaße zu anderen Elementen bestehen. Offensichtlich hat die Unähnlichkeit der Stimme mit ihrer überwiegend „negativen“ Konstruktion zu tun. „Die Person, die mich entmutigt“, ist durch ihre relative Distanz anderen Mitmenschen und Selbst-Aspekten gegenüber mit dem „Stimmen-Element“ vergleichbar. Das Anderssein der Stimme ist also überwiegend durch negative Aspekte charakterisiert. Hier drückt sich implizit auch das Leiden an der Halluzinose und der Krankheit aus.

Genauer kann die Lage der Elemente zu anderen Elementen durch die Chi-Quadrat-Verteilung belegt werden: Die Elemente, die anderen nah sind, sind die soziale Kompetenz beinhaltenden Elemente (soziale Person, kognitive Person etc.), das „Stimmen-Element“ hat als einziges viele große und mittlere Distanzen zu anderen Personen. Interessant ist, dass sich in der Gruppe der Elemente, die überwiegend indifferente Distanzen zu anderen haben, neben der „Person, die mich entmutigt“ auch „Vater“ und „Mutter“ finden, solche Elemente also, die durch ihre soziale Rolle definiert sind, sowie das „Ich-Selbst“-Element. Es könnte sein, dass sich hierin die Defizite sozialen Konstruierens ausdrücken, die bei schizophrenem Denken auftreten sollen (Winter 1992). Die Befragten sind anscheinend schlecht in der Lage, sich mit anderen zu vergleichen, sie konstruieren sich mäßig distanziert bzw. indifferent zu anderen.

6.2.2 Distanzen des „Stimmen-Elementes“ zu anderen Elementen

Es bestätigt sich bei der Berechnung der je einzelnen durchschnittlichen Abstände anderer Elemente zum „Stimmen-Element“ deren relative Unähnlichkeit. Das Ziel, hier eine genauere inhaltliche Einordnung des „Stimmen-Elements“ im Vergleich zu regelmäßig nahen anderen Elementen vorzunehmen, gelingt andeutungsweise. Die anderen Elemente verteilen sich allerdings kaum differenzierbar relativ weit entfernt von der Stimme.

Einzig die „Person, die mich entmutigt“ ist regelmäßig näher zur Stimme, als ihr im vorherigen Absatz berechneter durchschnittlicher Abstand zu anderen Elementen beträgt. Im Re-Test liegen außerdem gegenüber den ausgewählten Stimmen-Elementen kleinster Varianz das Element „Vater“ und „Mutter“ näher als durchschnittlich zu anderen Elementen. Die „Person, die mich berät“ liegt ebenfalls relativ wenig entfernt zur Stimme. Allerdings wurde im vorherigen Absatz ihre durchschnittliche ungewöhnliche Nähe zu anderen Elementen nachgewiesen. Im Vergleich dazu ist ihr Abstand zur Stimme groß.

Besonders weit entfernt von der Stimme liegen regelmäßig die Person „mit der ich gern zusammen bin“ (=soziale Person), „PartnerIn“ und „Ideal-Selbst“.

Ähnlich den Distanzberechnungen der Elemente zu sämtlichen anderen Elementen ist auch hier nur die „Person, die mich entmutigt“ relativ ähnlich den Stimmen-Elementen, während alle anderen weit entfernt sind. Besonders fern liegen Elemente

mit positiver sozialer Konnotation. Mit diesen ist die „unsoziale“ Stimme kaum noch vergleichbar.

Aufgrund der geringen Anzahl der Daten ist hier die Chi-Quadrat-Berechnung nur mit Vorbehalt auswertbar, es ergeben sich kaum noch signifikante Unterschiede zu einer zufälligen Verteilung der Werte. Keine Elemente-Gruppe liegt nah dem „Stimmen-Element“, indifferent sind hier die „affektive“ und zum ersten Untersuchungszeitpunkt die „kognitive“ Person sowie „Vater“ zum zweiten Untersuchungszeitpunkt. Alle anderen liegen fern und sehr fern. Dies trifft besonders zu auf „PartnerIn“. Anscheinend sind hier also auch die Personen mit positiver sozialer Konnotation dem „Stimmen-Element“ besonders unähnlich.

Exkurs: Korrelation zwischen der relativen Varianz des „Stimmen-Elementes“ einerseits und der euklidischen Distanz der Elemente zum „Stimmen-Element“ andererseits.

Wie sich bei der Berechnung der relativen Varianzen zeigte, korreliert die Größe der Aufmerksamkeit für die Stimme mit der Distanz der Stimme zum „Ideal-Selbst“ Element. Dieser Zusammenhang besteht auch für fast alle anderen Elemente.

Es zeigt sich, dass die zunehmende Aufmerksamkeit für die Stimme höchst signifikant korreliert mit deren Distanz nicht nur zum „Ideal-Selbst“, sondern auch zum „Ich-Selbst“-Element sowie zur „Person, mit der ich gern zusammen bin“. Diese Elemente können als wichtige Elemente der Orientierung in kognitiver Hinsicht, in Hinsicht auf die bestehenden Wünsche und Idealisierungen sowie im Vergleich zu dem, wie die PatientInnen sich selbst erleben, gewertet werden. Die Stimme scheint hier in ein Konkurrenzverhältnis zu diesen wichtigen Orientierungs-Elementen zu treten.

Diese Erkenntnis wird dadurch relativiert, dass vergleichbare – wenn auch nicht so signifikante – Zusammenhänge zu den anderen Elementen bestehen. Nur für das Element „Person, die mich entmutigt“, gilt nicht, dass die Entfernung zum „Stimmen-Element“ korreliert mit der Varianz des „Stimmen-Elementes“.

Zusammenfassend heißt das, dass die Stimme in Konkurrenz zu anderen Elementen, besonders aber zu den wichtigen Orientierungs-Elementen der Selbstkonstruktion und kognitiven Einordnung tritt. Dies trifft nicht zu auf die „Person, die mich entmutigt“, deren Unähnlichkeit zur Stimme hängt von anderen hier nicht erfassten Faktoren ab, die Stimme konkurriert nicht mit diesem Element.

6.2.3 „Stimmen-Elemente“ im Selbst-Identifikations-System (SIS)

Um die spezifische Konstruktion der Stimme im Verhältnis zu den Selbstaspekten „Ich-Selbst“ und „Ideal-Selbst“ zu verdeutlichen, wurden die Stimmen-Elemente in das Selbst-Identifikations-System eingetragen. Es zeigt sich plastisch die regelmäßig entfernte Lage der Stimmen zum „Ich-Selbst-Element“. Polarisiert liegen die „Stimmen-Elemente“ zum „Ideal-Selbst“: Es gibt eine relativ kleine Ansammlung von Stimmen, die diesem Element sehr nah sind, und eine weitere sehr ferne Ansammlung.

Die Annahme, dass die „Ich-Selbst“ ferne Konstruktion der „Stimmen-Elemente“ ein Ausdruck der primär schizophren veränderten Konstruktion des sozialen Umfelds ist, läge nahe. Dabei würde sich das „Stimmen-Element“ einordnen in die häufige entfernte oder indifferente Lage anderer Elemente zum „Ich-Selbst-Element“, die oben beschrieben wurde. Es könnte also sein, dass diesbezüglich keine spezifische Lage des „Stimmen-Elementes“ zum „Ich-Selbst“-Element vorliegt, sondern hier das „Stimmen-Element“ unter den spezifischen Bedingungen schizophren veränderter sozialer Konstruktion analog „anderen Personen“ wahrgenommen wird. Diese Vorstellung könnte auch zum Verständnis der Ergebnisse Benjamins (1989) beitragen. Diese stellte fest, dass Schizophrene im Gegensatz zu anderen Halluzinierenden mit

ungewöhnlicher Kontingenz und „inappropriate affect“ auf den Inhalt der Halluzinationen reagierten, obwohl sie wie andere Halluzinierende eine integrierte Beziehung mit der Stimme hatten. Möglicherweise ist dieses Ergebnis ebenfalls Ausdruck der spezifisch veränderten sozialen Wahrnehmung Schizophrener.

Diese bei Schizophrenen veränderte Wahrnehmung sozialer Beziehungen wiesen auch Bannister und Fransella (1989; siehe auch Kapitel 2) nach. Sie zeigten, dass Schizophrene bei der Konstruktion sozialer Beziehungen unsicherer waren als bei der Konstruktion physikalischer Sachverhalte. Demnach wären die Ergebnisse Benjamins geradezu zu erwarten gewesen, da es dort ja um die Erfassung der sozialen Beziehungsdimensionen (wenn auch von Halluzinationen) ging (Brücher et al 1994).

Auch Chatwick und Birchwood (1994) beschrieben Auffälligkeiten in der Umgehensweise mit Stimmen, die kognitive Modelle nicht erklären konnten. So sei etwa entscheidend für die Frage, ob imperativen Stimmen gehorcht würde, nicht die Überzeugung über das Wesen der Stimme, sondern die Intensität der Befehle. Ob sich dies nur auf die Umgehensweise mit der halluzinierten Stimme oder auch auf andere Menschen bezieht, kann aus den Ergebnissen Chatwicks und Birchwoods nicht geschlossen werden.

Dass die spezifische Konstruktion des „Stimmen-Elementes“ allerdings nicht allein durch eine schizophren veränderte soziale Konstruktion bedingt ist, wird schon daran deutlich, dass das „Stimmen-Element“ nicht nur indifferent, sondern sehr häufig auch weit entfernt dem „Ich-Selbst“-Element ist. Bezüglich dieser spezifischen Lage ordnet sich das „Ich-Selbst“-Element bei den anderen Elementen ein, die überwiegend fern dem „Stimmen-Element“ konstruiert sind.

Neben der spezifischen Verteilung in Bezug auf das „Ich-Selbst“-Element ist die polarisierte Lage der „Stimmen“ zum „Ideal-Selbst“-Element auffällig. Es lässt sich hier eine Dichotomie belegen, die etwas vereinfacht als Polarität von negativ und positiv oder verachtet und idealisiert bezeichnet werden kann.

Zusammenfassend wird durch die Darstellung der „Stimmen-Elemente“ im Selbst-Identifikations-System die Annahme bestätigt, dass die auffällige Konstruktion der halluzinierten Stimme einzuordnen ist in veränderte soziale Konstruktion bei schizophren Erkrankten. Diese haben Mühe, Selbstaspekte in einen differenzierten Bezug zu anderen Personen, seien es Mitmenschen oder die Person, die die Betroffenen mit der halluzinierten Stimme verbinden, zu setzen. Allerdings kommt dem „Stimmen-Element“ auch eine darüber hinaus reichende eigentümliche Rolle zu, als es nicht nur oft indifferent sonder häufig auch fern dem „Ich-Selbst“-Element konstruiert ist.

Bedeutsam ist die polarisierte Lage der „Stimmen“ zum „Ideal-Selbst“-Element. Fast alle sind nah dem „Ideal-Selbst“ oder häufiger fern diesem Element. Vereinfacht gesagt, sind sie sehr gut oder meist sehr böse. Anscheinend ist die Ordnungsfunktion, die den „Stimmen“ zukommt – nachgewiesen anhand der Varianz- und Hauptkomponentenberechnungen – gerichtet in einem „moralischen“ Sinne.

6.3 Selbstzufriedenheit

Das untersuchte Kollektiv zeichnet sich im Vergleich zu Depressiven und unauffälligen Kontrollpersonen durch geringe Selbstzufriedenheit aus. Dies ist ein Anzeichen für das Ausmaß des individuellen Leids und die Schwere der Störung. Ob und in welchem Ausmaß sich dabei die halluzinierten Stimmen auswirken, kann nicht belegt werden. Das quälende Erleben negativer Stimmen ist klinisch oft evident und lässt sich aufgrund der häufigen sehr „Ideal-Selbst“ fernen Konstruktion der „Stimmen-Elemente“ auch anhand der Angaben in manchen Grids nachvollziehen.

Bemerkenswert ist der Verlauf des Parameters Selbstzufriedenheit im zeitlichen Ablauf der Erkrankung: Akut halluzinatorisch Erkrankte sind am wenigsten mit sich zufrieden, chronisch Halluzinierende etwas mehr, akut Erkrankte nach Remission

weisen signifikant messbar das höchste Maß an Selbstzufriedenheit auf. Dies ist ein wichtiger Beleg für die Validität des Grid Testes.

6.4 *Konsistenz zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt*

Inhalt und Struktur der Grids sind zum ersten und zweiten Messzeitpunkt überaus ähnlich. Insbesondere gab es weder Patienten noch Patientinnen, die bei der Messwiederholung Elemente oder Konstrukte ändern wollten, da sie jetzt inhaltlich unpassend wären. Es konnte also ohne Probleme bei allen, die einem Zweitgespräch zustimmten, dieser Teil des Grids erneut verwandt werden.

Die quantifizierbaren Ergebnisse korrelierten im Wesentlichen zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt signifikant. In keinem Fall konnte mittels T-Test ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Messzeitpunkten (bei den chronisch Halluzinierenden) gezeigt werden. Insbesondere konnten für das „Stimmen-Element“ keine wesentlichen Veränderungen bewiesen werden.

Mäßig schwanken die Angaben für die „Person, die mich entmutigt“, „Vater“ und „PartnerIn“ bei der Varianzberechnung der Elemente. Bei der Berechnung der Distanzen zwischen „Stimmen-Element“ und anderen Elementen schwanken erneut die Angaben für die „Person, die mich entmutigt“ und „PartnerIn“. Obwohl laut T-Test für abhängige Stichproben in keinem dieser Fälle ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten vorliegt, kann angenommen werden, dass die „Person, die mich entmutigt“, etwas unsicher konstruiert ist. Das Element „PartnerIn“, das ebenfalls bezüglich der beiden Variablen Varianz und Distanz zum „Stimmen-Element“ schwankt, wurde so selten genannt, dass diese Auffälligkeit nicht überbewertet werden sollte.

Dass die Grid-Daten konsistent sind, wird dadurch bestätigt, dass sie in den zwei Messdurchgängen bei den akut Halluzinierenden vergleichbar sind. Die Unterschiede zwischen akut und chronisch Halluzinierenden sind inhaltlich interpretierbar und gerichtet, d.h. sie sind nicht zufällig und chaotisch: Bei den akut Erkrankten ist die Varianz der „Stimmen-Elemente“ größer, nach Abklingen der Halluzinose ist sie am größten; zum ersten Messzeitpunkt korreliert die Aufmerksamkeit für das Stimmen-Element besonders groß mit der kognitiven Komplexität, zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr, schließlich weisen akut Halluzinierende die geringste Selbstzufriedenheit auf, nach Abklingen der Halluzinose ist sie bei diesen am größten (zweiter Untersuchungszeitpunkt).

6.5 *Genügen die Ergebnisse statistischen Gütekriterien?*

Die Anzahl der interviewten Halluzinierenden war mit 21 geringer als beabsichtigt. In einem angemessenen Zeitraum konnten keine weiteren GesprächspartnerInnen gefunden werden, die willens und in der Lage waren, den Repertory-Grid auszufüllen. Wie weit relativiert dies die Ergebnisse?

Die Reliabilität der Ergebnisse ist an der inhaltlichen und strukturellen Konsistenz über die zwei Messzeitpunkte zu erkennen, auch finden sich im Vergleich zu der nachfolgenden Untersuchung akut Halluzinierender kaum wesentliche Unterschiede. Soweit solche Unterschiede aber bestehen, weisen sie auf sinnvoll erklärbare Aspekte hin. Insofern kann diese nachfolgende Untersuchung sogar als Überprüfung der gefundenen Ergebnisse gelten.

Die Validität ist aufgrund der geringen Anzahl von Vergleichsdaten nur eingeschränkt beurteilbar. Die inhaltliche Charakterisierung des halluzinatorischen Erlebens ist den Ergebnissen vergleichbar, die Romme beschreibt, mit dem Unterschied, dass die von ihm Untersuchten Charakterisierungen aus einem vorgegebenen Katalog auswählten. Geschlechterspezifische Unterschiede in Ausdruck und Erleben schizophrener Symptome sind, wie oben ausgeführt (siehe Kapitel 5.1), bekannt und kön-

nen durch diese Untersuchung für das Halluzinationsphänomen konkretisiert werden. Dass die Stimmen bedeutsam sind und oft eine Polarisierung in negative und positive Stimmen besteht, entspricht der klinischen Erfahrung. Diese Polarisierung wurde auch durch andere AutorInnen beschrieben (siehe etwa: Freud, Werke XV; Chatwick und Birchwood, 1994). Der Zusammenhang zwischen „psychotischen“ Symptomen und kognitiven Prozessen ist ebenfalls ein häufig beschriebenes Phänomen (siehe auch Kapitel 1.4). Als ein Validitätskriterium gilt hier auch die berechnete „Selbstzufriedenheit“, die in klinisch nachvollziehbarer Weise bei akut Kranken in den verschiedenen Phasen der Erkrankung und chronisch Kranken unterschiedlich ausfällt.

Gültigkeit kann hier allerdings nicht für alle akustisch Halluzinierenden beansprucht werden. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurden nur schizophrene PatientInnen befragt. Die Ergebnisse können also nicht auf halluzinierende dissoziativ gestörte PatientInnen und vermutlich noch weniger auf sogenannte StimmenhörerInnen ohne Behandlung übertragen werden. Es ist anzunehmen, dass besonders Daten wie Selbstzufriedenheit, aber auch positiver und negativer Charakter, möglicherweise auch Bedeutsamkeit der „Stimmen-Elemente“ sich bei diesen deutlich anders darstellen.

Genau genommen, haben die Ergebnisse auch nur Gültigkeit für diejenigen schizophrenen Halluzinierenden, die in der Lage und willens sind, beschreibende Aussagen über ihre Erlebnisse in solch einer Form zu machen, dass diese in den Repertory-Grid einfließen können. Man könnte behaupten, dass die Personen, die aufgrund dieser Eingangsvoraussetzung nicht untersucht werden konnten, sich beispielsweise in der Form von den InterviewpartnerInnen unterscheiden, dass sich ihr inneres Erleben nur als verrückt im Sinne von chaotisch bezeichnen lässt. Dieser Einspruch kann hier nicht sicher widerlegt werden, auch wenn der klinische Eindruck ist, dass auch diese oft schwerer gestörten PatientInnen ein strukturiertes – wenn auch kommunikationserschwerendes – Erleben des Halluzinationsphänomens haben.

6.6 Überprüfung der Hypothesen

Das Untersuchungsinstrument des Repertory-Grid wurde gewählt, um einerseits dem idiosynkratischen Erleben halluzinierter Stimmen insofern gerecht zu werden als individuelle Beschreibungen erfasst werden, andererseits um verrechenbare Daten über dieses Phänomen zu erhalten, mittels derer die Untersuchungshypothesen überprüft werden können (siehe Kapitel 1.4).

Es konnten Beschreibungen erfasst werden, die das inhaltliche Erleben verdeutlichen. Die Stimmen werden unterschiedlich genau beschrieben. Bemerkenswert ist, dass Männer seltener willens oder in der Lage sind, die halluzinierten Stimmen genauer zu charakterisieren. Die Beschreibung des Erlebens ist den interviewten Frauen dagegen oft differenzierter möglich. Sie sprechen seltener von uncharakteristischen „Stimmen“, sondern können diese häufiger genauer beschreiben als Stimmen von Mitmenschen oder übermenschlichen Erscheinungsformen, seien es religiöse Figuren oder Außerirdische. Männern gelingt dies seltener.

Die Untersuchungshypothesen betreffen hauptsächlich die Ergebnisse der statistischen Auswertung:

1. „Stimmenhören“ hat eine psychische Funktion. Einhergehend mit den Befunden zu „Basisstörungen“ und produktiven Phänomenen sollte überprüft werden, dass Stimmenhören für die formale und inhaltliche Struktur des Denkens und Wahrnehmens eine stabilisierende Wirkung hat.

Dies kann vor allem gezeigt werden anhand der positiven Korrelation der Varianz (Aufmerksamkeit) des „Stimmen-Elementes“ mit der kognitiven Komplexität des

individuellen Grids erfasst durch die Aufklärung der Hauptkomponenten. Je mehr Aufmerksamkeit ein „Stimmen-Element“ hervorruft, desto strukturierter, möglicherweise auch rigider, ist der individuelle Konstruktionsstil. Umgekehrt gilt auch, unstrukturierte oder zerfahrenes Denken korreliert mit wenig bedeutsam beschriebenen „Stimmen-Elementen“. Zu betonen ist allerdings, dass aus den vorliegenden Daten nicht geschlossen werden kann, welches der Hauptwirkfaktor ist. Denkbar wäre, dass bedeutsame „Stimmen-Elemente“ zu einer Komplexitätsreduktion der kognitiven Struktur führen. Nicht unmöglich ist auch der Umkehrschluss, dass nämlich rigider strukturierte Menschen die „Stimmen-Elemente“ bedeutsamer konstruieren. In beiden Fällen zeigte sich eine stabilisierende Abhängigkeit dieser Variablen. Vermutlich zeigt sich hier auch die gegenseitige Bedingtheit von „Basisstörungen“ und produktiven Symptomen, die ein Grund für die Chronifizierung der Halluzinose sein könnte.

Die Funktion der Stimme kann im Vergleich mit anderen Elementen konkretisiert werden. Sie ist fern anderen Elementen, besonders aber solchen, die eine positive soziale Konnotation haben. Eine inhaltliche Funktion wird durch die Darstellung im Selbst-Identifikationssystem-System verdeutlicht. Die Stimme ist überwiegend entweder „Ideal-Selbst“ nah oder häufiger fern. D.h. sie scheint auf einer „moralischen“ Achse konstruiert und unterstützt die Einordnung von Personen anhand positiver und negativer Aspekte. Auch hier wäre freilich der Umkehrschluss möglich, dass nämlich nicht die Stimme die moralische Polarisierung hervorruft, sondern sie selbst Ausdruck dieses dichotomen Denkens ist.

2. „Stimmenhören“ hat einen relativ konstanten Inhalt und eine relativ konstante formale Struktur. Halluzinieren ist nicht verrückt im Sinne von „chaotisch“. Diese Konstanz besteht intraindividuell bei chronisch Halluzinierenden über längere Zeit und ist interindividuell bzgl. bestimmter Muster vergleichbar.

Wie oben ausgeführt, liegen ganz überwiegend konstante inhaltliche und formale Strukturen der halluzinierten Stimme vor. Diese sind intra- und interindividuell nachweisbar und bezüglich bestimmter Muster vergleichbar. Stimmenhören ist kein „verrücktes“ Erlebnis im Sinne von unstrukturiert oder chaotisch. Sogar die wenigen Aspekte, die sich zu den unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten verschieden darstellen (Aufmerksamkeit für das „Stimmen-Element“, Selbstzufriedenheit etc.) verhalten sich so stabil, dass vom Übergang von einem strukturierten Zustand in einen anderen gesprochen werden kann.

3. Weiterhin wurde als Hypothese formuliert, dass die Betroffenen eine „persönliche Beziehung“ (Benjamin 1989) zu ihren Stimmen haben. Diese soziale Funktion kann durch den Vergleich mit lebensgeschichtlich bedeutsamen Personen oder solchen Personen, die über ihre soziale, affektive oder kognitive Funktion definiert sind, besser verständlich werden.

Diese dritte Hypothese konnte nur teilweise belegt werden. Da das „Stimmen-Element“ durchschnittlich allen anderen unähnlich ist, wird eine vergleichende Differenzierung problematisch. Offensichtlich besteht allerdings eine besondere Distanz zu solchen Elementen, die sozial positiv konnotiert sind. Noch am wenigsten unähnlich dem „Stimmen-Element“ ist „die Person, die mich entmutigt“ (affektiv).

Die „Stimmen-Elemente“ lassen sich also aufgrund des Vergleiches mit anderen Elementen nur grob charakterisieren als überwiegend negativ geschildert und unähnlich anderen Menschen, besonders aber solchen die eine positive Konnotation innehaben. Die Stimmen sind vergleichbar, jedoch konkret in grundlegender Weise unähnlich und haben damit eine Sonderrolle unter allen Elementen. Die PatientInnen definierten keineswegs alle ihre Stimme als Krankheitssymptom, so dass man folgern kann, dass die „Stimmen-Elemente“ an sich selbst etwas haben, das sie als „fremd“

erscheinen lässt, nicht aber, dass ihre „andersartige“ Beschreibung durch pathologisierende Einordnung der Halluzinierenden selbst entstand.

Auch wenn die Untersuchungsvoraussetzung erfüllt wurde, dass nämlich die „Stimmen-Elemente“ mit den gleichen Eigenschaften (Konstrukten) beschrieben werden konnten wie (andere) Mitmenschen, bestätigt sich die Sonderrolle des „Stimmen-Elementes“, wenn andere Aspekte als die Distanzmaße betrachtet werden. Sowohl bei der inhaltlichen Beschreibung als auch bezüglich gewisser struktureller Aspekte unterscheiden sie sich von Mitmenschen und Selbstaspekten. So werden sie häufig mit metaphysischen Namen bezeichnet. Sie sind durchschnittlich bedeutsamer als andere Elemente, haben mehr Einfluss auf die kognitive Struktur des Konstruktionsystems, sie sind besonders distanziert anderen Elementen und weisen eine polarisierte Lage bezüglich des „Ideal-Selbst“-Elementes auf. Dabei gibt es bezüglich all dieser – inhaltlichen und strukturellen – Aspekte einzelne Stimmen, die sich nicht von anderen Elementen unterscheiden. Dies widerspricht erneut der Annahme, dass Stimmen gänzlich unvergleichbar anderen Personen oder Selbstaspekten wären. Inhärent wird allerdings doch ihr Anderssein realisiert. Sie sind Mitmenschen und Selbstaspekten vergleichbar, aber anders.

6.7 Funktion der „Stimmen“

Die geschilderten Untersuchungsergebnisse dienen dazu, die Struktur des halluzinatorischen Erlebens abzubilden und darauf gestützt Hypothesen über die Funktion der Stimmen zu entwickeln. Es wird deutlich, dass Stimmenhören ein inter- und intraindividuell strukturiertes Ereignis ist. Dieses zieht ein großes Maß an Aufmerksamkeit auf sich und hat eine kognitiv strukturierende Funktion. Die halluzinierte Stimme ist zwar einerseits (anderen) Mitmenschen und Selbstaspekten vergleichbar, andererseits aber besonders durch ihre eher negative und „asoziale“ Besetzung unähnlich. Letztlich tritt sie in Konkurrenz zu Selbstaspekten, sie scheint diese oft eher zu substituieren als zu stützen. Diese Befunde lassen sich einordnen in die Auffassung, dass die Schizophrenie eine Krankheit des Ich sei. Diese Auffassung findet sich bereits bei Bleuler, der sie in Form der Grundsymptome Autismus, Ambivalenz, Denkdissoziation und affektive Verödung (Bleuler; 1911) konkretisiert. Schneiders Störung des Meinhaftigkeitserlebens (Schneider; 1946) sowie die einer dynamischen Betrachtungsweise verpflichteten Ich-Psychologie Scharfettters (1985) und verschiedene psychoanalytische Theorien (Störung der Ich-Grenzen (Federn, 1925), defizitäres „Selbst“ (Kohut, 1977) lassen sich hier ebenfalls einordnen. Die Befunde bezüglich des Stimmenhörens ließen sich hier also so interpretieren, dass bei geschwächten Kernaspekten der Persönlichkeit („Ich“, „Selbst“, „Ich-Selbst“) diese durch die fremde Stimme substituiert würden. Dabei wäre es hilfreich weniger pathologisierende Formulierungen zu benutzen. Statt Störung der Ich-Grenzen wäre etwa die Rede von offenen Grenzen zwischen „Innen“ und „Außen“ brauchbarer, das halluzinatorische Erleben könnte dann auch eine Fähigkeit sein. Durch diese Formulierung würde dem, dass viele Halluzinierende nicht unter ihren Erlebnissen leiden, Rechnung getragen.

Die Substitution von geschwächten Kernaspekten der Persönlichkeit durch die halluzinierten Stimmen ist dabei „moralisch“ im Sinne von Gut versus Böse orientiert. Sie trägt zur Komplexitätsreduktion der kognitiven Struktur bei oder ist zumindest Ausdruck eines relativ strukturierten Konstruktionsstils. Der Substitutionscharakter wird durch ihre Distanz zu anderen Elementen deutlich. Die Halluzinierenden erleben sie als fremd und oft als negativ und belastend.

Möglicherweise trifft nur auf die schizophrenen Halluzinierenden die beschriebene Veränderung der Selbstwahrnehmung bezüglich der sozialen Bezüge zu. Sie haben Mühe, sich selbst in einem nicht indifferenten Verhältnis zu anderen Mitmenschen

und der Stimme zu konstruieren. Dem Selbst kommt eine ambivalente Rolle im Verhältnis zu Mitmenschen und den halluzinierten Stimmen zu. Es scheint, als ob diese Veränderung sozialer Konstruktion eine basalere Veränderung darstellt, als etwa das Stimmenhören. Es ist bekannt, dass Schizophrene Mühe haben, andere Menschen differenziert zu konstruieren (siehe etwa Bannister, Fransella 1981), so dass hier angenommen werden kann, dass diese Schwierigkeit sich auch auf die halluzinierte Stimme bezieht. Diese wäre genauso unsicher konstruiert wie „andere Mitmenschen“. Möglicherweise wird diese Veränderung bei den StimmenhörerInnen, die sich selbst als gesund empfinden und von Mitmenschen auch so wahrgenommen werden, nicht vorliegen. Insofern wäre wohl auch die These, dass Stimmenhören ein „fauler Kompromis“ (Bock, 1998) zwischen sozialem Rückzug und Versuchen der Kompensation darstellt, nur für manche Halluzinierende zutreffend.

Es stellt sich die Frage der Psychogenese der Stimme. Diese kann anhand der erhobenen Daten nicht belegt werden, dabei ist die Interpretation der Ergebnisse von dieser Frage abhängig. Ob nämlich die Stimme – deren kognitive Orientierung belegt werden konnte – zu einer Komplexitätsreduktion beiträgt, die als pathologische Einengung des Denkens angesehen werden muss oder als hilfreiche Vereinfachung, hängt von der Auffassung ab, ob die Halluzinose als ein Symptom der Krankheit interpretiert wird oder als ein Selbstheilungsversuch. Ähnliches trifft auf die anderen Ergebnisse zu. Die hohe Aufmerksamkeit für die Stimme etwa könnte als deren Penetranz gedeutet werden oder als Ausdruck der inneren Notwendigkeit für die Halluzinierenden, etwa zu Kompensationszwecken bei sozialen Defiziten (Brücher et al, 1984; Bock; 1998).

Die Frage, ob akustische Halluzinationen bei Schizophrenen primäre oder sekundäre „Symptome“ der Krankheit sind, bleibt hier unbeantwortet. Der Versuch im Vergleich zwischen akut und chronisch Halluzinierenden Unterschiede zu finden, die dann auch Gründe für die Chronifizierung abgeben könnten, ist gescheitert (Brücher et al, 1999). Auch regelhafte Konstellationen der übrigen Elemente im Verhältnis zum „Stimmen-Element“ lassen sich bis auf deren große Unähnlichkeit nicht beschreiben. Allenfalls die „Substitution“ zentraler Selbstaspekte durch die Stimme weist auf psychogenetische Faktoren hin.

6.8 Perspektiven

Noch vor wenigen Jahren galt es als unangemessen, mit schizophren Erkrankten in Dialog über ihre ungewöhnlichen Erlebnisse zu treten. Es wurde befürchtet, diese könnten hierunter psychisch dekompensieren. Vermutlich stand bei den Therapeuten nicht selten aber auch die Sorge vor eigener Verunsicherung durch Gespräche über „verrückte“ Inhalte hinter solchem Vorgehen. Auch die sich anthropologisch und phänomenologisch verstehende Psychiatrie scheiterte nach Richartz (1997) oft an ihrem Anspruch, Betroffene verstehen zu wollen. Richartz macht den Stationsalltag, der beherrscht wurde durch somatische Therapiekonzepte, sowie erstickende hierarchische Strukturen verantwortlich für dieses Scheitern. Noch bedenklicher und einseitiger sei die Situation in den von klinischer Psychopathologie beherrschten Kliniken gewesen, hier hätten „Symptome“ im Wesentlichen der Klassifikation von Krankheiten gedient. Es habe die Auffassung vorgeherrscht, Betroffene seien quasi in die Erkrankung hineingeschwemmt worden. Insofern treffe hier die Beschreibung Jaspers zu, der sich diesbezüglich wie folgt äußerte: „In der verbreiteten, auch bei den Ärzten vielfach üblichen Anschauung, die der Frage: ‚Ist das krankhaft?‘ eine sachliche Bedeutung beimisst, liegt ein Rest jener alten Vorstellungen, nach denen die Krankheiten besondere Wesen waren, die vom Menschen Besitz ergriffen hatten.“ (Jaspers 1973).

Wie in Kapitel 1.4 gezeigt wurde, blieb auch die reformpsychiatrische Diskussion zunächst oft bestimmt von paternalistischem Versorgungsdenken. Erst seit etwa zehn Jahren findet verstärkt eine Zuwendung zu den subjektiven Erlebnissen Betroffener statt. Diese organisierten sich in Selbsthilfegruppen und nahmen zunehmend selbstverständlich als „ErfahrungsexpertInnen“ auch an Diskussionen über ungewöhnliche psychische Erlebnisse teil. Dabei besteht eine Tendenz dahingehend, dass die vorgegebene psychiatrische Terminologie zunehmend durch eigene Definitionen ersetzt wird. So lehnen nicht wenige den Psychosebegriff ab und verstehen es als angemessen, die eigenen Erlebnisse – etwa das Stimmenhören – zur eigenen Ortung zu benutzen.

Die im Rahmen dieser Untersuchung interviewten PatientInnen empfanden überwiegend als angenehm, dass ihr halluzinatorisches Erleben im Mittelpunkt des Interesses stand. Nur selten waren sie durch das Interview irritiert, nur eine Patientin brach das Gespräch deshalb ab, eine weitere lehnte das Zweitgespräch ab. Bis auf diese Ausnahmen wird durch die geführten Gespräche die Annahme bestätigt, dass Halluzinierende es oft als hilfreich empfinden, über die Erlebnisse zu reden. Insbesondere konnte festgestellt werden, dass sie sich distanzieren und oft aktiv gestaltend mit ihren Stimmen auseinandersetzen können. Es ist also sinnvoll sich auszutauschen, nach Verständnis zu streben und je eigene Sinnfindung zu fördern. Dies unterstützt die Forderung nach einem weniger paternalistischen Umgehen mit PatientInnen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen dabei darauf hin, dass offensichtlich Männer und Frauen anderes erleben oder – wahrscheinlicher – ihr Erleben unterschiedlich ausdrücken. Dem müsste Rechnung getragen werden auch beim Angebot von Therapiemöglichkeiten und Forschungsvorhaben etwa in Form geschlechterdifferenter Ansätze.

Weiterhin deuten sich durch die hier nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen Aufmerksamkeit für die Stimme und kognitiver Struktur nicht nur Aspekte von (Krankheits-) Gewinn an, sondern auch die Bedeutsamkeit kognitiver Aspekte in Pathogenese und Therapie schizophrener Erkrankungen. Dies bestärkt die aktuellen Bemühungen um Therapieansätze, die auf kognitive Aspekte und Basisstörungen fokussieren (siehe etwa: Süllwold 1990).

Dabei weisen die Ergebnisse dieser Untersuchung darauf hin, dass die halluzinierten Stimmen geschwächte Kernaspekte der Persönlichkeit substituieren. Obwohl die Stimmen oft negativ erlebt werden, scheinen Halluzinierende auch von ihnen zu profitieren in dem Sinne, dass Strukturierung und auch emotionale Orientierung unterstützt wird, die psychisch Gesunde nicht in der Form benötigen. Dies hat auch Einfluss auf die Therapie. Diese müsste bestenfalls mit Beginn der Halluzinose Ichstärkend und kognitiv strukturierend angelegt sein, um Chronifizierung bei denen zu verhindern, die den Krankheitsgewinn mit einer leidvollen Behinderung erkaufen. Andererseits weist die nachgewiesene Ordnungsfunktion der Stimmen auch darauf hin, dass das wie auch immer erreichte therapeutische Auslöschen der Stimmen auch eine Destabilisierung bewirken kann.

Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen schließlich den Eindruck, den z.B. auch die kognitiv behavioral mit StimmenhörerInnen arbeitenden Chatwick und Birchwood (1994) bezüglich akustischer Halluzinationen hatten. Ihr Ansatz stieß an Grenzen, insofern den Befehlen der Stimmen abhängig von ihrer Intensität – nicht nur ihrem inhaltlichen Kontext – gehorcht wurde. Es ist, um zu einem besseren Verständnis und Umgehen mit Stimmen beizutragen, nicht nur Verhalten und Auffassung, sondern auch emotionaler Bezug und persönliche Bedeutung zu beachten. Dies nicht zuletzt deshalb, da die Stimmen in ganz elementarer Weise mit Kernaspekten der Person in Beziehung treten.

7 Zusammenfassung

Unter den zahlreichen Publikationen zum Halluzinationsphänomen finden sich erst in den letzten Jahren wieder verstärkt solche, die subjektives Verständnis und Coping- Aspekte in Bezug auf dieses Phänomen erfassen. Problematisch ist dabei, wie subjektive oder sogar idiosynkratische Erlebnisse eindeutig und vergleichbar erfasst werden können. Die vorliegende Untersuchung stellt einen Versuch dar, sich diesem Problem anzunähern.

Es werden zunächst Epidemiologie und Definitionsprobleme dargestellt, um dann einen Überblick über die wissenschaftliche Literatur zum Thema zu geben. Nach einer kritischen Diskussion über den Zusammenhang von Symptom und Krankheit wird die Fragestellung erläutert:

Ausgehend von der Grundannahme, dass es hilfreich ist, die Betroffenen als ExpertenInnen für ihr Erleben wahrzunehmen, sollen drei Hypothesen überprüft werden:

1. „Stimmenhören“ hat eine psychische Funktion. Einhergehend mit den Befunden zu „Basisstörungen“ und produktiven Phänomenen soll überprüft werden, dass Stimmenhören für die formale und inhaltliche Struktur des Denkens und Wahrnehmens eine stabilisierende Wirkung hat.
2. „Stimmenhören“ hat einen relativ konstanten Inhalt und eine relativ konstante formale Struktur. Halluzinieren ist nicht verrückt im Sinne von „chaotisch“. Diese Konstanz besteht intraindividuell bei chronisch Halluzinierenden über längere Zeit und ist interindividuell bzgl. bestimmter Muster vergleichbar.
3. Betroffene haben eine „persönliche Beziehung“ zu ihren Stimmen. Diese „soziale“ Funktion kann durch den Vergleich mit lebensgeschichtlich bedeutsamen Personen oder solchen Personen, die über ihre soziale, affektive oder kognitive Funktion definiert sind, besser verständlich werden.

Methode: Die Hypothesen werden mittels einer eigens für diese Arbeit entworfenen Form des „Repertory Grid Test“ überprüft. Zunächst wird der konstruktpsychologische Hintergrund erläutert sowie bereits durchgeführte Untersuchungen Schizophrener mit diesem Instrument. Weiterhin wird der speziell für diese Untersuchung entworfene Grid Test dargestellt, mit dem 21 chronisch halluzinierende, schizophrene PatientInnen hinsichtlich der Stimmen, von Selbstaspekten und Mitmenschen interviewt wurden.

Ergebnisse: Anhand der *inhaltlichen Beschreibung* der gehörten Stimmen lassen sich die ProbandInnen in drei Gruppen einteilen: erstens in solche, die nur undifferenzierte Angaben machen („eine Stimme“), zweitens in solche, die benennbare Bekannte angeben und schließlich diejenigen, die „übermenschliche“ Charakterisierungen vornehmen („Außerirdische“, „Gott“). Bemerkenswert ist, dass halluzinierende Männer deutlich seltener als Frauen differenziert beschreiben. Anhand der *Varianzanalyse der Elemente* wird gezeigt, dass den Stimmen im Durchschnitt eine überdurchschnittliche Aufmerksamkeit zukommt. Selbst-Elemente haben noch relativ große Aufmerksamkeit, unterdurchschnittliche Aufmerksamkeit kommt dem „Kognitiven Element“, „eine Person, die mich berät“, zu. Die große Streuung der *kognitiven Komplexität* gemessen anhand der Aufklärung der Hauptkomponenten weist auf vorhandene formale Denkstörungen hin (zerfahren bis rigide strukturiert). Bemerkenswert ist, dass eine große Aufmerksamkeit für das „Stimmen-Element“ mit einer großen kognitiven Strukturiertheit einhergeht, möglicherweise wird hier ein formal strukturierender Faktor der wahrgenommenen Halluzination deutlich. Bei der Berechnung der *euklidischen Distanzen zwischen den Elementen* fällt das „Stimmen-

Element“ durch die große Distanz zu anderen Elementen auf. Indifferent anderen liegen oft Elemente, die über ihre soziale Rolle definiert sind, dies weist auf ein Defizit sozialen Konstruierens hin, welches bei schizophrenem Denken auftreten soll. Die Absicht, spezifische innerpsychische Funktionen der „Stimmen-Elemente“ dadurch nachzuweisen, dass ihm bestimmte andere Elemente regelmäßig nah liegen misslingt. Andere liegen fern oder indifferent. Anhand des so genannten *Selbst-Identifikations-Systems* wird deutlich, dass das „Stimmen-Element“ dem „Ideal-Selbst“ entweder fern oder (seltener) sehr nah liegt, während die Distanz zum „Ich-Selbst“-Element überwiegend indifferent und fern ist. Anscheinend drückt sich hier die Substitution von im Rahmen der Erkrankung geschwächten zentralen Persönlichkeitsanteilen aus. Die Schwierigkeit der Konstruktion sozialer Gegebenheiten drückt sich auch anhand der Distanz der Stimme zum „Ich-Selbst“ aus. Abschließend wurde die niedrige *Selbstzufriedenheit* anhand der Distanz zwischen „Ich-Selbst“ und „Ideal-Selbst“ gezeigt.

Vergleichend werden *Ergebnisse der Untersuchung akut Halluzinierender* aus der Marburger Arbeitsgruppe dargestellt: Die Varianz (Aufmerksamkeit für die Stimme) ist noch größer, am größten aber nach Abklingen der Halluzinose. Die Korrelation der Aufklärung der Hauptkomponenten mit der Stimmen-Varianz ist noch eindeutiger. Diese Korrelation nimmt aber nach Abklingen der Halluzinose ab, obwohl die Varianz der „Stimmen-Elemente“ zunimmt. Offensichtlich überlagert die große Aufmerksamkeit hervorrufende Stimme die gesamte kognitive Struktur während der akuten Erkrankung. Wenn die Halluzinose abklingt, kommt dem „Stimmen-Element“ noch eine große Aufmerksamkeit zu, diese drückt allerdings nur noch aus, wie fremd die Stimme dem sonstigen Konstruktsystem ist, sie hat keine nachweisbaren Auswirkungen mehr auf die kognitive Struktur. Bei den chronisch Halluzinierenden kommt es dagegen zu einer stabilen gegenseitigen Bedingtheit zwischen Aufmerksamkeit für die Stimme und kognitiver Struktur.

Zu den statistischen Gütekriterien wird belegt, dass die Untersuchungsergebnisse sich zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten kaum unterscheiden und inhaltlich die gleichen Eigenschaften zur Beschreibung des Erlebens benutzt werden konnten. Die Validität kann anhand des klinischen Vergleiches sowie auch in der Gegenüberstellung mit Ergebnissen der Forschungen zu Basisstörungen und Symptom sowie zur Kognitionsforschung belegt werden.

Diskussion: Die Hypothese, dass das Phänomen eine psychische Funktion hat, kann belegt werden anhand der Korrelation zwischen Aufmerksamkeit für die Stimme und kognitiver Strukturiertheit. Auch inhaltlich kann eine „moralische“ Funktion bzw. eine zentrale Selbstaspekte substituierende Funktion nachgewiesen werden. Die zweite Hypothese, dass ein konstanter Inhalt und eine konstante Struktur vorliegt, ist durch die vorliegende Arbeit gut belegt. Dass eine „persönliche“ Beziehung zur halluzinierten Stimme besteht (3. Hypothese), kann insoweit bestätigt werden, als diese mit den gleichen Eigenschaften charakterisiert werden kann wie Mitmenschen und Selbst-Aspekte. Allerdings muss konstatiert werden, dass diese Charakterisierungen sich in der Extremität der inhaltlichen Charakterisierung und bezüglich formaler Aspekte deutlich von anderen Elementen unterscheidet. Insbesondere misslang der Versuch, die Stimme anhand des Vergleiches mit anderen Personen hinsichtlich ihrer „sozialen Funktion“ besser zu beschreiben. Es liegt zwar eine persönliche Beziehung zur Stimme vor, die sich allerdings von anderen sozialen Beziehungen deutlich unterscheidet. Im Durchschnitt ist die Stimme Anderen unähnlich.

Bedeutsam für das Verständnis des Stimmenhörens sind die strukturierenden formalen und inhaltlichen Aspekte, die durch diese Arbeit belegt werden und deren Verständnis zur Stärkung der Kompetenzen der Betroffenen dienen können.

8 Literatur

- Adler, A. (1927):* Praxis und Theorie der Individualpsychologie. 3. Auflage, Bergmann, München
- Aggermaes, A. (1972):* The experienced reality of hallucinations and other psychological phenomena. *Acta Psych. Scan* 48, S. 220–238
- Ashworth, C.M. et al. (1982):* The Performance of Depressed and Manic Patients on some Repertory Grid Measures: A Cross-sectional Study. *Brit. J. med. Psychol.* 55, 247–255
- Althusler, Kenneth (1971):* Studies of the Deaf: Relevance to Psychiatric Theorie; *Am. J. Psychiat.* 127:11, S. 1521–1526
- Andreason, N.C., Olsen, S. (1986):* Negative v positive schizophrænia. *Arch. Gen. Psychiatry* 39, S. 789–794, 1982
- Asaad, Shapiro (1986):* Hallucinations: Theoretical and Clinical Overview, *Am. J. Psychiat.* 143, S. 1088–1097
- Baker, P. (1996):* „Can you hear me? A research and practice summary of a new approach in assisting people distressed by hearing voices“; North Wales
- Baker, P. (1996):* „Die innere Stimme; Ein praktischer Ratgeber für Stimmenhörer“; Köln
- Bannister, D., Fransella, F. (1966):* A Grid Test of Schizophrenic Thought Disorder, *Br. J. Social Clinical Psychology*, 5, S. 95–102
- Bannister, D., Fransella, F. (1967):* A Grid Test of Schizophrenic Thought Disorder: A Standard Clinical Test, *Psychological Test Publications*, Barnstaple (zitiert nach Winter 1992)
- Bannister, D, Fransella, F. (1981):* Der Mensch als Forscher. Münster
- Bartholomew, U. (1993):* Die Selbst-Identitäts-Graphik. in Scheer, J., Catina, A. (Hrsg.): Einführung in die Repertory Grid-Technik, Band 2: Klinische Forschung und Praxis, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Bartsch, H. (1995):* Erfassung studentischer Einstellungen gegenüber verschiedenen Interaktionspartnern wie Arzt, Patient und Kommilitone im allgemeinen klinischen Untersuchungskurs. *Med. Dissertation Marburg*
- Bateson, G. et al (1956):* Toward a theory of Schizophrenia, *Behavioural Science*, 1, S. 251–264 (zitiert nach Banister/Fransella (1981)
- Benjamin (1989):* Is Chronicity a Function of the Relationship between the Person and the Auditory Hallucination? *Schizophrenia Bulletin* 15, 2. S. 291–310
- Bentall, Slade (1985):* Reality Testing and Auditory Hallucinations: A Signal Detection Analysis. *Br. J. Cl. Psycho.* 24, 159–169
- Bleuler, Eugen.* Halluzinationen und Schaltschwäche, *Schweizer Archiv f. Neur. und Psych.* 13, S. 88–89 (zitiert nach Spitzer)
- Bleuler, E. (1911):* Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, Wien
- Bock, T.; Stratenwerth, I. (1998):* Stimmenhören. Hamburg
- Böker, W.(1986):* Zur Selbsthilfe Schizophrener: Problemanalyse und eigene empirische Untersuchungen. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie. Bern Stuttgart Toronto
- Böker, W., Brenner, H.D. (1983):* Selbstheilungsversuche Schizophrener: psychopathologische Befunde und Folgerungen für Forschung und Therapie. *Nervenarzt* 54, S. 578–589

- Brandenburger, B. (1993):* Zur Unterscheidung depressiver und nicht depressiver Patienten in der Psychosomatik. Eine Untersuchung zur Ermittlung differenzierter Merkmale mit Hilfe der Repertory Grid Technik. Med. Dissertation, Marburg
- Brücher, K., Hietel, R., Puchert, F. (1994):* Zur Bedeutung und Funktion der „Stimmen“ Schizophrener. In: Empirical Constructivism in Europe. Scheer, JW, Catina, A., Gießen, 108–116
- Brücher, K., Hietel, R., Puchert, F. (1999):* Die affektkognitive Ordnungsfunktion der Stimmen Schizophrener. In: Schizophrenie – eine affektive Erkrankung? Machleidt, Haltenhof, Garlipp, Stuttgart, New York; 1999, 176–181
- Brücher, K. (1996):* Die langfristige ambulante Therapie Schizophrener unter Einbeziehung ihrer Familien. In
- Catina, A., Schmitt, M (1993):* „Die Theorie der Persönlichen Konstrukte“. In: Scheer, J., Catina, A. (Hrsg.): Einführung in die Repertory Grid Technik. Band 1: Grundlagen und Methoden. Bern Göttingen Toronto Seattle, S. 11–24
- Chadwick, P., Birchwood, M. (1994):* The Omnipotence of Voices, Br. J. Psych., 164, S. 190–201
- Chadwick, P. et al (2000):* The revised Beliefs about Voices Questionnaire. Br J Psychiatry 2000 Sep; 177: 229–32
- Chetwynd, J. (1976):* The Psychological Meaning of Structural Measures Derived from Grids. In: Slater, P. (ed.): Exploration of Intrapersonal Space. Vol. 1. London
- Cleghorn et al. (1992):* Toward a Brain Map of Auditory Hallucinations, Am. J. Psychiatry, 149, 1062–1069
- Coleman, R., Smith, M. (1997):* „Working with Voices! Victim to Victor“; Devon
- Esquirol (1838):* Des maladies mentales. Paris (zitiert nach Spitzer)
- Evans; C. (2000):* Is auditory imagery defective in patients with auditory hallucinations? Psychol Med 2000 Jan;30(1):137–48
- Faber, R. (1986):* The diversity of schizophrenias. Behavioral and Brain Sciences 9, S. 522
- Federn, P. (1978):* Ichpsychologie und die Psychosen. Frankfurt a. M.
- Fenichel, O. (1980):* Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen. Darmstadt
- Fitzgerald, R.G. (1971):* Visual Phenomenology in Recently Blind Adults. Am. J. Psychiatrie, 139, S. 1533–1539
- Gara, M. et al (1989):* “Perception of Self and Other in Schizophrenia“. International Journal of Personal Construct Psychology, 2, S. 271–289
- Gould, L.N. (1950):* Verbal hallucinations as automatic speech. Am. J. Psychiat. 107, S. 110 ff. (S.)
- Havermans, R. et al (1999):* A controlled study of temporal lobe structure volumes and P300 responses in schizophrenic patients with persistent auditory hallucinations. Schizophr Res 1999 Aug 17;38(2-3):151–8
- Hoffman, R.E. (1986):* Verba hallucinations and language Production processes in schizophrenia. Behavioral and Brain Sciences 9, S. 503–548
- Hoffman, R.E., Satel, K. (1993):* Language Therapy for Schizophrenic Patients with Persistent Voices. Br. J. Psychiatry 162, 755–758
- Hoffman, R.E. et al (2000):* Transcranial magnetic stimulation and auditory hallucinations in schizophrenia. Lancet 2000 Mar 25;355(9209):1073–5
- Hoppe, I. (1885):* Bemerkungen zu Herrn Professor Arndts Lehre von den Hallucinationen und Illusionen. Jahrbücher f. Psychiatrie 6, S. 205–220
- Huber, G. und Gross, G. (1997):* Geschlechtsdifferenzen bei Schizophrenien. Fundamenta Psychiatrica 3. 97, 5–12

- Isakower, O. (1939):* On the Exceptional Position of the Auditory Sphere. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 20, S. 340–348
- Ishii R. et al (2000):* Theta rhythm increases in left superior temporal cortex during auditory hallucinations in schizophrenia. *Neuroreport* 28; 11: 3283–7
- Itil, T.M. (1970):* Changes in Digital Computer Analyzed EEG during „Dreams“ and Experimentally Induced Hallucinations. In: Keup, W.: *Origin and Mechanisms of Hallucinations*, New York, London, 1970, S. 71–94
- Janzarik (1978):* Wandlungen des Schizophreniebegriffs. *Nervenarzt* 49, S. 133–139
- Jaspers, K. (1973):* *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin
- Johns, L. (2001):* Verbal self-monitoring and auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia. *Psychol Med* 2001 May;31(4):705–15
- Kahlbaum (1866):* Die Sinnesdelirien, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychischgerichtliche Medizin* 23, S. 1–86 (zitiert nach Spitzer)
- Kingdon, Turkington (1994):* *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*. Hove, Hillside: The Guilford Press
- Kisker (1969):* Der Erlebniswandel des Schizophrenen, Ein psychopathologischer Beitrag zur Psychonomie schizophrener Grundsituationen. Springer; Berlin Göttingen Heidelberg
- Klosterkötter, J. (1988):* Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie. Springer; Berlin, Heidelberg, New York
- Landfield, A.W. (1971):* Personal construct systems in psychotherapy. Chicago (zitiert nach Scheer, Catina 1993)
- Lewine, R. (1981):* Sex Differences in Schizophrenia: Timing or Subtypes? *Psychological Bulletin*, 90, S. 432–444
- Larkin (1979):* The Form and Content of Schizophrenic Hallucinations. *Am. J. Psychiatry*, 136, S. 940–943
- Lempa, G. (1992):* „Zur Psychoanalytischen Theorie der psychoatischen Symptombildung“ in Mentzos, S. (Hrsg.) „Psychose und Konflikt“. Vandenhock u. Ruprecht, Göttingen Zürich
- Lennox, Br. (2000):* The functional anatomy of auditory hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2000 Nov 20;100(1):13–20
- Liepmann, H. (1895):* Ueber die Delirien der Alkoholisten und über künstlich bei ihnen hervorgerufene Visionen. *Archiv für Psychiatrie* 27, S. 172–232 (zitiert nach Spitzer)
- Lohaus, A. (1993):* Testtheoretische Aspekte der Repertory Grid-Technik. In: Scheer, Catina
- Luchins, Meltzer (1983):* A Blind, Controlled study of Occipital Cerebral Asymmetry in Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 10, S. 87–95 (zitiert nach Spitzer)
- Makhlouf-Norris, F., Jones, H.G. (1971):* Conceptual distances as measures of alienation in obsessive neurosis. *Psychological Medicine*, 1, 381–387
- Marks, D.F. (1986):* Intentionality and autonomy of verbal imagery in altered states of consciousness. *Behavioral and Brain Sciences* 9, S. 529–530
- McPherson, F. et al. (1971):* „Psychological constructs and delusions of persecution and „non-integration“ in schizophrenia. *Br. J. Med. Psych.*, 43, 281–280
- McPherson, F. (1972):* „Psychological“ constructs and „psychological“ symptoms in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 48, S. 197–198
- Mentos, S. (1995):* *Psychose und Konflikt*. Göttingen Zürich
- Modell, A.H. (1958):* The theoretical implications of hallucinatory experiences in schizophrenia. *J. Am. Psychoanal. A*, 6, S. 442–480

- Modell, A.H. (1960):* An Approach to the Nature of Auditory Hallucinations in Schizophrenia. Archives of General Psychiatry 3, 259–266
- Netzwerk Stimmenhören (1998):* Faltblatt
- Philips, J.P.N. (1975):* A note on the scoring of the Grid Test of Schizophrenic Test of Schizophrenic Thought Disorder. Br. J. Social Clinical Psychology, 14, S. 99–100
- Raethel, A. (1993):* Auswertungsmethoden für Repertory Grids. In: Scheer, J., Catina, A. (Hrsg.): Einführung in die Repertory Grid Technik. Bern Göttingen Toronto Seattle
- Richartz, M. (1997):* „Psychiatrische und psychologische Perspektive“ in Romme et al.: „Stimmenhören akzeptieren“. Bonn
- Romme et al (1989):* Hearing Voices. Schizophrenia Bulletin 15,2. S. 209–216
- Romme et al (1992):* Coping with Hearing Voice: An Emancipatory Approach. Br. J. Psychiatrie, 161, S. 99–103
- Romme, M.; Escher, S. (1997):* Stimmenhören akzeptieren. Bonn
- Rossell, Sl. et al (2001):* Corpus callosum area and functioning in schizophrenic patients with auditory-verbal hallucinations. Schizophr Res 2001 May 30;50(1–2):61–78
- Salmon, P. (1979):* „Grid measures with child subjects“ in Slater (1976)
- Sarbin, T.R.; Jhasz, J.B.:* The Social Psychology of Hallucinations. Journal of Mental Imagery 2, S.117–144
- Sayer, J. et al (2000):* Beliefs about voices and their effects on coping strategies. J Adv Nurs 2000 May; 31 (5): 1199–205
- Schäfer, M. (1995):* Die Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen nomothetischer und ideographischer Methodik. Fundamenta Psychiatrica, 9, S. 106–114
- Scharfetter, Ch. (1983):* Schizophrene Menschen. Urban und Schwarzenberg, München
- Scheer, J. (1993):* Planung und Durchführung von Repertory Grid-Untersuchungen. in Scheer, J., Catina, A. (Hrsg.)
- Schildkraut et al (1976):* Reduced Platelet Monoamine Oxidase Activity in a Subgroup of Schizophrenic Patients. Am. J. Psychiatry, 133, S. 438–440
- Shapleske, J. (2001):* Are auditory hallucinations the consequence of abnormal cerebral lateralization? A morphometric MRI study of the sylvian fissure and planum temporale. Biol Psychiatry 2001 Apr 15;49(8):685–93
- Sheehan, M.J. (1985):* Constructs and „Conflict“ in Depression. Brit. J. Psychol. 72, 197–209 (zitiert nach Stapenhorst 1994)
- Slater, P. (1976 / 1977):* „The measurement of Intrapersonal Space by Grid Technique“. London
- Slade (1976):* Hallucinations. Psychological Medicine, 32, 256–260
- Smail, D.J. (1970):* Neurotic symptoms, personality and personal constructs. Br. J. Psychiatry, 117, S. 645–648
- Smail, D.J. (1978):* Psychotherapy: A Personal Approach. London (zitiert nach Winter 1992)
- Space, L.G., Cromwell, R.L. (1980):* Personal Constructs among Depressed Patients. J. nerv. Ment. dis. 168, 150–158
- Sperlinger, D.J. (1976):* Aspects of Stability in the Repertory Grid. Brit. J. Med. Psychol. 49, 341–347
- Spitzer et al (1980):* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)

- Semrad, E.V. (1938):* Study of the auditory apparatus in patients experiencing auditory hallucinations, *Am. J. Psychiatry* 95, S. 53-63 (zitiert nach Spitzer)
- Stapenhorst, J. (1994):* Persönlichkeitsmerkmale endogen Depressiver mit monopolem und bipolem Verlauf: eine vergleichende Grid-Studie, *Med. Dissertation, Marburg*
- Strahlilevitz et al. (1976):* Immunoglobulin Levels in Psychiatric Patients. *Am. J. Psychiatry*, 133, S. 772-777
- Stauss, J. et al. (1974):* Speculations on the Processes that underlie Schizophrenic Symptoms and Signs. *Schizophrenia Bulletin* 11, S. 61-69
- Strauss, J., Estroff, S. (1989):* Foreword. *Schizophrenia Bulletin* 15,2, S. 177-178
- Strauss, J. (1989):* Subjective Experiences of Schizophrenia: Toward a New Dynamic Psychiatry. *Schizophrenia Bulletin* 15,2, S. 179-187
- Stephane, M. et al (2001):* Auditory verbal hallucinations and dysfunction of the neural substrates of speech. *Schizophr Res* 2001 May 30;50(1-2):61-78
- Sukhwinder, S. et al (2000):* Functional Anatomy of Auditory Verbal Imagery in Schizophrenic Patients with Auditory Hallucinations. *Am. J. Psychiatry*; 157, 1691-1693
- Sukhwinder, S. et al (2000):* Mapping Auditory Hallucinations in Schizophrenia Using Functional Magnetic Resonance Imaging. *Arch. Gen. Psychiatry*, 57, 1033-1038
- Sukhwinder, S. et al (2003):* Engagement of Brain Areas implicated in processing Inner Speech in People with Auditory Hallucinations. *Brit. J. Psychiatry*, 182, S. 525-531
- Sukhwinder, S. et al (2004):* Temporal Course of Auditory Hallucinations. *Brit. J. Psychiatry*, 185, S. 516-517
- Wernicke (1906):* Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Leipzig (zitiert nach Spitzer)
- Wiersma D. et al(2001):* Cognitive behaviour therapy with coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2001 May;103(5):393-9
- Winter, D.A. (1971):* The Meaningfulness of Personal and Supplied Constructs to Chronic Schizophrenics and Normals. Unpublische BSc dissertation, University of Durham (zitiert nach Winter 1992)
- Winter, D.A. (1992):* Personal construct psychology in clinical practice. London New York
- Wykes, T. et al (1999):* Group treatment of auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1999 Aug; 175: 180-5
- Yorke, D.M. (1985):* Administration, analysis and assumptions: some aspects of validity“ in N. Bail (Hrsg.): *Repertory Grid Technique and Personal Constructs: Application in Clinical and Educational Settings“*. London (zitiert nach Winter, 1992)

Anhang

CODIERUNG:

6.2.

72

DAS GEGENTEIL

3 2 1

	1	2	3	Mutter	Vater	Ich	Ideal Ich	Stimme	Angelika	Hr. Blumroth	Fr. Gelb	Hr. Hudemann	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	Annette (ex-Freundin)	3	2	6	6	3	2	6	2	2	6	2									
2	Pranz (Pfleger)	6	6	5	3	4	6	7	5	4	4	5									
3		6	6	7	4	4	5	7	6	6	6	6									
4		4	4	6	6	7	6	7	6	6	6	6									
5		7	4	6	6	7	7	6	3	3	4	3									
6		1	3	6	6	3	7	6	2	3	2	4									
7		6	4	3	7	6	6	7	6	6	4	6									
8		3	4	6	6	4	7	6	7	6	6	6									
9		1	7	6	6	4	7	6	7	7	7	4									
10		1	7	3	3	6	7	3	7	7	7	3									
11																					
12																					
13																					
14																					

DIE GEMEINSAME EIGENSCHAFT

6 5 4

THEMA:

Maths & ...
 ... we ...

Verzeichnis der akademischen Lehrer und Lehrerinnen

Meine akademischen Lehrer und Lehrerinnen an der Philipps-Universität Marburg waren die Damen und Herren:

<i>G. Adler</i>	<i>G. Hildebrandt</i>	<i>I. Oepen</i>
<i>H. Amon</i>	<i>R. Hildermann</i>	<i>M. Pohlen</i>
<i>R. Arnold</i>	<i>G. Huffmann</i>	<i>L. Priebe</i>
<i>G. Aumüller</i>	<i>P. Ihm</i>	<i>U. Rausch</i>
<i>O. Aziz</i>	<i>K. Joseph</i>	<i>H. Remschmidt</i>
<i>H.D. Basler</i>	<i>H. Kaffarnik</i>	<i>H. Riedmiller</i>
<i>E. Baum</i>	<i>P. Kaiser</i>	<i>C. Rieger</i>
<i>W. Blankenburg</i>	<i>H.F. Kern</i>	<i>G. Rodeck</i>
<i>M. Branis</i>	<i>O. Kleinsasser</i>	<i>M. Rothmund</i>
<i>E. Daume</i>	<i>H.D. Klenk</i>	<i>D. Schachtschabel</i>
<i>H. Dombrowski</i>	<i>K.H. Knoll</i>	<i>J.G. Schindler</i>
<i>D. Drenckhahn</i>	<i>K.U. Koecke</i>	<i>P. Schmitz-Moormann</i>
<i>R. Egbring</i>	<i>J. Koolmann</i>	<i>F. Schneider</i>
<i>C. Elschenbroich</i>	<i>A. von Kraft</i>	<i>W. Schüffel</i>
<i>C. Eschenbach</i>	<i>P. Kraus</i>	<i>K.D. Schulz</i>
<i>G. Exner</i>	<i>W. Krause</i>	<i>W.B. Schwerk</i>
<i>H. Fuhstorfer</i>	<i>V. Kretschmer</i>	<i>K.H. Seifart</i>
<i>H. Ganz</i>	<i>H. Kuni</i>	<i>J. Seitz</i>
<i>D. Gemsa</i>	<i>H. Lange</i>	<i>J. Siegrist</i>
<i>A. Geus</i>	<i>H.H. Lauer</i>	<i>W. Slenczka</i>
<i>K. Golenhofen</i>	<i>H. Lennartz</i>	<i>C. Thomas</i>
<i>L. Gozen</i>	<i>W. Lorenz</i>	<i>G. Ulmar</i>
<i>A. Gressner</i>	<i>W. Mannheim</i>	<i>K. Unsicker</i>
<i>P. Griss</i>	<i>H.G. Mannherz</i>	<i>K. Voigt</i>
<i>A. Habermehl</i>	<i>S. Massarat</i>	<i>H.J. Wagner</i>
<i>K. Gavemann</i>	<i>H.D. Mennel</i>	<i>P.v. Wichert</i>
<i>F. Heß</i>	<i>K.J. Netter</i>	<i>U. Willenbockel.</i>

Mein akademischer Lehrer an der University of the West Indies; Kingston; Jamaika war:

Herr *W. Bhoorasingh*

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Datenschutzgründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht mit veröffentlicht.

Erklärung

Ich, Frank Puchert, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema „Stimmen, Mitmenschen und Selbstaspekte – Eine Untersuchung chronisch akustisch halluzinierender schizophrener Patienten und Patientinnen mit dem Repertory Grid Test“ selbst verfasste ohne die unzulässige Hilfe Dritter. Ich benutzte keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel. Ich habe auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt.

Berlin, den

.....

Danksagung

Ich bedanke mich bei Herrn Dr. Brücher für die Überlassung des Themas und die Betreuung der Arbeit. Weiterhin gilt mein Dank den betreuenden MitarbeiterInnen der Charite, Frau Dr. von Haebler und Prof. Dr. Heinz sowie auch Frau Dr. Hauth, Chefärztin des St. Joseph Krankenhaus.

Bei der Bearbeitung statistischer und graphischer Fragen half mir sehr umsichtig Werner Krämer.

Viele FreundInnen und KollegInnen interessierten sich auf eine sehr hilfreiche Art und Weise. Anregungen und Kritik erhielt ich von Ihnen sowie auch von den Mitgliedern des Netzwerk Stimmenhören.

Mein ganz besonderer Dank gilt den Interviewten, die mir Eindrücke in eine ungewöhnliche Wahrnehmung ermöglichten.