

Vortrag zum Weltstimmenhörtag am 10. September 2010 in Linz – ca. 30 – 45 Minuten Zeit für den Vortrag. – Plus 15 Minuten Pause – durch Joachim Schnackenberg, efc Institut

Lassen sie mich kurz vorstellen – mein Name ist Joachim Schnackenberg. Ich arbeite seit ca. 10 Jahren auf psychosoziale Weise – speziell nach dem Ansatz des Stimmenhörens verstehens – seit ca. 3 Jahren biete ich mit meinen Kollegen Suzanne und Senait Fortbildungen an – und seit einem Jahr forsche ich auch ein wenig zu diesem Thema.

### **Thema: „Stimmenhören und Trauma“**

Stimmenhören in bestimmter Form wird in der Psychiatrie insbesondere seit Kurt Schneider oft synonym mit einem Kernsymptom der Schizophrenie gleichgesetzt. Die Schizophrenie wird aber nicht erst seit Kurt Schneider als eine Störung definiert, deren Symptome letztlich nicht aus dem Lebenszusammenhang der Person verstehbar werden. Von daher ist die Schizophrenie gerade seit Mitte des letzten Jahrhunderts vor allen Dingen als eine letztlich körperliche Erkrankung definiert und mit der Dominanz der biologischen Psychiatrie auch so behandelt worden.

Mit diesem vorherrschenden Verständnis gibt es einige Probleme. Zum einen ist es bis heute eine Hypothese geblieben, die detaillierter wissenschaftlicher Überprüfung als ein gültiges Konzept leider nicht standgehalten hat. Prof Bentall, Prof Dirk van Blom, und Prof Boyle insbesondere haben das in ihren Büchern sehr gut nachweisen können und die gegenwärtige wissenschaftliche Diskussion erkennt dieses Problem an und sucht bereits nach neuen Konzepten und Grundlagen um Erfahrungen wie das Stimmenhören genauer einordnen zu können. *(siehe auch genetische Studie von Sanders et al 2008, mit 1870 Fällen und den bisher bekannten 14 Genen fand keine Verbindung mit der Schizophrenie)*

Nun macht es vielleicht weniger aus, dass ein wissenschaftliches Konzept nicht wirklich wissenschaftlich fundiert ist, wenn es denn trotzdem in der Praxis gute Ergebnisse produziert. Wenn die gegenwärtig dominante biologische Sichtweise aber gute Ergebnisse produzierte, dann würde hier heute wohl weniger ein solches Interesse an alternativen Sichtweisen herrschen. Die Erfolgsraten der Medikamente sind mit 20 – 30 % guten Ergebnissen aber nicht gerade ermutigend und im Zeitalter der neuroleptischen Dominanz scheinbar zunehmend schlechter (Hegarty et al 1994). Dazu kommen die immer neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse, die zunehmend auch Themen wie ein gesteigertes Mortalitätsrisiko (Aderhold et al 2007) und Gehirngewebeverlust (Dreifuss 2008) diskutieren und nachweisen. Zusätzlich zu den bereits bekannten möglichen Nebenwirkungen, wie etwa der tardiven Dyskinesie, der Akathisie, oder auch dem Absterben der weißen Blutzellen bei etwa Clozaril, sind dies natürlich nicht gerade erfreuliche Nachrichten.

Das wichtigste an diesem Konzept ist aber, dass viele betroffene Menschen berichten, dass ein solches biologisches Konzept ihnen nicht geholfen hat voranzukommen mit ihrem Leben, und an Stelle dessen ein chronifiziertes Leben gefördert hat (Coleman, 1999).

Eben diese betroffene Menschen sagen uns auch, dass wir als Fachleute oft ihre Lebensgeschichte nicht hören wollten, und an Symptomen wie Stimmenhören nur interessiert waren und sind, um damit eine Diagnose zu erstellen, und Medikamente daraufhin zu verabreichen, und sie bestenfalls noch darüber aufklären, dass es sich um eine unheilbare Sache handelt. Das die Schizophrenie aber, selbst wenn sie auf guter wissenschaftlicher Basis gegründet wäre, nicht unheilbar ist, wissen wir eigentlich schon sehr lange (Warner 2004; Hegarty et al 1994). Recovery, also eine Art

Wiedergewinnung des eigenen Lebens, ist immer schon möglich gewesen. Das haben Heinz Katschnig und Michaela Amering hier aus Wien sehr gut in ihren Büchern herausgestellt.

Das eigentliche Problem mit der obigen biologischen Definition ist aber, dass dabei die Anerkennung der Wichtigkeit der Lebensgeschichte der Person regelmäßig auf der Strecke bleibt. Das ist ja auch kein Wunder, wenn wir Stimmenhören und die Schizophrenie traditionell eben als ein letztlich biologisch verursachtes Phänomen begreifen. Dann gibt es da auch nicht mehr zu verstehen, oder im Leben der Person nachzuforschen.

Auch das wäre wieder kein Problem, wenn nicht so viele Betroffene uns erzählen würden, dass sie aber eine schwierige Geschichte hinter sich haben, die für viele von ihnen noch nicht gelöst ist. Oft sind schwierige und traumatische Erlebnisse im Leben der Betroffenen vorhanden. Das erzählen uns Betroffene schon seit langer Zeit. Wir wollten es nur lange nicht hören. Die Gründe dafür, dass wir es nicht hören wollen sind sicherlich vielfältig und habe nicht nur etwas mit einem wenig hilfreichen biologischen Konzept zu tun, sondern auch unter anderem mit unserem eigenen, aber auch gesellschaftlichen Umgang mit schwierigen Erlebnissen und mit Trauma.

In den letzten Jahren hat sich was das Verständnis über den Einfluss von Traumata auf Symptome angeht viel getan.

Psychologische und Traumamodelle über das Stimmenhören, über die Psychose und die Schizophrenie hat es seit Beginn der Psychiatrie, z.B. durch Jung, gegeben (Silver et al, 2004; Middleton et al, 2009, in Moskowitz et al) sind aber nie wirklich im wissenschaftlichen Diskurs akzeptiert worden (Herman, 1993). Solche Erklärungsmodelle standen einem neuropathologischen Ursachenmodell für psychiatrische Störungen natürlich direkt gegenüber (Witztum & van der Hart, 2009, in Moskowitz et al). Trauma als eine ernsthafte und weit anerkannte Komponente im wissenschaftlichen Diskurs kam erst wieder richtig zum Vorschein mit der Einführung der PTBS, im Jahr 1980 (Moskowitz et al, 2009, in Moskowitz et al). Allerdings galt Trauma lange Zeit nur in den nicht psychotischen Störungsbildern als potential relevant. Das hat sich aber in den letzten 5 – 10 Jahren zunehmend geändert (Read et al, 2005).

Im folgenden möchte ich einen kurzen Überblick über beispielhafte relevante Forschungsergebnisse geben, um dann auf mögliche Wege der Gesundung einzugehen, speziell dabei auf den von Prof. Dr. Romme & Dr. Escher entwickelten Umgang zum „Stimmenhören verstehen“.

Anda et al (2006) führten eine epidemiologische – also eine Bevölkerungs- Studie in San Diego, in den USA, durch, um die Auswirkungen von schwierigen Kindheitserlebnissen auf die Neurobiologie zu untersuchen. Es nahmen 17337 und 18175 Erwachsene an den 2 Untersuchungen in den Jahren 95 bis 97 teil. Die Fragebögen fragten speziell nach Missbrauch, nach dem Erleben häuslicher Gewalt und nach ernsthaften Schwierigkeiten im Haus während der Kindheit. Sie stellten fest, dass solche Kindheitserfahrungen zu wenig berichtet werden, und oft geheim verlaufen. Außerdem stellten sie fest, dass man von einer Dosis-Reaktion Beziehung sprechen kann. D.h. je mehr dieser schwierigen Erfahrungen erlebt worden, desto höher die Chance, dass affektive, somatische, substanzmissbrauchende, gedächtnisbezogene, sexuelle, und aggressionsbezogene Probleme auftraten. Als Beispiel (Tabelle 2), zeigte sich, dass Personen mit mindestens 4 schwierigen Erlebnissen, eine 2.7 Prozent höhere Chance hatten Halluzinationen zu erleben. 2160 von 17 737 befragten Menschen hatten aber mindestens 4 oder mehr schwierige Kindheitserfahrungen berichtet. Nur 6255 Befragte berichteten von keinen solchen Erfahrungen. Die Autoren stellen fest,

dass dieses Ergebnis Parallelen aufzeigt zu dem erhöhten Stress, dem sich das entwickelnde Gehirn ausgesetzt sieht, und dass dies auch zu vielfältigen Verschlechterungen in Gehirnstrukturen und Funktionen führen kann. Bei Frauen, die sexuell missbraucht worden, sind z.B. Reduzierungen im Hippocampus und Amygdalavolumen (gehört zum limbischen System und ist wichtig in der Regulierung von Emotionen und in der Gedächtnisbildung) festgestellt worden, oder auch Defizite im verbalen Gedächtnis.

Wir können also feststellen, dass schwierige Kindheitserfahrungen viel weiter verbreitet sind, als wir gemeinhin uns eingestehen wollen, und dass je mehr solcher schwierigeren Erfahrungen auftreten, desto höher die Chance, dass psychiatrische, und speziell auch halluzinatorische Erfahrungen im Erwachsenenalter auftreten.

Wie verlässlich sind solche Berichte von Kindheitstraumata, gerade auch bei Menschen mit psychotischen Erfahrungen? Auch da gibt es bereits Studien zu und Fisher et al (2009) stellten fest, dass Missbrauchsberichte bei Menschen mit psychotischen Problemen genauso verlässlich seien, wie bei Menschen aus der Allgemeinbevölkerung.

Zunächst einmal schlagen Ponizovsky et al (2007) vor, dass eine Verbindung zwischen schwierigen Kindheitserfahrungen und Bindungsschwierigkeiten im Erwachsenenalter besteht, und dass Bindungsschwierigkeiten mit positiven und negativen Symptomen und der Länge der Hospitalisierung verbunden sind.

Bebbington et al (2004) in ihrer Interviewgeführten randomisierten Britischen Nationalen Umfrage zu Psychiatrischen Krankheiten (n=8580 im Jahr 2000), stellen fest, dass die Chance (Odds ratio) der Entwicklung einer Psychose bei erlebtem sexuellem Missbrauch, um 15.5 Mal höher ist, im Vergleich zu einer 6.9 Mal höheren Chance bei neurotischen Störungen, und einer 2.4 Mal höheren bei Alkoholabhängigkeit. Wenn dies vor dem 16ten Lebensjahr passiert ist, dann liegt die Wahrscheinlichkeit um 2.5 Mal höher psychotische Gedanken zu entwickeln, 9.3 Mal höher Halluzinationen zu entwickeln, und 7.3 Mal höher, eine Psychose zu entwickeln, bei der fachliche Hilfe aufgesucht wird.

Janssen et al (2004) (*Studie zwischen 1996 – 1999 in Holland mit 4045 = N aus der Allgemeinbevölkerung*) bestätigen diese Ergebnisse, indem sie feststellen, dass leichte Formen des Missbrauches zu einer 2 Mal größeren Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von Psychose führen, moderate Formen des Missbrauches zu einer 10.6 Mal höheren Wahrscheinlichkeit, und schwere Formen des Missbrauches zu einer 48.4 Mal höheren Wahrscheinlichkeit führen.

Shevlin et al (2006, 2007, 2008) (*Amerikanische Komorbiditätsstudie von 1990 – 1992 mit 5877 der Allgemeinbevölkerung*) stellten eine Korrelation zwischen Anzahl der erlebten Traumata und der gesteigerten Wahrscheinlichkeit des Erlebens von akustischen, visuellen und taktilen Halluzinationen fest, mit einer Dosis-Reaktion Beziehung. Sie stellten außerdem fest, dass Vergewaltigung und sexuelle Belästigung statistisch signifikant mit akustischen Halluzinationen, Vernachlässigung mit visuellen Halluzinationen und körperlicher Missbrauch mit taktilen Halluzinationen verbunden waren. Whitfield et al (2007) (*von der ACEs Studie mit 17337 aus den 90er Jahren in San Diego – repräsentativ*) stellten außerdem fest, dass bei 7 erlebten schwierigen Kindheitserfahrungen, die Chance, dass von Halluzinationen berichtet wurde, um das fünffache anstieg.

Read et al (2005) insbesondere haben in den letzten Jahren sich viel mit einer möglichen Verbindung zwischen Trauma oder Kindheitstraumata und psychotischen Erfahrungen auseinandergesetzt. Unter weiblichen stationär aufgenommenen Psychatriepatienten fanden sie in 44 Studien einen Durchschnittswert von 47,7 % hatten sexuellen Missbrauch erlebt. Im Vergleich dazu stehen 5 % in der Allgemeinbevölkerung. Bei Männern stieg Anzahl auf 57 % wenn sexueller und körperlicher Missbrauch dazu kam. Wenn emotionaler Missbrauch als Kindheitstrauma mitgezählt wurde, stieg die Zahl auf 85 % der Männer, und bei Frauen auf 100 %.

Durch ihre Literaturrecherche zum Thema schlagen sie verschiedene psychologische Modelle vor um diese Verbindung zu erklären. Zum Einen Halluzinationen als dekontextualisierte Traumaflashbacks, dann Dissoziation, Wahn als fehlerhafte Versuche Halluzinationen zu erklären, ein traumagenes Modell, und Trauma als Risikofaktor für die Psychose.

Welches Modell man auch immer nehmen will, die zentrale Botschaft, um die es geht, ist, dass es betroffenen Menschen wesentlich helfen kann, wenn man ihnen hilft Verbindungen zwischen gegenwärtigen Erlebnissen, wie etwa den Stimmen, und vergangenem Trauma oder Erlebnissen, herzustellen. Zu sehen, dass die Erfahrung des Stimmenhörens nicht willkürlich und Zeichen einer chronischen, biologischen Erkrankung ist, kann sehr befreiend sein, und natürlich auch andere auftretende psychopathologische Symptome reduzieren (Morrison et al, 2005; Whitfield et al, 2005).

Bevor wir jetzt aber Stimmenhören gleichsetzen mit Trauma und mit einem automatischen psychologische Problem, ist es noch einmal gut, auf epidemiologische Untersuchungen, z.B. von Tien et al (1991) oder auch der niederländischen NEMESSIS Studie (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study – psychiatric morbidity amongst adults*) (Bijl et al, 1998) zurückzukommen, die nämlich feststellen, dass Stimmenhören zwar existieren kann in der Allgemeinbevölkerung, aber nicht automatisch zum Problem wird, und dass die große Mehrzahl der Stimmenhörerinnen nicht unter ihren Stimmen leiden und psychiatrische Hilfe aufsuchen. Die Zahlen, die dabei aus verschiedenen Studien genannt werden schwanken zwischen 2 – ca. 10 % der Allgemeinbevölkerung, die neu die Erfahrung des Stimmenhörens machen. Wenn man alle gegenwärtig veröffentlichten Studien zu psychotischen Erfahrungen in der Allgemeinbevölkerung zusammenzieht – so wie das das Forschungsteam um Prof. Jim van Os, auch aus Maastricht, Niederlande getan hat (van Os et al 2009), dann kann man gegenwärtig von einer Prävalenzrate von einer durchschnittlichen Prävalenzrate von 5 % und einer durchschnittlichen Inzidenzrate von 3 % klinisch nicht relevanter aber doch psychotischer Erfahrungen, ausgehen. Klinisch nicht relevant heißt dabei nicht so sehr, dass sie irgendwie von der Natur her anders wären, sondern, dass die Person mit diesen Erfahrungen es einfach nicht für nötig gesehen hat, Hilfe von psychiatrischen Diensten dafür aufzusuchen. Ob solche Erfahrungen zum klinischen Problem werden, hat dabei insbesondere mit Risikofaktoren in der Umgebung der Person zu tun, wie z.B. Trauma, Cannabis oder in der Stadt wohnen.

In unserer Gesellschaft existieren ja viele alternative Erklärungsformen für das Stimmenhören, denken wir z.B. an die weit verbreitete esoterische Sichtweise, und dem Verständnis, dass Stimmen Geister darstellen können. Es gibt viele Menschen, die glauben, dass sie mit Geistern kommunizieren können und kein Problem mit ihren Stimmen haben.

Stimmenhören an sich ist also kein Symptom einer Krankheit, sondern eine menschliche Variation, genauso wie Linkshändigkeit, Lese- und Rechtschreibschwäche, oder auch Homosexualität, oder Sehschwäche.

Was also macht den Unterschied aus zwischen Patient und Nicht-Patient?

Da wo Stimmen hören im Bereich des „Normalen“ wahrgenommen wird, da haben Stimmen eine problemlösende Funktion, einen Bezug zu dahinterliegenden Problemen, und die Stimmen werden überwiegend als positiv erlebt und stellen somit keine Belastung dar und lösen keine Angst aus.

Krank – im Sinne von nicht mehr funktionsfähig – kann man mit den Stimmen aber trotzdem werden, wenn die Stimmen keine problemlösende Funktion mehr haben, die Beziehung zu dahinterliegenden Problemen aus dem Blick geraten ist, die Stimmen Angst auslösen, und man sich von ihnen bedroht fühlt, und man von ihnen im täglichen Leben gestört wird.

Aus dieser Sicht sind Symptome nicht die Folge einer zentralen Funktionsstörung, sondern ein mögliches Störungsbild setzt sich vielmehr zusammen aus der primären Reaktion des Stimmenhörens und der sekundären Reaktion, also den Schwierigkeiten sich mit den Stimmen und Problemen auseinanderzusetzen (Romme 2010, sowie auch 2008). Stimmenhören wird somit zu einer Reaktion auf Lebensereignisse – auch wenn diese Verbindung am Anfang nicht immer so deutlich ist. Aus der Post-traumatischen Belastungsstörung, oder auch aus den DIS (Dissociative ID) ist dies sicherlich auch schon bekannt und Stimmen werden eher versucht zu integrieren. Der Unterschied bei Menschen, die mit einer Schizophreniediagnose bedacht werden, scheint von daher vielmehr der Mangel an hergestellter Lebensverbindung zu sein.

Warum haben manche Leute aber mehr Schwierigkeiten mit ihren Stimmen als andere? Auch dazu wird derzeit eifrig geforscht, insbesondere durch Leute wie van Os et al (2009). Die ersten Ergebnisse die dazu vorliegen weisen darauf hin, dass eine negative Einordnung der Erfahrung als auch damit assoziierter Erfahrungen, eben zu größerem Leiden führen, und somit auch möglicherweise zu den psychiatrischen Hilfediensten. Ein anderer Faktor ist auch, wie weit die Person schon vorher in ihrer Entwicklung war (van Os, 2009) und eine größere innere Resilienz und eine positivere Einstellung zu diesen Erfahrungen (Harrow & Jobe, 2007).

Was nützen nun all diese Forschungsergebnisse?

Romme und Escher hatten durch ihre Forschungen in den 80ern und 90ern bereits einen großen Teil der Ergebnisse dieser neueren Forschungen herausgefunden, und einen konkreten Ansatz für die individuelle aber auch Gruppenarbeit entwickelt. Sie waren auch einige der ersten, die eine solche klare Verbindung zwischen Traumaerlebnissen und Stimmenhören feststellten, indem ca. 70 % der Befragten Stimmenhörerinnen (Patienten und Nicht-Patienten) eine solche Verbindung herstellten. Viele Menschen haben es geschafft, mithilfe dieses Ansatzes ihre Medikamente abzusetzen und mit ihrem Leben voranzukommen, wieder Fuss zu fassen, zu arbeiten, Familie zu haben, und ähnliches. Dieses ist nicht der einzige Ansatz, der sich entwickelt hat, es gibt ja z.B. auch den offenen Dialog der Bedürfnisangepassten Behandlung aus Skandinavien, oder auch das Soteriabehandlungsmodell – beide weisen gute auch neuroleptikafreie Behandlungserfolge auf, zum Teil bei bis zu 40 % der Menschen. Aber selbst ohne solch ausgefeilten Behandlungsprogramme ist es immer wieder möglich für Menschen auch ohne Neuroleptika zu recovern (*Aderhold 2010; sowie die Recoverystudien, z.B. Harding et al (1987) und die Vermontstudie*).

Was an diesem Ansatz vielleicht mehr als bei anderen anders ist, dass er im Wesentlichen von Stimmenhörerinnen entwickelt und geleitet wurde. Wir haben uns in diesem Ansatz – wie es sich für gute Recoveryarbeit gehört – insbesondere die Einsichten der Leute zugute genommen, die es

geschafft haben, positiv voranzuschreiten und immer mehr die Kontrolle über ihr Leben zurückgewonnen haben. Außerdem ist es ein Ansatz der relativ einfach, auch individuell anwendbar ist, ohne langjährige Ausbildung zum Experten, oder auch ohne ein großes Team.

In diesem Ansatz geht es darum, die Kontinuität zwischen Lebensgeschichte und dem Stimmenhören wiederherzustellen und möglicherweise daraus erkannte Probleme anzugehen. Das ist an sich nicht kompliziert, kann aber durch die Angst der Fachleute, der Stimmenhörerinnen und auch der Angehörigen kompliziert gemacht werden. Deshalb haben sie den Maastrichter Fragebogen, den Maastrichter Stimmenbericht als auch das Maastrichter Stimmenkonstrukt entwickelt, um bei dieser Entschlüsselungsarbeit zu helfen. Dabei arbeitet dieser Ansatz immer mit der jeweiligen Erklärungs- und Erfahrungswelt der Stimmenhörerinnen und lässt sich von den Stimmenhörerinnen als Experten in eigener Sache in der Arbeit leiten.

Wie dies genau aussehen kann, möchte ich noch ganz kurz anhand eines Beispiels aus eigener Praxis darstellen – Richterbeispiel –

Dieses Beispiel zeigt deutlich, dass Stimmen auch oft eine positive Funktion einnehmen können – in meiner Erfahrung würde ich sogar sagen – eigentlich immer – weil sie letztlich Hinweis sind auf Dinge im Leben der Person, die angegangen werden müssen.

Um einen detaillierten Eindruck zu dieser Arbeit zu bekommen, gibt es im deutschsprachigen Raum Fortbildungen, die unter anderen durch das Netzwerk Stimmenhören und durch das efc Institut angeboten werden.

Beim efc Institut kann man sich z.B. in drei Teilen zum erfahrungsfokussierten Berater ausbilden lassen. Ausdrücklich sind bei diesen Fortbildungen auch Stimmenhörerinnen erwünscht und bei Teil I auch Angehörige, damit wir voneinander als Experten in eigener Sache lernen können.

Ein abschließendes Wort zum Thema Trauma – es geht bei dem Thema Trauma nicht um Beschuldigungen oder Schuldzuweisungen, sondern um eine möglichst angstfreie Auseinandersetzung mit den Erfahrungen im Leben der Person, die ihr nach wie vor Schwierigkeiten bereiten. Das sollte immer ohne Beschuldigungen stattfinden, denn – Verstehen bringt uns weiter und befreit – Beschuldigen macht Angst und engt ein. Wenn ich in meiner Kindheit ein Erlebnis mit meinen Eltern oder anderen Person als Trauma einstuft, dann heißt es noch lange nicht, dass meine Eltern oder die anderen Personen mir auch bewusst dieses Erlebnis so gewollt als Trauma zugefügt haben, und deshalb Schuld sind an meinem derzeitigen Leiden. Es soll deshalb also in erster Linie darum gehen, dass ich mit meinen Eltern oder anderen Personen lerne einen offenen Dialog über meine Schwierigkeiten mit diesem Erlebten hinzubekommen, somit das Leid anerkenne, akzeptieren lerne und damit auch vorankomme in meinem Leben.

Zum Abschluss, möchte ich kurz ein Zitat einer Stimmenhörerin nennen, welches vielen Leuten besonders hilfreich geworden ist in ihrem Leben: and all shall be well, and all shall be well, and all manner of things shall be well.

Das heißt nicht, dass es keine Probleme gibt, sondern, dass es jenseits der uns überwältigenden Probleme doch immer weitergehen kann.

Und – wenn Sie nur eines aus diesem Vortrag mitnehmen, dann dieser Satz –frei nach dem Lebensmotto Frère Rogers von Taizé: immer versuchen alles vom anderen zu verstehen, an Stelle

selbst verstanden werden zu wollen.“ Wenn dieser Satz im Umgang gerade mit Menschen, die sich nicht verstanden fühlen beherzigt werden kann, dann ist viel gewonnen. Die Angst wird überwunden und dem Vertrauen langsam wieder Raum geschaffen.

Vielen Dank

Joachim Schnackenberg ist studierter englischer Fachpfleger für Psychiatrie, sowie studierter dt. Sozialpädagoge/Sozialarbeiter. Er arbeitet derzeit in der ambulanten Psychiatrie in London. Seine Erfahrungen mit Stimmenhörerinnen hat er durch seine therapeutisch/beraterische/begleitende Arbeit in der Akut- als auch Gemeindepsychiatrie gesammelt.

Er forscht außerdem zum Thema Stimmenhören als Doktorand an der University of the West of Scotland.

Gemeinsam mit Senait Debesay, Diplom-Heilpädagogin, und Suzanne Engelen, studierte Sozialarbeiterin und Recoveryexpertin und Stimmenhörerin, bietet er regelmäßig Fortbildungen zu diesem Thema an.

Für weitere Informationen: [www.efc-institut.de](http://www.efc-institut.de)