

**Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören
in der psychiatrischen Pflege – Systematische
Literaturübersicht und Pilotstudie zur Wirksamkeit
der Erfahrungsfokussierten Beratung (EFC)**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des
Doktorgrades der Pflegewissenschaft (Dr. rer. cur.)
an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der
Vinzenz-Pallotti University, Vallendar (D)**

Vorgelegt von:
Christian Burr Furrer

Erstgutachter:
Uni. Prof. Dr. Frank Weidner
Zweitgutachter:
Dr. rer medic. André Nienaber

Vorgelegt im September 2022

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
Zusammenfassung.....	IX
1 Vorwort.....	1
2 Einleitung – der theoretische Hintergrund	3
2.1 Stimmenhören	3
2.1.1 Stimmenhören aus einer geschichtlichen Perspektive.....	3
2.1.2 Stimmenhören als Symptom einer psychischen Erkrankung	4
2.1.3 Stimmenhören in der Allgemeinbevölkerung	6
2.1.4 Ursachen und Erklärungen	7
2.1.5 Erleben und Erfahrungen zum Stimmenhören.....	20
2.1.6 Die Stimmenhörbewegung.....	23
2.2 Konzeptualisierung von Genesung – symptomfokussierte und personenorientierte Ansätze	32
2.2.1 Clinical Recovery – der symptomfokussierte oder medizinische Ansatz ..	32
2.2.2 Personal Recovery - der personenfokussierte und prozess-orientierte Ansatz.....	34
2.2.3 Funktionelle oder soziale Konzeptionen der Genesung.....	44
2.2.4 Verbindungen und Abgrenzungen der verschiedenen Genesungsmodelle kritisch betrachtet.....	47
2.3 Aktuelle Situation der Unterstützung und Behandlung von Menschen die Stimmenhören.....	49
2.3.1 Pflege und Pflegerische Interventionen	49
2.3.2 Medikamentöse Therapie	69
2.3.3 Andere medizinische Therapieformen und Interventionen.....	70
2.3.4 Psychologische Interventionen	70
2.4 Implikationen und Fokusse für die vorliegende Arbeit	71
2.5 Forschungsfragen und Ziele	71
3 Gesprächsbasierte Interventionen bei Stimmenhören – ein Scoping-Review..	73
3.1 Hintergrund	73
3.1.1 Aktueller Stand in der Literatur zu Interventionen allgemein.....	73
3.1.2 Literatur zu gesprächsbasierten Ansätzen bei Stimmenhören.....	76
3.2 Ziele und Forschungsfragen	76
3.3 Methode.....	77
3.3.1 Suchstrategie.....	78
3.3.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	80
3.3.3 Studienauswahl	82
3.3.4 Datenextraktion.....	83

3.4	Ergebnisse	85
3.4.1	Studienselektion	85
3.4.2	Beschreibung der Messinstrumente	86
3.4.3	Analyse der gefundenen Studien.....	88
3.4.4	Synthese der Ergebnisse.....	92
3.4.5	Zusammenfassende Darstellung relevanter Ergebnisse	110
3.5	Diskussion	112
3.5.1	Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse.....	112
3.5.2	Ergebnisse im Kontext schon bestehender Übersichtsarbeiten.....	113
3.5.3	Berücksichtigung subjektiver Sichtweisen und des sozialen Umfeldes ..	114
3.5.4	Normalisierung der Stimmenhörerfahrung.....	116
3.5.5	Involvierte Berufsgruppen und Professionen	117
3.5.6	Pluralität von Ansätzen und Interventionen	120
3.5.7	Wirksamkeit der Interventionen	121
3.5.8	Stärken und Schwächen des Reviews.....	123
3.6	Schlussfolgerung und Implikationen für die Praxis und die weitere Forschungsarbeit	125
4	Pilotstudie zur Erfahrungsfokussierten Beratung (EFC) durch Pflegefachpersonen bei Menschen die Stimmen hören	127
4.1	Einleitung	127
4.1.1	Stimmenhören als Symptom oder normale Wahrnehmung	127
4.1.2	Klinisches und persönliches Verständnis von Recovery.....	128
4.1.3	Erfahrungsfokussierte Beratung bei Stimmenhören	129
4.1.4	Pflege als Berufsgruppe zur Durchführung von EFC-Beratung	130
4.1.5	Konzepte zur Überprüfung der Wirksamkeit von EFC-Beratung.....	131
4.1.6	Diskurs relevanter Aspekte der Interventionsforschung.....	137
4.1.7	Aktueller Forschungsstand zu EFC-Beratung.....	140
4.2	Zielsetzung und Fragestellungen	142
4.3	Methode	143
4.3.1	Design	143
4.3.2	Stichprobe.....	144
4.3.3	Setting	146
4.3.4	Randomisierung und Zuteilung.....	146
4.3.5	Rekrutierung	147
4.3.6	Intervention	147
4.3.7	Evaluation der Studie.....	154
4.3.8	Hypothesen und statistische Verfahren	161
4.3.9	Ablauf der Studie	162
4.3.10	Ethische Überlegungen	164
4.3.11	Kosten und Finanzierung.....	167
4.3.12	Zeitplanung, Meilensteine.....	167

4.4	Ergebnisse	167
4.4.1	Evaluation der Durchführung der Pilotstudie.....	168
4.4.2	Die EFC-Beratenden	175
4.4.3	Die Intervention – Durchgeführte EFC-Beratungen	175
4.4.4	Supervision und Behandlungsintegrität der EFC-Beratenden.....	176
4.4.5	Qualität der Assessoren	176
4.4.6	Beschreibung der Stichprobe.....	177
4.4.7	Ergebnisse über die drei Messzeitpunkte	181
4.5	Diskussion EFC-Studie	185
4.5.1	Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse	185
4.5.2	Beantwortung der Fragestellungen bezüglich Umsetzung der Studie	186
4.5.3	Einordnung der Ergebnisse bezüglich Wirksamkeit.....	192
4.5.4	RCT-Studiendesign zwischen interner und externer Validität.....	199
4.5.5	Alternative Designs für die zukünftige Forschung.....	204
4.5.6	Empfehlungen für den weiteren Forschungsprozess.....	206
4.5.7	Empfehlungen für die Praxis.....	208
5	Schlussteil	209
5.1	Diskussion des gesamten Forschungsprozesses.....	210
5.2	Der Beitrag zur Professionalisierung der Pflege	213
5.3	Reflexion der Position der involvierten Forschenden.....	217
5.3.1	Beschreibung der involvierten Hauptforschenden	218
5.3.2	Reflexion des Forschungsprozesses aufgrund der Position der Forschenden.....	221
5.3.3	Schlussbetrachtung der Reflexion der Position der involvierten Forschenden.....	223
6	Literatur.....	224
7	Anhang.....	XIV

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Akzeptanz- und Commitment-Therapie
AE	Adverse Event
AT	Auditive Taxierung
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AVATAR	Audio-Visual Assisted Therapy aid for Refractory auditory hallucinations
BPRS(-E)	Brief Psychiatric Rating Scale (-Expanded Version)
CAT	Cognitive Adaptation Training
CFI	Coping-fokussierte Intervention
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
CPÄD	Chlorpromazin-Äquivalenzdosis
CSE	Coping Strategy Enhancement
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EbN	Evidence based Nursing
EFC	Experienced Focused Counselling
EKT	Elektrokrampf-Therapie
EMA	Ecological Momentary Assessment
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EMI	Ecological Momentary Interventions
ES	Effekt Stärke
EE	Expressed Emotions
EX-IN	Experience Involvement
GA	Goal Attainment
GWAS	Genom Wide Association Studies
GxE	Gene and Environment Interaction
HVM	Hearing Voices Movement
ICD	International Classification of Diseases
ICN	International Council of Nurses
IG	Interventionsgruppe
iMPV	Individual Mindfulness Program for Voices
IMR	Illness Management Recovery Programm
IOM	Individualized Outcome Measurement
KT	Kontrollgruppe
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
KVTp	Psychose spezifische kognitive Verhaltenstherapie
MA	Meta-Analyse
MBCT	Mindfulness Based Cognitive Therapy
MBSR	Mindfulness Based Stress Reduction
MKT	Metakognitives Training
MRT	Magnet-Resonanz-Tomographie
MsV	Making Sense of Voices

NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OR	Odds Ratio
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PCC	Population - Concept - Context
PE	Prolongierte Expositionstherapie
PET	Positronen-Emissions-Tomografie
PES-Format	Problem, Ätiologie (engl.: etiology), Symptome Format
PIA	Psychiatrischen Institutionsambulanz
PLE	Psychotic-Like-Experiences
PoC	People of Colour
POP	Praxis Orientierte Pflegediagnosetik
PPO	Personalized Primary Outcome
PRECIS	Pagmatic Explanatory Continuum Indicator Summary
PREM	Patient Reported Experience Measures
PROM	Patient Reported Outcome Measures
PSYRATS	The Psychotic Symptom Rating Scales
PTBS	Posttraumatischen Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
RCT	Randomised Controlled Trial
SAE	Severe Adverse Event
SANS	Scale for Negative Symptoms
SAPS	Scale for Positive Symptoms
SFS	Social Functioning Scale
SN	Study-Nurse
SNAT	Schweizerische Akademie der Naturwissenschaften
SNP	Single Nucleotide Polymorphism
SR	Systematic Review
TAU	Treatment as Usual (Übliche Behandlung)
tMS	transkranielle Magnetstimulation
TN	Studienteilnehmer*in
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste
UK	United Kingdom
VRE	Virtual-Reality Expositionstherapie
VT	Visuelle Taxierung
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stages of Recovery nach Andresen et al., 2003	38
Abbildung 2: Beispiel Sicherheitsplan aus dem Gezeitenmodell	58
Abbildung 3: Hermeneutischer Zirkel - Verfeinerung der Pflegediagnose nach Schrems (Schnackenberg & Burr, 2017, S. 50).....	62
Abbildung 4: Flussdiagramm zum Studienauswahlprozess	85
Abbildung 5: Flussdiagramm von der Studieninformation bis zur Analyse	171
Abbildung 6: Einschätzung Protokoll EFC-Studie anhand PRECIS-Tool	201

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Intervention zum Umgang mit den Stimmen.....	68
Tabelle 2: Von den Schlüsselwörtern und -konzepten zu den Suchbegriffen.....	79
Tabelle 3: Publikationsjahr der eingeschlossenen Studien	89
Tabelle 4: Durchführungsort der eingeschlossenen Studien	89
Tabelle 5: Fokus sowie Name der Interventionen der eingeschlossenen Studien.....	90
Tabelle 6: Design der eingeschlossenen Studien.....	91
Tabelle 7: Verwendete Messinstrumente der eingeschlossenen quantitativen Studien ...	92
Tabelle 8: Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Stichprobe.....	145
Tabelle 9: Ergebnisvariablen, Messinstrumente und Messzeitpunkte	158
Tabelle 10: Ablaufplan der Studie vom 2019 bis 2022	167
Tabelle 11: Übersicht Kostenaufstellung EFC-Studie für Finanzierungsgesuche.....	173
Tabelle 12: Beschreibung der EFC-Beratenden (Interventionisten)	174
Tabelle 13: Übersicht Anzahl an und Zeit für EFC-Beratungen.....	175
Tabelle 14: Übersicht Supervision für EFC-Interventionen.....	176
Tabelle 15: Interrater-Reliabilität PSYRATS.....	177
Tabelle 16: Interrater-Reliabilität BPRS-E	178
Tabelle 17: Soziodemografische und gesund- und krankheitsbezogene Daten T0.....	179
Tabelle 18: Standardisierte Fragebögen T0	181
Tabelle 19: Deskriptive Auswertung der gesundheitsbezogener Daten T0 bis T2	183
Tabelle 20: MW-Differenzen PSYRATS und MHCL-C zwischen allen Messzeitpunkten	184
Tabelle 21: MW-Differenzen BPRS-E, QPR und SuSi zwischen t0 und t2.....	184
Tabelle 22: Qualitätskriterien zur Berichterstattung über qualitative Forschung nach COREQ	218

Zusammenfassung

Hintergrund: Stimmenhören gilt als eines der Hauptsymptome der Schizophrenie und wird in der psychiatrischen Diagnostik als eine abnorme Wahrnehmung bezeichnet, die nicht im Kontext von Lebensereignissen zu verstehen ist. In der Behandlung und Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören, stand bisher vor allem das Beseitigen der Symptomatik im Vordergrund oder falls diese bestehen bleibt, die Etablierung eines guten Umgangs mit den Symptomen. Neuere Erkenntnisse aus der Forschung sowie aus Erfahrungen und Forderungen aus der Recovery- und Stimmenhörbewegung weisen auf einen Zusammenhang mit einschneidenden, traumatischen Lebensereignissen hin. Zudem scheint Stimmenhören im Allgemeinen viel häufiger vorzukommen als bisher angenommen, auch ohne, dass die Stimmen als störend wahrgenommen werden. In der psychiatrischen Praxis besteht das Unterstützungs- und Behandlungsangebot oft nur aus Medikamenten. Empfohlen und zumindest teilweise auch angeboten wird spezifische kognitiver Verhaltenstherapie (KVT), wobei der Zugang dazu für viele Betroffene eingeschränkt ist und der Bezug zum alltäglichen Leben fehlt. Die Pflege als größte Berufsgruppe in der Psychiatrie und ihr klarer Fokus auf das alltägliche Leben der Personen könnte bei der Verbesserung der nichtmedikamentösen Unterstützung und Behandlung von Menschen mit Stimmenhören eine wichtige Rolle einnehmen. In einem ersten Teil dieser Arbeit wird im Rahmen eines Scoping-Reviews der Frage nachgegangen, welche gesprächsbasierten Ansätze und Interventionen aktuell in der Forschungsliteratur beschrieben werden und welche Rolle dabei die Pflege als Berufsgruppe spielt. Der zweite Teil beschreibt die Durchführung und Ergebnisse eine Pilot-Interventionsstudie zur EFC-Beratung durch Pflegefachpersonen für Menschen, die Stimmen hören.

1. Teil: Scoping-Review gesprächsbasierte Ansätze bei Stimmenhören

Hintergrund: Die positiven Auswirkungen sowohl der antipsychotischen Medikation als auch der kognitiven Verhaltenstherapie bei Psychosen (KVT-p), die als wichtigster gesprächsbasierter Ansatz für Menschen mit Stimmenhören darstellt, sind aus verschiedenen Gründen begrenzt geblieben. Gleichzeitig gab es einen Anstieg gesprächsbasierter individueller Ansätze, die jedoch nach wie vor weder sehr bekannt sind noch in der Praxis umgesetzt werden. Einige dieser Ansätze konzentrieren sich eher auf das Verständnis der Stimmen und den konstruktiven Umgang mit ihnen – ein Element, das von Stimmenhörern als potenziell hilfreich angesehen wird. Hindernisse für eine breitere Umsetzung liegen in der diagnostischen Sichtweise des Stimmenhörens und dem beruflichen Hintergrund potenzieller Interventionisten. Eine aktuelle Übersicht über alle

gesprächsbasierten Ansätze für Stimmenhören scheint wichtig für das Verständnis des Themas und die Entwicklung der Versorgung und Forschung für die Zukunft.

Methoden: Ziel dieser Studie ist eine aktuelle Übersichtsarbeit und Synthese zu geschäftsbasierten individuellen Ansätzen für Menschen zu erstellen, die Stimmen hören. Dafür wurde das Scoping-Review-Design gewählt. Dies, um möglichst alle Studien unabhängig der Methode und methodischen Qualität sowie neben Informationen zur Wirksamkeit noch weitere Aspekte wie die Inhalte zur Durchführung der konkreten Interventionen oder den beruflichen Hintergrund der Interventionisten einbeziehen zu können.

Ergebnisse: Neun verschiedene geschäftsbasierte Ansätze konnten identifiziert werden: Im Kontext von KVT waren es 1) KVT-p, 2) AVATAR-Therapie, 3) Relating-Therapie, 4) Akzeptanz- und Commitment-Therapie sowie 5) eine Smartphone-basierte Coping-fokussierte. Weiter waren es 6) Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) oder 7) prolongierte Expositions- und Virtual-Reality-Expositionstherapie im Zusammenhang mit Trauma-fokussierten Ansätzen sowie 8) eine Achtsamkeitsbasierte Einzelintervention und 9) der Making Sense of Voices (MsV) Ansatz resp. die Erfahrungsfokussierte Beratung (EFC), die gemeinsam mit Stimmenhörenden entwickelt wurde. Die verschiedenen Ansätze unterschieden sich stark in Bezug auf die Anzahl der Sitzungen, die angebotene Zeitdauer und die wissenschaftlichen Nachweise für die Wirksamkeit. Psycholog*innen stellten die Hauptberufsgruppe der Interventionisten dar. Bei der KVT-p und dem MsV/EFC-Ansatz waren auch Gesundheitsfachpersonen meist aus der Pflege an der Durchführung beteiligt. Die meisten Ansätze zeigten positive Ergebnisse bezüglich dem auf die Stimmen bezogenen Leidensdruck. In keinem Fall wurden allgemeine oder stimmbezogene Verschlechterungen festgestellt.

Schlussfolgerung: Es spricht einiges dafür, eine größere Heterogenität von Ansätzen für die Unterstützung von Menschen mit Stimmenhören in der Praxis umzusetzen. Eine größere Heterogenität stünde auch im Einklang mit den Empfehlungen für Recovery orientierte Dienstleistungen und den Forderungen von Stimmenhörenden. Diese Heterogenität könnte mit einer stärkeren Betonung auf eine ganzheitliche Umsetzung in den Organisationen und damit der Einbezug von Gesundheitsfachpersonen u.a. aus der Pflege mit einem starken Bezug auf die Umsetzung der Ansätze im Alltag der Personen gefördert werden. Und die Kluft zwischen den aktuellen Erkenntnissen der Forschung und deren Anwendung in der Praxis würde sich verringern. Dafür ist aber bei einigen Ansätzen wie der EFC-Beratung weitere Forschung zur Wirksamkeit und zur Umsetzung in der Praxis sowie im Alltag der stimmenhörenden Personen notwendig.

2. Teil: Pilot-Interventionsstudie zur EFC-Beratung bei Stimmenhören

Hintergrund: EFC-Beratung gilt als der einzige Ansatz zur Unterstützung von Menschen mit Stimmenhören, der aus den Erfahrungen und Erkenntnissen von Stimmenhörenden entwickelt wurde. Das Verstehen der Stimmen als eine normale menschliche Reaktionsweise ist dabei ein zentraler Aspekt, insbesondere bei Menschen, die stark unter den Stimmen leiden. EFC-Beratung zielt nicht darauf ab, die Stimmen zu eliminieren, sondern Betroffene auf ihrem persönlichen Genesungsweg im Umgang mit ihren Stimmen im Alltag und mehr Kontrolle zu unterstützen. Im Kontext pflegetheoretischer und professionssoziologischer Überlegungen sowie des aktuellen Mangels an zugänglichen psychotherapeutischen oder psychosozialen Angeboten für Menschen mit Stimmenhören, scheint die Pflege als Berufsgruppe prädestiniert etwas verändern zu können. Dies durch die Schulung und Übernahme von spezifischen Angeboten wie der EFC-Beratung, die, wie von den Begründern immer wieder betont wird, von Fachpersonen wie der Pflege angeboten und durchgeführt werden sollte, die im Alltag in direktem Kontakt mit den Stimmenhörenden stehen.

Problemstellung: Auch wenn dieser Ansatz bei vielen Stimmenhörenden und auch bei der internationalen Stimmenhörbewegung hohe Beachtung genießt, hat er in der aktuellen Versorgung noch keinen Eingang gefunden. Dies hängt auch mit fehlenden Forschungsergebnissen zusammen. Als Ergänzung und Weiterführung zum bisherigen Forschungsstand zu EFC-Beratung soll eine Pilot-Interventionsstudie durchgeführt werden. Dies mit dem Ziel, den vorgesehenen Studienplan für eine Hauptstudie in Bezug auf die Durchführbarkeit zu überprüfen sowie erste Erkenntnisse bezüglich Wirksamkeit zu generieren.

Methode: Durchführung einer multizentrischen Pilotstudie einer einfach verblindeten, randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie zu EFC-Beratung für Menschen, die Stimmen hören, wenig Kontrolle über die Stimmen haben und darunter leiden. Die Studie wurde an je einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz und in Deutschland durchgeführt. Die Interventionsgruppe erhielt im Rahmen von 20 Sitzungen EFC-Beratung durch Pflegefachpersonen am Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung oder nur im ambulanten Setting. Die Kontrolle bestand aus der üblichen Behandlung (TAU). Die Pflegefachpersonen erhielten im Rahmen der Studie ein achttägiges Training sowie Supervision während dem Training und der Durchführung von EFC-Beratungen. In der Studie ging es einerseits um die Evaluation der Eignung des Studienplans für eine größere Hauptstudie in Bezug auf die Rekrutierung, die Umsetzbarkeit des EFC-Trainings für die Pflegenden und das Anwenden der EFC-Beratung, die Belastung der Studienteilnehmenden, die Eignung der Assessmentinstrumente und den

Einsatz von Study-Nurses für die Studienkoordination und das verblindete Durchführen der Assessments. Zudem sollten erste Resultate bezüglich Wirksamkeit erzielt werden. Als primäres Ergebniskriterium wurde das Stimmenhören und das damit verbundene subjektive Leiden definiert, welches mit der Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS) erhoben wurde. Weitere sekundäre Ergebnisparameter waren die Kontrollüberzeugungen gegenüber den Stimmen, der Recovery-Prozess, die Psychopathologie sowie die subjektive Bedeutung der Stimmen im Kontext des Lebens. Die Erhebungen fanden nach Einschluss in die Studie vor der Zuteilung in die Intervention (T0), 10 und 20 Wochen nach Abschluss der Intervention (T1 und T2) statt. Am Schluss der Studie wurden alle Teilnehmenden bezüglich der Belastungen der Studie und der Assessmentinstrumente befragt sowie Verbesserungsideen erfasst.

Resultate: In den beiden Studienzentren konnten innerhalb von 15 Monaten 21 Teilnehmende in die Studie eingeschlossen werden. In die Analyse Ende April 2022 konnten 14 Teilnehmende eingeschlossen werden, 6 in die Interventionsgruppe, 8 in die Kontrollgruppe. Die EFC-Beratenden hielten sich gut an die Vorgaben der Intervention, wendeten allesamt die vier Teile der EFC-Beratung an und nahmen regelmäßig an Supervisionen teil. Ein Rater-Training der Study-Nurses zur Durchführung der Assessments konnte erfolgreich durchgeführt und evaluiert werden. Die Verblindung wurde bei zwei Teilnehmenden aufgehoben. Die Baseline-Vergleiche der Daten zwischen IG und KG zeigen, dass die Randomisierung zu einer ausgeglichenen Verteilung der Teilnehmenden in die beiden Gruppen geführt hat. Die deskriptive Analyse der Daten der beiden Gruppen über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg zeigt – da wo es Unterschiede gab – eher einen Vorteil der üblichen Behandlung gegenüber der EFC-Beratung. Dies zeigt sich in den Bereichen allgemeine Psychopathologie, emotionale und körperliche Aspekte des Stimmenhörens sowie positives Symptomerleben und destruktive Auswirkungen der Erkrankung auf das Leben. Im Gegensatz dazu war die EFC-Beratung der üblichen Behandlung bezüglich der Anzahl Stimmen resp. deren Reduktion sowie der Reduktion der Kontrollüberzeugungsdomänen *Glück und medizinische Personen* überlegen. Für die Studie konnten insgesamt CHF 56'000.- Drittmittel von drei verschiedenen Stiftungen eingeworben werden, was die Durchführung überhaupt erst möglich machte.

Diskussion: Die Pilotstudie konnte ohne große Probleme durchgeführt werden und die Pflege scheint gut geeignet, die EFC-Beratung zur Unterstützung von Menschen mit Stimmenhören anzubieten. Trotz der Einschränkungen während der Pandemie konnte im verkürzten Zeitraum die entsprechend angepasste

Rekrutierungszahl erreicht werden. Bei der deskriptiven Analyse scheinen die kleine Stichprobe und Ausreißer in den Daten die Resultate noch stark beeinflusst zu haben. Eine klare Aussage zur Wirksamkeit zu diesem Zeitpunkt ist nicht möglich. Die Ergebnisse der Evaluation des Studienprotokolls – auch aufgrund der Rückmeldungen der Studienteilnehmenden – zeigen, dass für die Durchführung einer größeren Studie Anpassungen am Protokoll bezüglich Rekrutierung, Auswahl der Assessmentinstrumente, Messung der Behandlungsintegrität und Aufgabenteilung bei der Studienorganisation vorgenommen werden sollten. Zudem scheint es wichtig, neben der Durchführung einer größeren herkömmlichen RCT zur Überprüfung der Wirksamkeit von EFC-Beratung auch andere Studientypen zu überprüfen, die mehr auf die Einzelperson sowie deren Prozess und die individuellen Wirkungsweisen der EFC-Beratung fokussieren würden.

1 Vorwort

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema Stimmenhören und entsprechenden Interventionsansätzen in der Psychiatrie und im Speziellen in der psychiatrischen Pflege. Die Überzeugung der Notwendigkeit einer solchen Arbeit entstand durch das Aufkommen verschiedener Fragestellungen durch meine Tätigkeit in der klinischen Praxis sowie in Forschung und Entwicklung in den letzten Jahren. Auch wenn in sehr unterschiedlichen Settings, ging es dabei meist um Menschen mit Krankheits- und Genesungserfahrung im Bereich des Diagnosespektrums Psychose und Schizophrenie. Insbesondere durch die inhaltlich-konzeptuellen Entwicklungsaufgaben und -arbeiten im Schwerpunktbereich Psychose einer Universitätsklinik in der deutschsprachigen Schweiz intensivierte sich die Auseinandersetzung mit dem Thema Stimmenhören. Dabei ging es unter anderem um die unterschiedlichen konzeptuellen Definitionen des Phänomens Stimmenhören sowie verschiedene Interventionsmöglichkeiten auch für die Pflege. Insbesondere durch den sehr nahen und konstruktiven Austausch mit Menschen mit eigener Erfahrung mit Stimmenhören stellten sich Fragen zu den bisherigen Sichtweisen, Verständnissen und Herangehensweisen in der Psychiatrie. Eine dominierende Sichtweise war und ist immer noch die medizinische, geprägt durch das Fokussieren auf Krankheit, Defizite und Symptome als Zeichen von Krankheit und durch das Behandeln und Beheben der Probleme, Krankheiten und Symptome aus einer Expert*innenrolle heraus. Auch die Pflege war und ist davon beeinflusst. Andere Sichtweisen oder Ansätze waren meist nur marginal ausgeprägt und schwierig zu erkennen. Sie hatten es demnach schwer sich zu entfalten. Ein für mich zentral erscheinender, neuer Ansatz in der Psychiatrie ist *Personal Recovery* (Amering & Schmolke, 2012, S. 9), der Ende der Nullerjahre im deutschsprachigen Raum an Bekanntheit und Konturen gewann und an dessen hiesiger Entwicklung die Pflege maßgeblich beteiligt war (Zuaboni, Burr, Winter, et al., 2020). Recovery basiert mit seinen Annahmen auf den Krisen- und Genesungserfahrungen von Menschen, die mit der Psychiatrie in Kontakt gekommen sind, aber mit dem Angebot nicht die nötige Unterstützung erhielten. Sie lehnten sich gegen die paternalistische und medizinisch orientierte Psychiatrie auf und forderten mehr Einbezug und Verständnis. Recovery beschreibt einerseits einen gegenüber dem medizinischen Modell alternativen Prozess der Genesung, der sich durch Individualität und Wellenform auszeichnet und eine starke Verbindung zu Konzepten wie Verbundenheit, Hoffnung, Identität, Bedeutung und Sinnhaftigkeit sowie Empowerment beinhaltet (Leamy et al., 2011, S. 448). Diese Beschreibung und Erkenntnisse erschienen viel näher dem, was ich in meiner Praxis mit betroffenen Menschen erlebte und erfahren hatte. Es stellte sich die

Frage, wie sich diese neue Idee und daraus abgeleitete Erkenntnisse für die Praxis nutzen ließen. Ideen dafür lieferten die u.a. von (Farkas, 2007) beschriebenen Implikationen von Recovery für psychiatrische und psychosoziale Angebote. Diese stellen die Partizipation der Menschen in den Vordergrund, die psychiatrische und psychosoziale Angebote in Anspruch nehmen wollen resp. müssen und beschreiben diese auf unterschiedlichen Ebenen (Ebd, S 71). Angefangen im 1:1-Kontakt in der direkten Behandlung, Unterstützung und Pflege über den Einbezug in der Forschung und/oder Entwicklung bis hin zu Beratung und Mitwirkung bei politischen Entscheidungsprozessen und bei der Versorgungsplanung auf regionaler und nationaler Ebene. Weiter stellte sich dem Autor auch die Frage, welche Position und Rolle die Pflege in diesem Kontext einnehmen könnte. Dabei diente das in Schottland vom Pflegeforscher Phil Barker entwickelte Gezeitenmodell (Barker & Buchanan-Barker, 2020) als wichtiger Anhaltspunkt. Der darin beschriebene und stark durch die Pflgetheorie von Peplau (1992) beeinflusste Beziehungsprozess im Kontext pflegerischer Unterstützung in psychischen Krisen und während dem Genesungsprozess (Barker & Buchanan-Barker, 2020, S. 57) nahm die Erkenntnisse aus dem Recovery-Konzept auf und konkretisierte, wie diese beiden Modelle in Beziehung zueinanderstehen und in der pflegerischen Arbeit umgesetzt und reflektiert werden können (Buchanan-Barker & Barker, 2008). Auch wenn sich die genannten Arbeiten nicht konkret mit dem Thema Stimmenhören befassten, so legten sie dennoch den Grundstein für die Entwicklung eines Verständnisses bezüglich der Profession Pflege, ihrer Rolle in der Psychiatrie und entsprechenden Fragen und Ideen, die diesem Forschungsprojekt zugrunde liegen.

In einem ersten Teil dieser Arbeit geht es um die Verortung des Themas Stimmenhören sowie um Modelle psychischer Krankheiten und deren Genesung aus unterschiedlichen Perspektiven sowie damit verbundene Konzepte. In einem zweiten Teil wird eine Literaturübersichtsarbeit zu verschiedenen gesprächsbasierten Ansätzen und Interventionen bei Stimmenhören präsentiert und im dritten Teil eine Pilotstudie zur erfahrungsfokussierten Beratung für Menschen die Stimmenhören. Der letzte Teil befasst sich mit der kritischen Reflexion der Methode und der Ergebnisse der beiden Arbeiten im Lichte der bestehenden Literatur sowie mit der persönlichen Reflexion durch den Autor. Zur besseren Lesbarkeit der beiden «empirischen» Teile der Arbeit werden in der Einführung jedes Teils die wichtigsten Aspekte der relevanten Themen aus dem theoretischen Teil nochmals kurz ausgeführt und in den Zusammenhang des entsprechenden Teils gestellt. Daher kann es da zu Redundanzen kommen.

2 Einleitung – der theoretische Hintergrund

2.1 Stimmenhören

In diesem Kapitel wird das Phänomen Stimmenhören aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Neben einem geschichtlichen Exkurs geht es darum, die Konzeptualisierung von Stimmenhören und dazugehörige Forschung zu beleuchten sowie auch die Perspektive von Nutzenden einzubeziehen.

2.1.1 Stimmenhören aus einer geschichtlichen Perspektive

Eine kurze, aber dennoch umfassende Übersicht über die geschichtliche Verortung und Entwicklung des Verständnisses bezüglich Stimmenhören liefert Schnackenberg (2017a, S. 32 ff.). Er geht dabei einerseits auf den Einfluss des Phänomens Stimmenhören auf die Entwicklung von Weltreligionen wie dem Juden- und Christentum sowie dem Islam ein, aber auch auf die Bedeutsamkeit des Phänomens in Diskursen innerhalb von Kulturen wie dem alten Ägypten, Rom, Babylon und anderen. Er zeigt auf, dass innerhalb dieser Kulturen und entsprechender Diskurse das Phänomen Stimmenhören oft als eine positive Erfahrung beschrieben und bewertet wurde. Innerhalb der westlichen Gesellschaft sei es die christliche Kirche gewesen, die über Jahrhunderte die Definitionsmacht über das Phänomen des Stimmenhörens und ähnliche Erfahrungen beanspruchte. Sie wurden dabei entweder als Teil einer privilegierten Beziehung zu Gott oder als dämonische Besessenheit interpretiert. Er weist auch auf eine eindrucksvolle Reihe wichtiger Persönlichkeiten innerhalb der christlichen Kirche hin, die Stimmen hörten wie der heilige Johannes vom Kreuz, Hildegard von Bingen, Martin Luther und der heilige Franz von Assisi. Die pathologisierende Sichtweise des Stimmenhörens sei zum ersten Mal durch eine große Heilige der katholischen Kirche, Teresa von Avila (1515–1582), suggeriert worden, was seinen Ausführungen nach zur Folge hatte, dass Stimmen und Visionen zunehmend mit psychischen Erkrankungen und mit dem Begriff Halluzinationen verbunden wurden. Seit Mitte des 19. Jahrhunderts werden sie im wissenschaftlichen und psychiatrischen Kontext fast ausschließlich als pathologisch angesehen.

Diese kurze Zusammenfassung der Ausführungen von Schnackenberg (2017a) zeigt, wie kulturelle und religiöse Bewegungen und Diskurse das Verständnis und die Bewertung des Phänomens Stimmenhören von der Antike bis heute beeinflusst haben. Der weltweite Zusammenschluss vieler Stimmenhörender zum internationalen Netzwerk Intervoice (Intervoice, 2022a) nimmt eine entgegengesetzte Haltung zur bestehenden Pathologisierung von Stimmenhören ein. Intervoice bezeichnet sich als eine internationale Bewegung von Stimmenhörenden, die aus verschiedenen Initiativen, Gruppen und

Einzelpersonen auf der ganzen Welt besteht und die Grundidee teilt, dass das Stimmenhören, das Sehen von Visionen und ähnliche Phänomene sinnvolle und normale Erfahrungen darstellen, die in vielerlei Hinsicht verstanden werden können und nicht per se ein Anzeichen für eine Krankheit darstellen. Ihr Verständnis und ihre Forderungen werden mittlerweile von neueren Forschungsergebnissen gestützt (siehe Kapitel 2.1.2). Unterstützt wird diese Sichtweise auch dadurch, dass viele u.a. berühmte Persönlichkeiten (ergänzend zu den schon aufgezählten aus der christlichen Kirche) wie Sigmund Freud, Charles Dickens, Carlos Santana und Winston Churchill (Höflinger, 2014) oder auch Jeanne d'Arc, Carl-Gustav Jung, Mahatma Ghandi, Anthony Hopkins und Lady Gaga (Voice Collective, 2021) Erfahrungen mit Stimmenhören haben oder gehabt haben, was zeigt, dass es möglich ist, mit oder allenfalls sogar wegen den Stimmen Großes zu leisten (Höflinger, 2014).

2.1.2 Stimmenhören als Symptom einer psychischen Erkrankung

2.1.2.1 Schizophrenie und Psychose

Auch wenn Stimmenhören (oder akustische Halluzinationen) im Kontext von anderen psychiatrischen Diagnosen resp. Erkrankungen als Symptom eine Rolle zu spielen scheint oder auch gänzlich unproblematisch als spezielle Wahrnehmung vorkommt, wird Stimmenhören dennoch hauptsächlich mit Psychose oder Schizophrenie in Verbindung gebracht (Pierre, 2010). In der medizinischen psychiatrischen Diagnostik stellen akustische Halluzinationen wie das Stimmenhören ein Hauptsymptom bei Diagnosen im Bereich Psychose und Schizophrenie dar und werden als abnorme Wahrnehmungen definiert, denen in der Regel kein Bezug zum Lebenskontext beigemessen wird (Schneider, 2007, S. 5-6). Diagnostisch unterscheidet sich die Psychose von der Schizophrenie nur bezüglich der Dauer der Symptomatik. Eine Schizophrenie wird diagnostiziert, wenn ein Hauptsymptom (wie das Stimmenhören) während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen ist (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.), 2019, S. 25). Mit Punkt- resp. Jahresprävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung zwischen 3.1 und 4.5 pro 1'000 und einer Lebenszeitprävalenzrate von 4.3 bis 6.7 pro 1'000 (Kirkbride et al., 2012; McGrath et al., 2008; Simeone et al., 2015) gilt die Diagnose Schizophrenie als eine seltene, aber lang andauernde Erkrankung. Man geht davon aus, dass ungefähr 70% der Menschen mit der Diagnose Schizophrenie auch Stimmen hören (Sartorius et al., 1986; Thomas et al., 2014). Die Validität der Konzeption und Diagnostik von psychischen Erkrankungen und im Speziellen der Schizophrenie steht seit ein paar Jahren in der Kritik (Bentall, 2009; Phillips et al., 2012; Read, 2013; van Os, 2016). Dabei geht es insbesondere auch um die

momentane kategoriale Konzeption der Diagnosen im Sinne einer vorhanden/nichtvorhanden Dichotomie. Betrachtet man Studien, die in der Allgemeinbevölkerung (Linscott & van Os, 2013; van Os & Linscott, 2012) oder bei anderen Diagnosen (McMillan et al., 2009) nach Symptomen von Psychosen gesucht haben (diese werden in der Literatur als *Psychotic-Like-Experiences* [PLE] bezeichnet), scheint diese kategoriale Konzeption in keiner Weise die Realität zu widerspiegeln. Erkenntnisse daraus lassen eher auf eine dimensionale Verteilung von Symptomen zwischen verschiedenen Erkrankungen (ebd.) oder zwischen Gesund und Krank schließen (DeRosse & Karlsgodt, 2015). Ähnlich wie bei der Autismus-Diagnose, die bei der Aktualisierung des Diagnosemanuals DSM-4 zum DSM-5 zu einer Spektrum Diagnose geändert wurde (Zuddas, 2013), wurde dies auch bei der Diagnose Schizophrenie diskutiert aber nur teilweise angepasst (Bhati, 2013). Diese Unterscheidung scheint einerseits für das Verständnis von Fachpersonen gegenüber Menschen mit psychotischen Symptomen wie Stimmenhören und den entsprechenden Umgang mit ihnen wichtig zu sein, aber auch für die betroffenen Personen selbst. Das bis anhin postulierte dichotom-kategoriale System geht auf die Anfänge der psychiatrischen Diagnostik zurück und bezieht sich auf die Definition von Kraepplin bezüglich Schizophrenie als klar definierte Entität (Hoenig, 1983, S. 548) und die Abgrenzung von manisch-depressiven Psychosen von anderen affektiven Erkrankungen (Haustgen & Akiskal, 2006, S. 150). Diese Konzeptionen bilden auch die Grundlage für die lange postulierte psychiatrische Trias (Laux & Möller, 2011, S. 323), die die Schizophrenie den endogenen Erkrankungen als nichtversteh- und erklärbar zuordnet sowie diese als qualitativ unterscheidend vom Normpsychischen definiert. Dies kann mit ein Grund sein für die Distanzierung und Stigmatisierung von Menschen mit der Diagnose Schizophrenie und Stimmenhören durch die Allgemeinbevölkerung (Angermeyer et al., 2013; Phalen et al., 2019), aber auch durch Fachpersonen (Valery & Prouteau, 2020) in dem Sinne, dass man solche Erkrankungen als etwas sieht, das sich grundsätzlich von einem selber als «gesunden» Menschen unterscheidet. Stigmatisierung im Allgemeinen, aber insbesondere durch Fachpersonen führt erwiesenermaßen zu schlechteren Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie auch zu schlechteren Ergebnissen durch die Unterstützungsangebote (Knaak et al., 2017).

2.1.2.2 Stimmenhören bei anderen psychischen Erkrankungen

Stimmenhören wird nicht nur bei Diagnosen der Schizophrenie oder Psychosen, sondern auch bei anderen psychischen Erkrankungen wie der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Kapfhammer, 2016), der Depression, bei Suchterkrankungen (insbesondere beim Entzug) und der Borderline-

Persönlichkeitsstörung (Chaudhury, 2010) als Symptom beschrieben. Dabei spielt der Begriff der Pseudohalluzinationen eine wichtige Rolle, der von Carl Jasper, einem berühmten und einflussreichen deutschen Psychiater und Philosophen (1883-1969), als Unterscheidungsmerkmal zu den schizophrenen Halluzinationen oder Stimmen eingeführt wurde (Moskowitz & Corstens, 2008). Er bezog sich dabei auf Erklärungen von Viktor Kandinskij (1849–1889), einen russischen Arzt und Psychiater (Berrios & Dening, 1996, S. 757; Engmann & Steinberg, 2019, S. 59), der das Erkennen und Verstehen von Halluzinationen als «Trugbild» und als etwas Eigenes, von innen kommendes, das mit eigenen Gefühlen und Gedanken zu tun hat und in diesem Sinne im Lebenskontext verstehbar ist, als Unterscheidungsmerkmal zu den schizophrenen Halluzinationen definiert hat. Die schizophrenen Halluzinationen oder Stimmen werden im Gegensatz dazu als ein von außen kommendes, von den betroffenen Personen nicht zu erkennende, meist bizarre Züge aufweisendes Phänomen ohne Lebenskontext beschrieben. Auch wenn der Begriff der Pseudohalluzinationen nicht in jedem Fachbuch bei der Beschreibung von Stimmenhören als Symptom einer nicht schizophrenen Erkrankung verwendet wird, scheint dieses Verständnis in der Fachwelt immer noch weit verbreitet (Moskowitz & Corstens, 2008). Empirische Untersuchungen können diese Unterscheidung zwischen «erkenn- und verstehbaren» Pseudohalluzinationen und «nicht erkenn- und verstehbaren» realen Halluzinationen nicht bestätigen (Aleman & Laroi, 2008; McCarthy-Jones, 2012; Moskowitz & Corstens, 2008). Vielmehr kann auch hier, wie bei der Diagnose Schizophrenie (siehe Abschnitt 2.1.2.1 Schizophrenie und Psychose), von einem Kontinuum oder einer dimensional Verteilung ausgegangen werden, beispielsweise in Bezug darauf, ob die Stimmen als etwas von außen kommendes, nicht zu sich gehörendes und nicht verstehbares oder etwas innerhalb der eigenen Person Wahrnehmbares und im Lebenskontext Verstehbares verstanden werden, aber auch bezüglich der Intensität des Erlebens der Stimmen. Diese Aspekte sind nicht *einer* Erkrankung oder Diagnose vorenthalten und lassen sich, wie im nächsten Abschnitt beschrieben wird, zu einem Teil auch auf die «gesunde» Allgemeinbevölkerung ausweiten resp. übertragen.

2.1.3 Stimmenhören in der Allgemeinbevölkerung

Auch wenn akustische Halluzinationen oder Stimmenhören lange (aber nicht schon seit jeher, wie die geschichtliche Rückblende zeigt) ausschließlich als Symptom einer Erkrankung oder Störung oder als eine Störung selbst verstanden wurden, scheint sich dieses Bild zumindest in der Fachwelt langsam zu ändern. Dies auch aufgrund von Untersuchungen. Als wichtiger Meilenstein kann dabei der Beginn der Forschung von Romme and Escher (1989) bezeichnet werden. In einer

Fernsehsendung über Stimmenhören wurden Leute aufgefordert, sich zu melden, die Erfahrungen mit dem Hören von Stimmen haben. Es meldeten sich neben anderen auch 150 Personen, die über wenig Probleme mit den Stimmen berichteten, einen guten Umgang mit ihnen gefunden und wegen dieser bisher noch keine psychiatrische Unterstützung in Anspruch genommen hatten. Zehn Jahre später folgte die erste Publikation in einer wissenschaftlichen Zeitschrift, in der Formen und Inhalte von Stimmenhören zwischen Patient*innen mit der Diagnose Schizophrenie, mit einer dissoziativen Störung (eine Form von Persönlichkeitsstörung) und einer Gruppe von Menschen ohne Erkrankung oder Diagnose (Nicht-Patient*innen) verglichen wurden (Honig et al., 1998). Sie kamen zum Schluss, dass sich die Form der Stimmen (z.B. wo sie wahrgenommen werden, in welcher grammatikalischen Form die Stimmen die Person ansprechen usw.) zwischen den drei Gruppen nicht bedeutsam unterscheidet. Die Unterschiede zwischen den Gruppen betrafen vielmehr den Inhalt, die emotionale Qualität und die Kontrolle über die Stimmen. Es folgten weitere Untersuchungen verschiedener Forschungsgruppen und Perspektiven, die sich oft mit der Prävalenz von Stimmenhören in anderen Gruppen wie beispielsweise bei Fachpersonen wie Psycholog*innen (Fleming & Martin, 2009) oder bei Pflegenden (Millham & Easton, 1998), aber auch immer mehr bezüglich der Prävalenz von psychotischen Erfahrungen (PLE) oder auch Stimmenhören in der Allgemeinbevölkerung befassten. Meist war die gefundene Häufigkeit viel höher als erwartet. Aktuelle Studien postulieren je nach Definition der Stimmen Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung von zwischen 7 bis 18% (Beavan et al., 2011; Kråkvik et al., 2015; McGrath et al., 2015). Dies alles legt nahe, dass ergänzend zur konzeptuellen Trennung von Halluzinationen in pseudo und nicht-pseudo resp. in schizophrene und nicht-schizophrene Stimmen auch die Konzeption der Stimmen als Symptom einer psychischen Erkrankung und somit die kategoriale Trennung von «normalem» menschlichem Erleben überdacht resp. einem dimensionalen Verständnis des Phänomens Stimmenhören über alle Personengruppen hinweg weichen und eher von einem Spektrum verschiedener Ausprägungen des Phänomens ausgegangen werden sollte.

2.1.4 Ursachen und Erklärungen

Die Ausführungen im vorhergehenden Kapitel zeigen, dass die traditionelle medizinische Konzeptualisierung von psychischen Erkrankungen und entsprechenden Symptomen, wie sie den beiden Diagnosemanualen ICD und DSM inhärent sind, mit wenig theoretischen Bezügen auskommt. Dies ist auf eine Entwicklung seit den 1980er Jahren zurückzuführen, bei der es darum ging, klinisch Tätigen verschiedener theoretischer Ausrichtungen zu ermöglichen, sich

über Störungsbilder zu verständigen, ohne konkrete Annahmen über dahinterliegende Verständnisse und Ursachen machen zu müssen (Richter, 2021, S. 10). In diesem Teil soll ein Überblick über die aktuellen Entwicklungen und Erkenntnisse zu den Ursachen, Erklärungen und Auswirkungen von Stimmenhören gegeben werden. Dieser hat nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Neben den gängigen, in der psychiatrischen Praxis und Forschung bekannten Erklärungsmodellen werden auch alternative, weniger bekannte Modelle vorgestellt, die dem Autor im Kontext des vorliegenden Forschungsthemas als relevant erscheinen. Da Stimmenhören in der Psychiatrie insbesondere als Symptom der Schizophrenie verstanden wird, werden Erklärungen der Schizophrenie oftmals auf Menschen, die Stimmen hören übertragen, auch weil sich teilweise keine spezifischen Erklärungen in der Literatur finden lassen. Deshalb werden in diesem Teil neben den Stimmen spezifischen Aspekten auch die beiden in der Praxis und Forschung häufig genannten Erklärungsmodelle der Schizophrenie – die Dopaminhypothese sowie das Vulnerabilitäts-Stress-Modell – beschrieben.

2.1.4.1 Die Dopaminhypothese der Schizophrenie

Eine zentrale Bedeutung zur neurobiologischen Erklärung der Diagnosen im Bereich der Schizophrenie und Psychose kann der Dopaminhypothese zugeschrieben werden. Aderhold (2014) definiert diese folgendermaßen: *der aktuelle Forschungsstand besagt, «dass auf neurobiologischer Ebene psychotisches Erleben im Rahmen akuter Psychosen (sogenannter schizophrener und schizoaffektiver Störung) und z.T. auch bei psychosenahen Zuständen mit einer erhöhten präsynaptischen Dopaminproduktion und -ausschüttung im ventralen Streifenkern (Corpus striatum), einer Hirnregion unterhalb des Großhirns einhergeht»* (S. 2). Erstmals wurde in den 1960er Jahren auf den Zusammenhang des Dopaminstoffwechsels und der Schizophrenie hingewiesen (Heinz, 2000). Diese Erkenntnisse beruhten einerseits auf Beobachtungen, dass Neuroleptika (Medikamente, die für die Behandlung bei Menschen mit der Diagnose Schizophrenie eingesetzt wurden) Dopamin-Rezeptoren blockieren und gleichzeitig Symptome der Schizophrenie reduzieren. Gleichzeitig stützten sie sich auf Untersuchungen, die zeigten, dass dopaminerge Substanzen Psychose ähnliche Symptome auslösen können (Ebd., 54). Die Hypothese besagt, dass bei Menschen mit der Diagnose Schizophrenie oder Psychose die Dopaminkonzentration im synaptischen Spalt erhöht und dass dies eine Ursache für die psychotische Symptomatik sei. Howes and Kapur (2009) beschreiben die Entwicklung der Dopaminhypothese in verschiedenen Versionen (S. 549).

Die erste Version, die den bis in die 1970er Jahre verfügbaren Daten Rechnung trug, sei eine Hypothese über die Schizophrenie als Ganzes gewesen, wobei keine Beziehung zu verschiedenen Dimensionen der Diagnose wie Positiv- oder Negativsymptome berücksichtigt sowie keine Verbindung zu anderen Aspekten wie Genetik oder neurologischen Entwicklungsstörungen hergestellt wurde. Zudem habe es wenig klare Hinweise darauf gegeben, wo genau die Anomalie im lebenden Gehirn liegen würde. Die zweite Version widerspiegelte dann die neuen Erkenntnisse aus der Forschung bis Ende der 1980er Jahre, für welche sie auf den Übersichtsartikel von Davis et al. (1991) verwiesen (Howes & Kapur, 2009, S. 550). Der wichtigste Fortschritt bestand darin, dass die Hypothese aufgrund von metabolischen Befunden, bildgebenden Verfahren und Erkenntnissen aus Tierstudien um eine regionale Spezifität erweitert wurde. Zu diesem Zeitpunkt war klar, dass die Konzentration von Dopamin-Metaboliten in den Synapsen bei Menschen mit Schizophrenie nicht durchgängig erhöht war und dass auch bei niedrigen Werten starke psychotische Symptome auftreten konnten. Auch der Fokus auf die spezifischen Dopamin-Rezeptoren D_2 wurde in Frage gestellt, da sich zeigte, dass ein bestimmtes Neuroleptikum eine gute Wirksamkeit gegen psychotische Symptome zeigte, obwohl dies die D_2 -Rezeptoren nur geringfügig blockierte. Weitere Ergebnisse aus PET-Studien zeigten, dass der Dopaminspiegel in verschiedenen Hirnregionen variieren konnte und ein Zusammenhang zwischen dem verringerten Blutfluss im Frontalhirn und tieferen Dopaminwerten (bei gleichzeitig hoher Dopaminkonzentration in anderen Hirnregionen) bestand, was als klarer Beweis für die regionalen Hirnfunktionsstörungen bei Schizophrenie angesehen wurde. Dieser Übergang von einer einseitigen Dopaminhypothese zu einer regionalspezifischen präfrontalen Hypodopaminergie und einer Hyperdopaminergie in anderen Hirnregionen wurde von Howes and Kapur (2009, S. 550) als die wichtigste Neuerung des zweiten Stadiums beschrieben. Auch wenn diese Schlussfolgerungen zu einem Großteil auf Tierstudien oder anderen klinischen Bedingungen beruhten und keine verlässlichen Daten vorlagen, wurden zwei neue Hypothesen aufgestellt: Begründet durch die Erkenntnisse aus Versuchen mit Tieren mit einer Frontallappenläsion (ihr Verhalten ähnelte dem Verhalten, das Negativsymptomen der Schizophrenie zugeschrieben wird) wurde angenommen, dass Negativsymptome auf die frontale Hypodopaminergie zurückzuführen seien. Des Weiteren ging man davon aus, dass Positivsymptome auf die Hyperdopaminergie anderer Hirnregionen zurückzuführen seien, da höhere Dopaminwerte mit stärkeren Positivsymptomen und einem besseren Ansprechen auf eine Behandlung mit Antipsychotika zusammenhängen würden. Howes and

Kapur (2009, S. 551 - 552) führen aus, dass diese zweite Version einige Lücken in der Erklärung aufwies. So sei die genaue Entstehung von spezifischen Symptomen wie Wahn oder abgestumpfter Affekt durch die Anomalien in den entsprechenden Hirnregionen (Hyper- oder Hypodopaminergie) immer noch ungeklärt geblieben. Es ging nun darum, den Fokus auf den ganzen neuronalen Prozess zu legen, als nur auf einen Botenstoff oder eine Hirnregion. In ihrem Artikel aus dem Jahre 2009 beschrieben Howes and Kapur (2009) dann ihre dritte Version aufgrund neuerer Daten und Erkenntnisse. Sie weisen dabei darauf hin, dass es aufgrund des enormen Umfangs an Publikationen und Erkenntnissen unmöglich sei, eine umfassende, kohärente Hypothese zu formulieren. Vielmehr würden sie versuchen, die ihnen wichtig erscheinenden Erkenntnisse zusammenzufassen, um ein einfaches Bild bezüglich der Rolle des Dopamins bei Schizophrenie zu entwickeln. Ganz anders als in den vorhergehenden Versionen bezieht ihre dritte Version Risikofaktoren für die präsynaptische Hyperdopaminergie wie Schwangerschaft und Geburtskomplikationen, Stress und Trauma, Drogenkonsum und Gene mit ein. Sie erklärt ebenso, wie strukturelle und funktionelle Anomalien im Frontalhirn und kognitive Beeinträchtigungen auf einer neurochemischen Ebene konvergieren können und dass durch diese strukturellen Veränderungen und eine abweichende Wahrnehmung von Sinnesreizen (unbedeutende Reize werden als bedeutend wahrgenommen) eine Psychose ausgelöst werden könne. Daraus schlussfolgern sie, dass sich zukünftige Entwicklungen zur Erklärung und Therapie der Schizophrenie auf die Identifizierung und Beeinflussung der beschriebenen vorgelagerten Faktoren konzentrieren soll.

Lau et al. (2013) ergänzen in ihrem Review, dass es neben den vorhin beschriebenen Risikofaktoren und den direkten Dopaminveränderungen in den entsprechenden Hirnregionen eine ganze Palette von weiteren bedeutenden dazwischen gelagerten Prozessen gibt, bei denen beispielsweise Glutamat und Adenosin eine Rolle spielen. Sie sehen im Dopamin die letzte gemeinsame Endstrecke verschiedener vorgelagerter Umwelt- und genetischer Faktoren und gehen von komplexen Prozessen aus, die durchlaufen werden, um die Entstehung einer Schizophrenie erklären zu können.

Auch wenn es in der Zwischenzeit allenfalls neue Entwicklungen und Erkenntnisse gegeben hat, scheinen diese die aktuelle Version nicht mehr stark verändert zu haben. So sind in den letzten Jahren auch keine umfassenden Aufsätze oder Artikel mehr über die Dopaminhypothese als Ganzes zu finden. Vielmehr scheint sich die neurobiologische Forschung auf einzelne Risikofaktoren oder Aspekte

dieses Prozesses wie Trauma, Gene oder das Zusammenspiel von Genetik und Umgebungsfaktoren zu fokussieren. Auf einige davon – u.a. auch solche, die sich auf Stimmenhören beziehen – wird im Abschnitt 2.1.4.3 *Neurobiologische Befunde und Erklärungen zu Stimmenhören* eingegangen.

2.1.4.2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Schizophrenie

Eine erste (vielleicht ursprüngliche) Version des Vulnerabilitäts-Stress-Modell wurde in den 1970er Jahren von Zubin und Spring (1977) beschrieben. Bereits damals – wie auch in den folgenden Weiterentwicklungen – ging es darum, die aktuellen Ergebnisse aus der Forschung zur Erklärung der entsprechenden Erkrankung in einem einfachen Modell zusammenzutragen. Das erste Modell beschrieb einerseits die individuelle Anfälligkeit resp. Vulnerabilität einer Person für die Entwicklung einer Schizophrenie durch verschiedene Risikofaktoren wie die Genetik (Clamor et al., 2020, S. 947). Weiter beinhaltete es auch Umwelteinflüsse und Belastungen, die im Verlauf des Lebens dazu kommen, die dazu führen können, dass eine psychotische Episode entstehen kann. Die Formel, die sie daraus schließen ist, dass je höher die Vulnerabilität resp. Anfälligkeit ist, desto weniger Umwelteinflüsse und Stressoren braucht es für die Entstehung einer Psychose und vice versa. Zusätzlich spielten bei diesem ersten Modell auch Bewältigungsstrategien im Umgang mit ebendiesen Stressoren eine Rolle. Eine Weiterentwicklung des Stress-Vulnerabilitäts-Modells integrierte im Bereich der Vulnerabilität insbesondere neuropsychologische Informationsverarbeitungsdefizite, die Reaktivität des autonomen Nervensystems, mangelnde soziale Kompetenzen und Schwierigkeiten beim Coping (Ebd.). Die Autor*innen beschreiben, dass Vulnerabilitätsindikatoren wie beispielsweise Aufmerksamkeitsdefizite in Kombination mit Umweltstressoren wie Expressed Emotions (EE)¹ zu Zwischenzuständen (z.B. Irritation, Rückzug) und zu erneutem Stress – beispielsweise in Form von mehr Kritik durch die angehörige Person – führen kann. Solche gegenseitigen Beeinflussungen tragen in der Folge dazu bei, dass physiologische Stressreaktionen bei der betroffenen Person auftreten, welche wiederum eine Überlastung der neuropsychologischen Verarbeitung induzieren können. Weitere Aspekte würden dann so zu einem Verstärkungs- und Aufrechterhaltungskreislaufs der Vulnerabilität der Person führen. Das psychophysiologische Stress-Vulnerabilitäts-Modell fokussierte in der Folge mehr

¹ EE beschreibt die emotionale Einstellung der Angehörigen Person dem/der Patient*in gegenüber, Bestandteile dieses Konstruktes sind die Faktoren Kritik und emotionales Überengagement. Jandl, M. (2009). *Expressed Emotions. Bedeutung der Angehörigen-und Patientensicht für das Stresserleben der Angehörigen psychiatrisch ersthospitalisierter Patienten im 3-Jahresverlauf*. Ludwig-Maximilians-Universität]. München. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/10031/1/Jandl_Mitja.pdf (S. 3)

auf die veränderte Stressregulation resp. auf eine bestehende erhöhte Stressaktivität bei den betroffenen Personen, die durch neurophysiologische Veränderungen im Gehirn begründet wurde (Clamor et al., 2020, S. 975). Die Integration von weiteren Aspekten (psychosoziale wie Trauma oder psychologische wie Selbstkonzept oder kognitive Verzerrungen und Emotionen) führte zu wesentlich komplexeren Modellen wie beispielsweise dem kognitiven Modell der Positiv-Symptomatik von Garety et al. 2001 in (Clamor et al., 2020, S. 976).

Neben der Verwendung für die Entwicklung von medizinischen und psychologischen Therapiemethoden sowie für die Weiterentwicklung der Erklärung von Psychosen oder der Schizophrenie in der Forschung, hat sich das Stress-Vulnerabilitäts-Modell in der psychiatrischen Versorgung als *das* Modell etabliert, das bei der Aufklärung und Schulung (Psychoedukation) von betroffenen Personen und ihren Angehörigen bezüglich der Erkrankung Schizophrenie verwendet wird. Auch wenn die meisten Modelle die Möglichkeit der Entwicklung von Coping und Stressbewältigung beschreiben und auch in Manualen zur Psychoedukation von betroffenen Personen darauf hingewiesen wird (Pitschel-Walz et al., 2008, S. 8), sehen Caspar et al. (2018, S. 86) auch die Gefahr, dass die starke Vereinfachung der Prozesse im Modell dazu führen kann, dass der Reduktion oder Vermeidung von Stress eine zu prominente Rolle eingeräumt wird und für die betroffenen Personen dadurch längerfristig Nachteile entstehen können. Durch diese starke Fokussierung würden wichtige Herausforderungen des Lebens, die für die menschliche Entwicklung und das Wachstum als wichtig erscheinen – wie beispielsweise eine Ausbildung zu beginnen, einen Arbeitsplatzwechsel zu vollziehen oder eine längere Auslandsreise zu machen – vermieden. Dies steht im Gegensatz zu dem im Kontext von Personal Recovery (siehe Kapitel 2.2.2) als sehr wichtig erscheinendes Konzept des Positive Risk-Taking (Slade, 2013, S. 23). Es bedeutet das Offensein für positive Risiken und das Versuchen solche einzugehen. Grundsätzlich scheint jedoch in den psychiatrischen Institutionen, aber auch in der direkten Unterstützung und Pflege von betroffenen Personen eher ein vermeidender Umgang mit Risiken vorzuherrschen (Burr & Richter, 2017), wozu allenfalls auch Konzepte wie das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ihren Beitrag geleistet haben.

2.1.4.3 Neurobiologische Befunde und Erklärungen zu Stimmenhören

Auch wenn immer wieder postuliert, gibt es weder eine breite Basis an Forschung noch eine einheitliche Idee der neurobiologischen Begründung von Schizophrenie oder Psychosen resp. des Phänomens Stimmenhören. Auch wenn Stimmenhören

als Symptom der Diagnosen Schizophrenie und Psychose verstanden werden kann, wird an dieser Stelle auf allgemeine neurobiologische Befunde und Erklärungen der Schizophrenie und Psychose, wie beispielsweise der bereits beschriebenen Dopaminhypothese, verzichtet (Heinz, 2000). Vielmehr wird versucht, die aktuelle Forschung in Bezug auf Stimmenhören – ob im Kontext der Diagnose Schizophrenie oder nicht – zusammenfassend darzustellen.

Ein wichtiger Aspekt der neurobiologischen Forschung zum Stimmenhören war, dass man mit bildgebenden Verfahren wie Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) oder Positronen-Emissions-Tomografie (PET) einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von akustischen Halluzinationen und der Aktivierung auditiver, aber auch sprachrelevanter Hirnregionen bildlich darstellen konnte. Dies gelang bereits um die Jahrtausendwende (Dierks et al., 1999) und wurde mehrfach repliziert und weiter verfeinert (Thoma et al., 2016). Der grundsätzliche Fokus dieser Forschungen war jeweils nicht per se das Phänomen Stimmenhören, sondern immer auch die neurobiologische Begründung der Schizophrenie oder Psychose. Deshalb waren auch mehrheitlich Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose involviert. Gleiche oder ähnliche Studien mit Menschen, die Stimmen hören ohne psychiatrische Diagnose, sind dem Autor nicht bekannt. Im Folgenden werden einige spezifische Konzeptualisierungen vorgestellt, die auf jenen Forschungsergebnissen begründet werden.

Eine Erklärung für die Ursache des Stimmenhörens geht davon aus, dass Menschen mit einer Diagnose im Bereich Psychose oder Schizophrenie internal erzeugte Sprache, wie beispielsweise Gedanken oder auch inneres lautloses Sprechen, als externe Stimmen wahrnehmen (Frith & Done, 1988, S. 438). In einem Editorial, in welchem Boksa (2009) die aktuelle Forschungslage zu diesem Thema zusammenfasst, verweist sie auf eine Studie von Blakemore et al. (2000), die sich mit der Frage beschäftigt, warum man sich nicht selbst kitzeln kann. Die Autoren (Ebd.) vermuten, dass das Erleben eines selbst erzeugten Reizes wie das Kitzeln abgeschwächt im Vergleich zu einem von außen erzeugtem Reiz ist, weil die sensorischen Folgen eines selbst erzeugten Reizes vorweggenommen werden. In ihrer Untersuchung zeigte sich, dass Teilnehmenden mit Halluzinationen diese Unterscheidung weniger gut gelingt (Ebd.). Sie führen dies auf einen Mangel an Konnektivität zwischen den Hirnregionen zurück, die eine Handlung auslösen und jenen, die die Handlung wahrnehmen. In einer Studie (Shergill et al., 2003) konnte das gleiche Phänomen auch bei Menschen mit der Diagnose Schizophrenie und Stimmenhören identifiziert werden. Es konnte eine abgeschwächte Reaktion in den Hirnbereichen identifiziert werden, die für die

Selbstbeobachtung und Wahrnehmung von innerer Sprache zuständig sind (Ebd. S. 525). Auch wenn es andere Befunde gibt (Evans et al., 2000), die zeigen, dass innere Sprache und akustische Halluzinationen nicht direkt verbunden sind, scheinen die oben beschriebenen Befunde dennoch wichtige Hinweise für die neurobiologische Erklärung von Stimmenhören zu liefern.

Eine ergänzende, auch die Neurobiologie betreffende ursächliche Erklärung für Stimmenhören ist, dass das Stimmenhören aus einem Zusammenbruch (in Engl.: brakedown) im neuronalen Prozess hervorgeht, der dafür zuständig ist, Erinnerungen zu rekonstruieren (Seal et al., 2004, S. 53). Störungen bei der Rekonstruktion von Erinnerungsfragmenten können dazu führen, dass Erinnerungen nur bruchstückhaft abgerufen werden, was zu Verwirrung über ihren Ursprung und zu Fehlinterpretationen führen kann.

Diskutiert wurde lange auch eine mögliche Verzerrung zwischen Wahrnehmung und bildlicher Vorstellung bei Menschen mit einer Diagnose Schizophrenie und Stimmenhören, die mit einer Zunahme der Intensität bildlicher Vorstellungen oder einer eingeschränkten Wahrnehmung in Einklang stehen könnten (Seal et al., 2004, S. 48). Neuere Untersuchungen konnten diese These aber nicht erhärten (Ebd., S. 49).

Diese sicherlich nicht vollständige Übersicht verschiedener neurobiologischer Erklärungsmodelle zeigt, dass Stimmenhören mit Aktivitäten in Hirnbereichen verbunden ist, die auch beim Sprechen und Hören aktiv sind. Zudem scheinen Prozesse der Reizwahrnehmung und -verarbeitung von innerer und äußerer Sprache aber auch der Rekonstruktion von Erinnerungen (bildliche und auditive) zur Erklärung von Stimmenhören relevant. Da einige genannte Hypothesen und Erklärungen nicht vollständig belegt sind und die meisten Untersuchungen mit Menschen mit einer Diagnose Schizophrenie gemacht wurden – ohne die entsprechenden Ergebnisse mit «gesunden» Stimmen hörenden Kontrollpersonen zu vergleichen oder zu validieren – sollten diese Resultate mit Vorsicht behandelt werden.

2.1.4.4 Genetik

Literatur zu Erkenntnissen oder Erklärungen von Stimmenhören und Genetik sind nicht vorhanden. Diese bezieht sich in der Regel auf die Diagnose Schizophrenie oder Psychose und haben in den letzten Jahren an Fahrt aufgenommen. Folgend werden wichtige Erkenntnisse aus zwei Forschungssträngen kurz zusammenfassend dargestellt.

Studien, die den Zusammenhang zwischen einem Genom resp. einem Single Nucleotide Polymorphism (SNP)² und einer Erkrankung identifizieren, werden Genom Wide Association Studies (GWAS) genannt. Diese analysieren und vergleichen die Genome vieler verschiedener Personen auf SNPs (Schweizerische Akademie der Naturwissenschaften (SNAT), 2021). Eine der großen Herausforderungen der Genforschung im Bereich Schizophrenie war, dass die ersten Resultate von GWAS zeigten, dass durch den polygenen Charakter der Schizophrenie die überwiegende Mehrheit der genetischen Risikoindikatoren nur sehr kleine Effektgrößen aufwiesen und somit nur einen kleinen Teil des Risikos erklären konnten (Dennison et al., 2020, S. 5). Dies führte zu einer systematischen Zusammenarbeit verschiedener Forschungsgruppen in internationalen Netzwerken, die durch das Zusammenlegen ihrer Datensätze zu bedeutend größeren Stichproben kamen, die nötig waren, um klare Zusammenhänge zu identifizieren, aber auch um weitere mögliche SNPs zu identifizieren. In einer aktuellen Studie mit mehr als 40'000 Fällen wurden 145 signifikante genetische Risikoindikatoren identifiziert (Pardiñas et al., 2018 in Dennison et al., 2020, S. 5). Die Ergebnisse der ersten Welle von Studien bis ca. 2011 bestätigen die Annahmen aus früheren Studien, dass die häufigsten und am stärksten wirkenden genetischen Indikatoren auf eine gestörte Hirnentwicklung und kognitive Dysfunktionen als relevante pathophysiologische Prozesse zur Erklärung der Schizophrenie hinweisen (Ripke et al., 2011, S. 972; Stefansson et al., 2009, S. 746). Eine zweite große Welle von GWAS konnte weitere SNPs identifizieren, unter anderem erstmals auch solche, die im Zusammenhang mit dem Dopamin-D2-Rezeptor stehen, welcher der zentrale Aspekt in der Dopamin-Hypothese zur Erklärung der Schizophrenie darstellt und auf den sämtliche antipsychotischen Medikamente abzielen (Dennison et al., 2020, S. 5). Weiter kommen dieselben Autor*innen in ihrem Übersichts Kapitel zum Schluss (Ebd.), dass trotz der Erfolge und des enormen Aufwandes die bisherigen Ergebnisse der GAWA's Studien lediglich einen kleinen Teil der Varianz der genetischen Prädisposition der Schizophrenie zu erklären. Zudem weisen sie auf etliche Studien hin, die darauf schließen lassen, dass auch im genetischen Bereich kulturelle und Umwelteinflüsse bestehen, die Verallgemeinerungen der bisherigen Resultate einschränken und das bisherige polygenetische Erklärungsmodell noch komplexer gestalten. Weiter handelt es sich bei den GAWAs um Korrelationsstudien, die

² Anm. des Verf.: SNP's sind Teile, an welchen der Unterschied zwischen den Genomen verschiedener Menschen identifiziert werden können

keine kausalen Rückschlüsse zulassen, sondern einfache Zusammenhänge beschreiben.

Daran anschließend soll hier noch auf einen weiteren wichtigen Bereich zur Identifikation und Erklärung der genetischen Einflüsse auf psychische Erkrankungen wie die Schizophrenie eingegangen werden. Dabei handelt es sich um Forschung zur Gen-Umgebungsinteraktion (Gene and Environment Interaction; GxE). In diesem Forschungsbereich geht es darum, die bereits bekannten genetischen und Umwelteinflüsse aus entsprechenden Studien zueinander in Beziehung zu stellen. Die aktuelle Konzeptualisierung dieser Interaktionen geht davon aus, dass Umwelteinflüsse genetisch moduliert werden und so einen unterschiedlichen Einfluss auf psychische Erkrankungen haben oder ein unterschiedlich großes Risiko für die Entstehung einer psychischen Erkrankung darstellen (van Os et al., 2008, S. 1067). Diese genetisch modulierten Umwelteinflüsse werden wie folgt auf die verschiedenen Phasen des Lebens aufgeteilt beschrieben (edb., S. 1071). Der pränatalen Phase werden u.a. Schwangerschaftskomplikationen wie Sauerstoffmangel des Fötus, Krankheiten und Stress der werdenden Mutter oder das Alter des werdenden Vaters zugeordnet. In der kindlichen Phase spielen u.a. die Qualität der Umgebung, in der ein Kind aufwächst wie Schule, Betreuung und Eltern sowie traumatische Erlebnisse wie Missbrauch oder Vernachlässigung eine bedeutende Rolle. In der späteren Kindheit und Adoleszenz stellen schließlich u.a. die städtische Umgebung, Cannabiskonsum, Migration und belastende Lebensereignisse Risiken dar. In einem aktuellen Review zum Thema identifizieren die Autorinnen (Wahbeh & Avramopoulos, 2021, S. 3 ff.) die drei Hauptbereiche bei denen unterschiedliche G x E Interaktionen belegt sind: 1. Infektionen, 2. Cannabis, 3. psychosozialer Stress und schwerwiegende Lebensereignisse in der Kindheit wie Missbrauch, Vernachlässigung oder eine dysfunktionale familiäre Situation. Sie diskutieren am Schluss die Limitationen der aktuellen Studienlage bezüglich der noch schlechten Vorhersagekraft und Verallgemeinerbarkeit der Modelle aber auch der schwierigen Messbarkeit von Umwelteinflüssen sowie der Probleme, genügend große Stichproben zu erhalten, um valide Ergebnisse zu erzielen.

2.1.4.5 Trauma

Wie der vorherige Abschnitt aufzeigt, scheinen schwerwiegende Lebensereignisse bei der Erklärung zur Entstehung von Erkrankungen im Bereich der Schizophrenie oder Psychose eine wichtige Rolle zu spielen. Dies widerspiegelt sich auch in einem eigenen Forschungszweig, der sich explizit mit diesem Thema beschäftigt und in den letzten Jahren einige spannende Erkenntnisse zu Tage gefördert hat.

Wie im Abschnitt 2.1.2.2 zum Thema Stimmenhören bei anderen psychischen Erkrankungen kurz angedeutet, gibt es bezüglich Stimmenhören und der Diagnose Schizophrenie einige Überschneidungen zu PTSD. Letzteren sind per definitionem ursächlich traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit zugeordnet. Im Gegensatz dazu wurde bei der Definition resp. Diagnose der Schizophrenie und den dazugehörenden Stimmen eben gerade dies ausgeschlossen (Moskowitz & Corstens, 2008). Die Resultate neuerer Forschung zeichnen dabei ein anderes Bild und stellen diese strikte Unterscheidung so auch etwas in Frage.

So beschreiben Varese et al. (2012) in einer Meta-Analyse der aktuellen Literatur den Zusammenhang von Kindheitstrauma und Psychose. Die genannten spezifischen schwerwiegenden Kindheitserlebnisse sind sexueller, körperlicher sowie emotionaler Missbrauch, Mobbing, der Tod eines Elternteils sowie Verwahrlosung. Sie kommen in ihrer Analyse bezüglich des Vorkommens solcher schwerwiegenden Kindheitserlebnisse bei Menschen mit einer Diagnose im Bereich Psychose oder Schizophrenie auf Wahrscheinlichkeitswerte (Odds Ratio, OR) zwischen 1.7 bis 3.4. Aus ihren Resultaten schließen sie, dass schwerwiegende Erlebnisse in der Kindheit mit einem erhöhten Risiko, an einer Psychose zu erkranken, verbunden sind. Cutajar et al. (2010) kommen zu einem sehr ähnlichen Befund. In ihrer Studie, in welcher sie die Daten einer Kohorte von jungen Menschen unter 16 Jahren mit sexueller Missbrauchserfahrung in der Kindheit mit solchen einer Stichprobe ohne Missbrauchserfahrung verglichen haben, konnte gezeigt werden, dass ein mehrfacher Missbrauch das Risiko wiederum erhöht. Luhrmann et al. (2019) beschreiben in ihrem Übersichtsartikel nicht nur den Zusammenhang von Trauma und Psychose, sondern auch jener mit Stimmenhören. Sie gehen davon aus, dass biologische, biopsychosoziale und/oder psychologische Faktoren den Prozess vom Trauma als Stressor bis hin zum Vorliegen einer Psychose oder dem Stimmenhören beeinflussen (Ebd., S. S25). Dabei weisen sie darauf hin, dass Trauma oft, aber nicht immer, mit dem Hören von Stimmen verbunden ist. Dabei verweisen sie auf Studien, die zeigen konnten, dass sich die Stimmen bei Menschen, bei denen sich beim ersten Auftreten ein klarer Bezug zu einem Trauma herstellen ließ, sich im Vergleich zu denen ohne Bezug zu einem Trauma unterscheiden. Stimmen mit Bezug zu einem Trauma wurden lauter wahrgenommen und bezogen sich auf Menschen im realen Leben der entsprechenden Person. Zudem waren Halluzinationen in anderen Sinnesmodalitäten (z.B. visuelle, gustatorische u.a.) häufiger, der allgemeine Gesundheitszustand der stimmenhörenden Personen schlechter und sie standen häufiger im Kontakt mit psychiatrischen Fachpersonen. Weiter weisen sie darauf hin, dass das Trauma den Inhalt der Stimme beeinflussen kann, indem sie

Elemente des ursprünglichen Ereignisses widerspiegeln. Weiter wird beschrieben, dass eine Trauma bedingte Dissoziation Halluzinationen hervorrufen und aufrechterhalten kann. Ergänzend zu den bis dahin beschriebenen Erkenntnissen zu Trauma und Stimmenhören hält Higgs (2020) fest, dass nicht nur individuelle Traumata, sondern auch gesellschaftliche (z.B. soziale Exklusion durch Stigma) und ökonomische Benachteiligungen (z.B. Armut) zu einem erhöhten Risiko von Psychose und negativem Erleben von Stimmenhören führen. Dementsprechend fordern sie, dass Interventionen nicht nur auf einzelne Personen abzielen sollen, sondern auf soziale Gemeinschaften, die Gesellschaft und soziale und ökonomische Aspekte.

2.1.4.6 Soziale Faktoren

Zusätzlich zu den eben beschriebenen Einflüssen und Ursachen für Psychose und Schizophrenie sowie Stimmenhören, soll hier noch auf ein paar soziale Faktoren eingegangen werden, die bereits im Abschnitt 2.1.3.4 zu Genetik und dem Zusammenspiel von Genetik und Umgebung (GxE) beschrieben wurden (van Os et al., 2008). Neben anderen Aspekten von van Os' Modell und solchen, die teilweise im vorherigen Kapitel zu Trauma aufgenommen wurden, scheinen die beiden Bereiche *Zugehörigkeit zu einer Minderheit in der Gesellschaft* sowie *die städtische Umgebung* relevant. Auf diese soll in der Folge noch etwas näher eingegangen werden, auch wenn sie sich nicht spezifisch auf Stimmenhören beziehen, sondern eher allgemein auf Psychose und Schizophrenie.

Minderheitszugehörigkeit und soziale Exklusion

Verschiedene Untersuchungen bestätigen, dass das Risiko, eine Diagnose im Bereich Psychose oder Schizophrenie zu erhalten, auch davon abhängt, ob man zu einer Minderheit gehört. Oft geht es dabei um ethnische Minderheiten resp. Hautfarbengruppen in einer Gesellschaft ³.

Selten et al. (2020, S. 304 f.) beispielsweise konnten in einer Meta-Analyse zeigen, dass in Europa, Kanada, Israel und Australien die Prävalenz von Psychosen oder Schizophrenie bei PoC mit afrikanischen oder karibischen Wurzeln gegenüber Weißen deutlich erhöht ist. van Os et al. (2010, S. 203 f.) beschreiben den Zusammenhang von Psychose und Schizophrenie und der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit über ein breites Spektrum von Ansätzen, Endpunkten, Settings und kulturellen Gruppendifinitionen sowie auch nach Bereinigung

³ i.d.R. geht es in den Texten um weiß vs. nicht weiß; nicht weiß wird im Folgenden mit dem Akronym PoC abgekürzt sowie einem Zusatz zum Herkunftsland; PoC bedeutet People of Colour; bisher gibt es keinen gleichwertigen Begriff dazu in Deutsch Diversitätsentwicklung, Diversity Arts Culture. Berliner Projektbüro für Diversitätsentwicklung (2022). Wörterbuch. Stiftung für Kulturelle Weiterbildung und Kulturberatung. Retrieved 11.02. from <https://diversity-arts-culture.berlin/woerterbuch/poc-person-color>

verschiedener Einflussfaktoren. Dabei scheint vor allem die «ethnische Dichte» im entsprechenden Gebiet relevant zu sein – je grösser der Anteil der eigenen ethnischen Gruppe im untersuchten Gebiet, desto geringer ist das Psychoserisiko. Sie weisen darauf hin, dass nicht die ethnische Gruppe per se das Risiko erhöht, sondern vielmehr das Ausmaß, in dem man eine Minderheitenposition einnimmt bzw. in welchem Verhältnis man im weiteren sozialen Umfeld auffällt. Beeinflussende Faktoren dabei seien soziale Probleme und Diskriminierung, die zu sozialer Marginalisierung oder sozialer Exklusion führen. Auch Anglin et al. (2021) beschreiben ähnliche Studienergebnisse aus den USA. Sie kommen in ihrem Review zum Schluss, dass PoC afrikanischer und lateinamerikanischer Herkunft unverhältnismäßig stark von ebendiesen Risikofaktoren und deren Folgen betroffen sind.

Städtische Umgebung oder Urbanität

Auch die städtische Umgebung wird in den aktuellen Studien als Ursache beschrieben. van Os et al. (2010, S. 204) weisen darauf hin, dass das städtische Umfeld (ähnlich dem Phänomen Herkunft als ursächlicher Faktor) über ein breites Spektrum von beeinflussenden Verzerrungs- resp. Beeinflussungsfaktoren wie höhere Raten von Drogenkonsum oder ethnische Minderheitengruppen verfügt. Studien, die diese Variablen bei den Berechnungen berücksichtigt haben, kommen dennoch zum Schluss, dass die städtische Umgebung das Psychoserisiko steigert. Zudem hätte in Längsschnittstudien gezeigt werden können, dass ein Umzug von einer städtischen in eine ländliche Umgebung in der Kindheit zu einer entsprechenden Verringerung des Risikos führt. Eine sehr aktuelle Übersichtsarbeit, in der Studien aus den unterschiedlichsten Regionen der Welt einbezogen wurden (Fett et al., 2019, S. 234 f.), zeigte keine grundlegend neue Resultate. Die Auswertung der Daten ergab komplexe Muster von Zusammenhängen von Urbanität und Psychose, teils mit erheblichen Unterschieden innerhalb von Europa und zwischen Ländern mit niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen weltweit. Auch hier wird darauf hingewiesen, dass beeinflussende Faktoren wie Migration, ethnische Dichte und wirtschaftliche Benachteiligung aber auch die Exposition gegenüber der Natur und der Zugang zu Ressourcen nur einen Teil der Auswirkungen der Urbanität erklären kann.

Das Kapitel 2.1.4 befasste sich bis anhin mit Forschungsergebnissen und Modellen zu Erklärungen und Ursachen von Psychosen und Schizophrenie sowie Stimmenhören. Dabei wurde auf medizinische, neurobiologische und auch kognitive Modelle eingegangen und Ursachen und beeinflussende Faktoren bezüglich Genetik, soziales Umfeld sowie Trauma beschrieben. Weitere relevante

Ansätze wie der Existentialismus, phänomenologische Zugänge und weitere fokussieren jedoch nicht auf Erklärungen und Ursachen der Stimmen, sondern auf das subjektive Erleben des Stimmenhörens und auf das Generieren von Erkenntnissen, um ein vertieftes Verständnis für diese Erfahrung entwickeln zu können.

2.1.5 Erleben und Erfahrungen zum Stimmenhören

In Bezug auf das Verständnis des Erlebens von Psychosen und Stimmenhören gibt es verschiedenen Zugänge, auf welche hier in einer nicht abschließenden Übersicht eingegangen wird. Diese basieren entgegen den bisherigen Zugängen nicht mehr auf biologischen und/oder medizinischen Modellen, sondern teilweise auf psychologischen oder anderen wie der Phänomenologie. Weitere Zugänge entziehen sich einer solchen Zuordnung. Sie berufen sich nicht auf ein bestimmtes Modell, sondern widerspiegeln auf unterschiedliche Art und Weise die Sicht von Menschen, die eigene Erfahrungen mit Stimmenhören oder anderem psychotischen Erleben gemacht haben.

Crisp (2019) weist darauf hin, dass durch einen existentiell-ontologischen Zugang gegenüber dem vorherrschenden reduktionistischen biomedizinischen Modell ein tieferes Verständnis für das individuelle Erleben einer Psychose ermöglicht werden kann. Der ontologische Zugang als Bezug zum Sein, im Kontext des Erlebens einer existenziellen Erfahrung wie der einer Psychose, bildet den Rahmen ihrer Ausführungen. Diesen verbindet sie mit ontologischen Tätigkeiten in der Psychologie und Psychotherapie. Sie beschreibt Psychose oder psychotisches Erleben als ein Spektrum "normaler" Erfahrungen in einer wechselseitigen Beziehung zwischen Person, Organismus und Umwelt. Dabei geht sie auf sechs ontologische Schlüsselaspekte menschlicher Erfahrung und deren Beziehung zur Person, ihrer Erfahrung und des Seins ein. Dies sind die Umwelt, die Temporalität oder Zeitlichkeit, die Perspektive und der interpretative Charakter, die Sorge oder Pflege, die Leiblichkeit und das im-Kontext-von-anderen-Sein. Dabei bezieht sie sich auf existentialistische, phänomenologische Philosophen wie Heidegger und Sartre und beschreibt und konkretisiert die Schlüsselaspekte mit Ausführungen und Beispielen von Menschen mit eigener Psychose-Erfahrung. Dabei bezieht sie sich einerseits auf den Erfahrungsfokussierten Ansatz, der von Romme and Escher (2013) Ende der 1980er Jahre unter Einbezug von Erfahrungen von Stimmenhörenden entwickelt wurde, aber auch auf Aufsätze und Artikel von Mitgliedern des weltweiten Netzwerks von Stimmenhörenden (Anm. d. Verf.: dieses ist unter dem Namen *Intervoice* bekannt – siehe auch folgendes Kapitel zur Stimmenhörbewegung). Solche finden sich beispielsweise von Dillon (2010) oder

Longden (2010) (Anm. d. Verf.: auf diese wird weiter unten näher eingegangen). Bei diesem existentiell-ontologischen Zugang kommt der Unterschied zu den bisherigen Zugängen sehr gut zum Ausdruck, indem das Erleben einer Psychose oder des Stimmenhörens als eine existentielle, menschliche Erfahrung und nicht als etwas Krankhaftes angesehen wird. Zudem fällt die dichotome Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit weg. Die Verbindung dieses existentiell-ontologischen Zugangs zu den bisher beschriebenen Themen ist der starke Fokus auf die Interaktion der Person mit der Umwelt. Dafür scheint der so zentrale Aspekt des *Seins* in den bisher beleuchteten Ansätzen wenig existent. Einerseits bezieht sich dieser stark auf die Person mit oder in ihrer Erfahrung, aber auch auf die zwei ontologischen Schlüsselaspekte *die Sorge oder Pflege* sowie das *im-Kontext-von-anderen-Sein*. Auch wenn sich diese beiden interaktionellen Schlüsselaspekte nicht explizit auf die Unterstützung von Fachpersonen beziehen, scheinen sie dennoch wichtige Aspekte für den Umgang mit und Interventionen für Menschen zu beinhalten, die Stimmen hören.

Eine Reihe von phänomenologischen Studien beschäftigten sich mit der Beschreibung der Erfahrung des Stimmenhörens. Daraus hat sich eine breite Kollektion an Zugängen ergeben, die ein vertieftes Verständnis bezüglich dieser Erfahrungen ermöglichen. Knudson and Coyle (2002) konzentrierten sich bei ihrer Beschreibung von zwei Fällen auf die Art der Erfahrung des Stimmenhörens und darauf, wie diese die Wahrnehmung der Beziehung zwischen den Stimmenhörenden und ihren Stimmen prägt. Sie schlussfolgern, dass es wichtig sei, Prozesse zu unterstützen, die es der stimmenhörenden Person ermöglichen, ihrer Erfahrung eine Bedeutung zu geben, um ihre nicht hilfreiche Beziehung zu den Stimmen zu ändern. In einer Fragebogenstudie zur Interpretation der Stimmenhörerfahrung von «gesunden», sich nicht in Behandlung befindenden und «kranken», sich in Behandlung befindenden Stimmenhörenden beschreiben Morrison, Nothard, et al. (2004, S. 1320) einen Zusammenhang zwischen der Interpretation der Stimmen durch die Betroffenen und den emotionalen (z.B. negative Gefühle), physischen (z.B. Lautstärke) und kognitiven (z.B. Einschätzung, ob interne oder externe Faktoren die Ursache für die Stimmen sind) Merkmalen der Stimmen, wobei physische Merkmale der Stimmen und metaphysische Überzeugungen auch signifikante Prädiktoren für die emotionalen Merkmale der Stimmen darstellen. Zudem kommen sie zum Schluss, dass die sich in Behandlung befindenden Stimmenhörenden die Stimmen grundsätzlich als negativer einschätzen. Beavan (2011) identifizierte in ihrer phänomenologischen Studie mit Menschen aus der Allgemeinbevölkerung, die Stimmen hören, fünf wesentliche Merkmale der Erfahrungen mit den Stimmen:

1. Die Stimmen wurden als persönlich bedeutsam eingeschätzt
2. Den Stimmen wurde eine eigene charakteristische Identität zugeordnet
3. Die Person hat eine Beziehung zu ihren Stimmen
4. Die Erfahrung hat einen bedeutenden Einfluss auf das Leben der stimmenhörenden Person
5. Die Erfahrung hat einen Sinn für die Realität der Person.

Sie schlussfolgert, dass es wichtig ist, die Stimmen als real anzuerkennen und der Person zu helfen, ihren Stimmen und dem, was sie sagen, einen Sinn zu geben. Dies könnte ihnen helfen, die Beziehung zu den Stimmen mit der Beziehung zu anderen Menschen in Verbindung zu bringen. Eine große (n=153) phänomenologische mixed-methods Online-Umfrage (Woods et al., 2015) fokussierte auf die subjektiven Erfahrungen und Einschätzungen von Stimmenhörenden aus psychiatrischen Kliniken, Stimmenhörgruppen und psychiatrischen Diskussionsforen. Die meisten Teilnehmenden gaben an, mehrere Stimmen zu hören und konnten ihnen charakteristische Eigenschaften zuordnen. Etwas weniger als die Hälfte gab an, wortwörtliche auditive Stimmen zu hören und ein etwa gleich großer Teil nahm die Stimmen als gedankenähnliche Phänomene oder gemischt (auditiv und gedankenähnlich) wahr. Zwei Drittel der Teilnehmenden berichteten über Körperempfindungen während des Stimmenhörens, insbesondere bei sehr negativen oder gewalttätigen Stimmen. Obwohl Furcht, Angst, Depression und Stress häufig mit den Stimmen in Verbindung gebracht wurden, berichtete ein Drittel der Teilnehmenden über positive und ein weiterer Drittel über neutrale Emotionen. In statistische Analysen konnte zudem gezeigt werden, dass sich die gemischt wahrgenommenen Stimmen im Laufe der Zeit eher veränderten, eher innerlich verortet waren (z.B. innerhalb des Kopfes) und eher zu Konversationen bereit waren. Eine spanische Studie beschäftigte sich etwas spezifischer mit den positiven und unterstützenden Aspekten der Stimmen (Lorente-Rovira et al., 2020). Sie befragten 68 Personen mit einer Diagnose im Bereich Schizophrenie aus vier verschiedenen psychiatrischen Kliniken mittels Fragebogen zu den positiven und unterstützenden Seiten der Stimmen. Mehr als ein Drittel der Befragten gaben an, in den vier Wochen vor der Untersuchung neben negativen auch positive Stimmen gehört zu haben resp. hörte ein Fünftel neben nicht hilfreichen auch hilfreiche Stimmen. Zudem gaben mehr als zwei Drittel an, mindestens einmal in ihrem Leben positive Stimmen gehört zu haben. Fast die Hälfte der Teilnehmenden gab an, dass sich die Anzahl der positiven resp. hilfreichen Stimmen über die Zeit nicht verändert hatte. Von denen, bei welchen sich die Anzahl der positiven oder hilfreichen Stimmen verändert hatte, gab ein größerer Anteil an, dass sich die Anzahl reduziert

hatte, also die positiven und hilfreichen Stimmen über die Zeit weniger geworden waren. Die Teilnehmenden gaben zudem an, dass sie die positiven und hilfreichen Stimmen in der Regel täglich erleben und dass die Stimmen direkt mit den Personen sprechen. Als häufigste positive Attributionen wurde genannt, dass nicht die Stimmen, sondern die stimmenhörende Person die Kontrolle über die Stimmen hat und die Person will, dass die Stimmen erhalten bleiben, weil sie der Person helfen, sich wichtig zu fühlen sowie sie unterhalten und amüsieren. Bezüglich der nützlichen Stimmen wurde angegeben, dass sie die Personen nicht nur im Studium, bei der Ausübung des Berufs oder in finanziellen Angelegenheiten, sondern auch bei Aktivitäten zur psychischen und körperlichen Gesundheit, bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens oder bei der Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten unterstützen.

2.1.6 Die Stimmenhörbewegung

Einen sehr wichtigen Beitrag zum aktuellen Diskurs in der Psychiatrie rund um das Thema Stimmenhören leistet die internationale Stimmenhörbewegung (Hearing Voices Movement; HVM). Das HVM ist ein weltweites Netzwerk von Stimmenhörenden und von regionalen und nationalen Zusammenschlüssen von Stimmenhörenden. Seit 2007 sind diese unter der Dachorganisation Intervoice zusammengeschlossen (Intervoice, 2022b). Wie auf ihrer Webseite zu lesen ist (Intervoice, 2022a), geht es neben der administrativen Unterstützung und Vernetzung von regionalen und nationalen Netzwerken auch um die Verbindung von Menschen und Ideen bezüglich Stimmenhören. Intervoice und somit die HVM fördert einen hoffnungsvollen und rechtbasierten Ansatz in Bezug auf das Stimmenhören. Sie erweitert ihren Fokus aber auch auf das Sehen von Visionen und damit verbundene Erfahrungen. Zu den Grundwerten des HVM gehören die folgenden Annahmen:

- Das Hören von Stimmen, das Sehen von Visionen und ähnliche Phänomene werden als bedeutungsvolle menschliche Erfahrungen angesehen, die auf vielfältige Weise verstanden werden können.
- Das Hören von Stimmen und die bereits genannten anderen Phänomene sind kein Zeichen einer Erkrankung. Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Stimmen können aber großen Stress verursachen.
- Unterstützung für Menschen, die von ihren Erfahrungen überwältigt sind, sollten auf Respekt, Einfühlungsvermögen, informierter Entscheidung und Verständnis für die persönliche Bedeutung der Stimmen im Kontext des Lebens der entsprechenden Person beruhen.

Dabei sei nochmals deutlich auf den Umstand hingewiesen, dass es innerhalb der HVM als eine divers zusammengesetzte Bewegung wichtig ist, der Diversität von verschiedenen Konzeptionen und Verständnissen bezüglich dem Stimmenhören Rechnung zu tragen und all diese, wenn immer möglich, einzubeziehen. Die Diversität setzt sich auch bezüglich der Ebenen fort, auf welchen Veränderungen stattfinden können. Dabei werden neben der individuellen Ebene auch gruppenbezogene, gemeinschaftliche und gesellschaftliche genannt. Die HVM kann als eine Bewegung gesehen werden, die sich auch in größeren sozialen, gesellschaftlichen und politischen Kontexten für eine Veränderung bezüglich des Verständnisses von Stimmenhören und einem entsprechenden Umgang damit einsetzt. Sie ist anderen ähnlichen Bewegungen gleichzusetzen, die sich für die Interessen von Nutzenden von psychiatrischen Dienstleistungen einsetzen. An dieser Stelle seien beispielsweise die Organisation Mind Freedom (Mindfreedom, 2022) oder das National Empowerment Centre in den USA (National Empowerment Center, 2022) genannt, die die aktive Beteiligung von Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung an politischen Prozessen zur Veränderung und Verbesserung der psychiatrischen Angebote fordern und fördern.

Ein relevanter Aspekt der Entwicklung des HVM waren immer auch Menschen, die ihre Erfahrungen mit dem Stimmenhören öffentlich kundgaben und somit zu Leitfiguren innerhalb der Bewegung aber auch darüber hinaus wurden. Dazu gehören unter anderen Ron Coleman (1999), Peter Bullimore (2010) und Eleonor Longden (2010). Bei der Betrachtung ihrer Stimmenhörergeschichten fällt die Gemeinsamkeit auf, dass die Unterstützung und Behandlung im traditionellen, stark medizinisch orientierten psychiatrischen Gesundheitssystem nicht nur als nicht hilfreich, sondern als schädigend empfunden wurde – insbesondere die Deutung der Stimmen als Symptom einer Erkrankung im Bereich Psychose oder Schizophrenie, welches hauptsächlich mit Medikamenten eliminiert werden sollte. Im Rahmen dieser Therapie und Unterstützung verschlechterte sich aus ihrer Sicht ihr Zustand und leitete einen Teufelskreis ein: Die Negativität der Stimmen wurde stärker, was oft auch gegen ihren Willen zu einer Steigerung der Medikamentendosierung führte, dies wiederum Aggressionen und gewaltsames Verhalten auslöste, welches wiederum in weiteren Zwangsmaßnahmen gipfelte. Ein Wendepunkt in den Genesungsgeschichten stellte der verstehende und kontextualisierende Zugang zu den Stimmen dar, den sie teilweise selbst und teilweise mit Unterstützung von Personen aus dem HVM für sich entdeckten, übernahmen und nutzbar machen konnten.

Ein wichtiger Anteil an der Entwicklung und Formierung des HVM hatten die Forschungsarbeiten von Sandra Escher und Marius Romme (2013), die sich seit Ende der 1980er Jahren mit dem Thema Stimmenhören beschäftigten. Ihre und anderen Forschungsarbeiten zeigten schon früh, dass Stimmen in der Allgemeinbevölkerung häufiger vorkommen als bisher angenommen (Romme & Escher, 1989; Romme & Escher, 1994; Romme et al., 1992) (siehe auch Unterkapitel 2.1.3 Stimmenhören in der Allgemeinbevölkerung). Der Startpunkt ihrer Forschung stellte ein Fernsehinterview dar, das Marius Romme als Psychiater mit einer seiner Patientinnen, die Stimmen hörte, im Staatsfernsehen gab (Romme & Escher, 1989, S. 209). Einem Aufruf während der Sendung, dass Interessierte Menschen aus der Allgemeinbevölkerung mit ihnen Kontakt aufnehmen sollten, folgten 700 Personen. Von den 450, die Stimmen hörten, gab ein Drittel an, einen guten Umgang mit den Stimmen gefunden zu haben. Bei näherer Betrachtung der Unterschiede der beiden Gruppen bezüglich des Umgangs mit den Stimmen (Ebd., S. 214) zeigte sich, dass die mit einem guten Umgang öfter angegeben haben:

- Selbst stärker als die Stimmen zu sein
- Den Stimmen Grenzen setzen zu können
- Den Stimmen nicht gehorchen zu müssen
- Die Stimmen ignorieren zu können
- Aus eigener Kraft einen guten Umgang mit den Stimmen gelernt zu haben
- Die Stimmen nicht als eine reale Person in ihrem Leben zu erkennen
- Die Stimme als ein spezielles Geschenk anzusehen

In den Schlussfolgerungen ihres Artikels (Ebd., S. 215) fordern sie schon damals ein Umdenken in der psychiatrischen Praxis. Der Fokus in der Unterstützung und Behandlung sollte stärker darauf liegen, gemeinsam mit den Stimmenhörenden genauer zu untersuchen, welche Bezugsrahmen und Bewältigungsstrategien für sie passen, damit ein besserer Umgang mit der Stimmenhörfahrung entwickelt werden kann. Als wichtigste Schritte in diesem Prozess nennen sie:

- Die Stimmenhörfahrung der Person akzeptieren.
- Zu versuchen, die unterschiedlichen Sprachen zu verstehen, die die Personen mit den Stimmen verwenden, wenn sie über ihre Stimmen und deren Referenzrahmen sprechen sowie auch die unterschiedlichen Sprachen, die die Stimmen verwenden, wenn sie mit der Person kommunizieren. Oft sind dabei Symbole und Gefühle beteiligt. Zum Beispiel können die Stimmen vielleicht über Licht und Dunkelheit sprechen, wenn sie Liebe und Aggression ausdrücken wollen.

- Wege suchen, wie der Person geholfen werden kann, mit den Stimmen zu kommunizieren. Dabei können Fragen zur Unterscheidung zwischen guten und schlechten Stimmen wie auch das Akzeptieren negativer Emotionen der Person relevant sein.
- Stimmenhörende dazu animieren, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen sowie über andere Erfahrungen zu lesen, um das Tabu und die soziale Isolation abzubauen.

Insbesondere Sandra Escher beschäftigte sich mit dem Stimmenhören bei Kindern und Jugendlichen. In einer Längsschnittstudie über drei Jahre (Escher et al., 2002) fand sie heraus, dass bei 60% der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen die Stimmen nach drei Jahren wieder abgeklungen waren und dass der Status «in psychiatrischer Behandlung» mit einer negativen Bewertung der Stimmen in Bezug auf Aufdringlichkeit und Macht verbunden war. Prädiktoren für das anhaltende Vorkommen der Stimmen waren die Schwere und Häufigkeit der Stimmen, damit verbundene Ängste und das Fehlen eindeutiger Auslöser bezüglich Ort und Zeit. Im Großen und Ganzen waren die Ergebnisse mit denen der bisherigen Forschung bei erwachsenen Personen vergleichbar.

Wie bereits erwähnt, waren die Berichte über die Genesung von Menschen mit Stimmenhörerfahrung ein wichtiger Teil der Entwicklung des HVM, der ihre Werte und Grundannahmen beeinflusst hat (Romme und Morris, 2009). Wie Schnackenberg (2017a, S. 71) ausführt, ist es in der HVM stark verbreitet, dass Menschen, die Stimmen hören – ob sie sich als genesen bezeichnen oder nicht – eine tragende Rolle bei der Unterstützung und Schulung anderer Menschen spielen, die mehr Kontrolle über und einen besseren Umgang mit den Stimmen erreichen wollen. Teilweise waren dies äußerst inspirierende Persönlichkeiten wie beispielsweise Ron Coleman, der den Slogan «From Victim to Victor», der u.a. durch andere Bürgerrechtsbewegungen bereits bekannt war, für die HVM nutzte und bekannt machte. Die zentrale Botschaft dabei ist, sein eigenes Leben und nicht jenes der Stimmen zu leben (Coleman, 1999). Innerhalb der Bewegung wurden und werden Menschen, die Stimmen hören, als Experten durch Erfahrung und Fachpersonen als Experten durch Ausbildung betrachtet, was zu einer gleichberechtigteren Begegnung zwischen den beiden Gruppen führen soll (Schnackenberg, 2017a, S. 71). Zudem sei das Verständnis und die Konzeptualisierung der Stimmenhörerfahrung innerhalb der HVM stark von der Annahme geprägt, dass die Stimmen als kontextueller Ausdruck von ungelöstem Missbrauch, Trauma, Identität oder anderen bedeutsamen Lebensfragen und -erfahrungen zu verstehen sind. Dies impliziert eine aktive Auseinandersetzung mit

den Stimmen sowie damit verbundenen Themen und steht stark im Gegensatz zu den traditionellen, stark biologisch orientierten Ansätzen, die fast ausschließlich zu Passivität anregen. Als Folge der Berichte und Erfahrungen innerhalb der HVM, der Forschungsarbeiten rund um Romme and Escher (2013) sowie der vielen Berichte über die mangelnde wissenschaftliche Gültigkeit der Diagnose Schizophrenie wurde innerhalb der HVM der Ruf laut, das Schizophrenie-Konzept aufgrund seiner schädlichen Auswirkungen aufzugeben (Schnackenberg, 2017a, S. 72).

Der Ansatz, der sich innerhalb und rund um das HVM entwickelt hat, fordert also einen neuen Umgang mit und ein neues Verständnis bezüglich der Stimmen (Styron et al., 2017, S. 708). Stimmenhören soll nicht als Symptom einer Erkrankung angesehen werden, sondern vielmehr als eine normale, verstehbare Wahrnehmungsvariation. Bei Problemen durch negative Erfahrungen mit den Stimmen sei es wichtig, den Fokus bezüglich Ursachen und Lösungen auf die subjektive Wahrnehmung, den Lebenskontext und die psychosoziale Situation der Person, wie zum Beispiel auf negative Lebensereignisse wie Traumata, zu legen. Letztere Forderung wird auch zunehmend durch neuere Forschungsergebnisse gestützt (siehe auch entsprechende vorhergehende Kapitel), die zeigen, dass die in der Psychiatrie postulierte qualitative Unterscheidung der Stimmen bei Schizophrenie und bei posttraumatischen Belastungsstörungen nicht als gegeben angeschaut werden kann (McCarthy-Jones & Longden, 2015) und dass ein Zusammenhang von Trauma und psychotischen Symptomen wie Stimmenhören sehr wahrscheinlich ist, unabhängig der gestellten Diagnose (Bentall et al., 2012; Varese et al., 2012).

2.1.6.1 Auswirkungen und Folgen

Bezüglich den Auswirkungen und Folgen, denen Menschen mit einer Diagnose im Bereich Schizophrenie, Psychose oder Stimmenhören ausgesetzt sind, fällt auf, dass es nicht immer einfach ist, zwischen den Ursachen und den Auswirkungen zu unterscheiden, da ursächliche Faktoren, wie sie anfänglich in diesem Kapitel (2.1.3) genannt werden (z.B. Trauma, schwerwiegende Erlebnisse, Minderheitszugehörigkeit und soziale Exklusion), oft direkt oder indirekt auch als Folgen von schweren psychischen Erkrankungen (Anm. d. Verf.: wozu in der Regel auch die Diagnose Schizophrenie gezählt wird) in Erscheinung treten können. Zudem ist es schwierig zu unterscheiden, inwiefern eine Auswirkung sich auf die Diagnose oder das Stimmenhören oder auf andere Aspekte wie das soziale Umfeld oder die Behandlung selbst bezieht.

Symptome der Schizophrenie und Psychose und ihre Auswirkungen

Die traditionelle medizinische Psychiatrie beschreibt die Auswirkungen der Erkrankung oft in Zusammenhang der Symptome der entsprechenden Diagnose. Stimmenhören gilt wie bereits an verschiedenen Stellen erwähnt als Symptom der Diagnose Psychose und Schizophrenie im Bereich der Wahrnehmungsstörungen (Gonther, 2017, S. 205). Die Auswirkungen dieser Erfahrung können unterschiedlich sein (Gonther, 2017, S. 256 ff.). Dabei wird oft darauf hingewiesen, dass dadurch, dass eine Erfahrung wie die des Stimmenhörens meist von außenstehenden Personen nicht geteilt oder verstanden werden kann, sich eine Verunsicherung einstellt, «*ein Gefühl des Sich-anders-Fühlens und des -Ausgeschlossen-Seins*» (Ebd., S. 257). Dies kann zu einem starken sozialen Rückzug führen, der zum Abbruch von Beziehungen, der Schule oder der Ausbildung sowie zum Verlust der Arbeitsstelle führen kann. Ebenso kann es zu Gefühlen wie Wut kommen, welche sich in sozialen Kontakten auch als Aggression oder Gewalt zeigen können. Insbesondere beim Stimmenhören von negativen Inhalten wird auch Angst als Auswirkung beschrieben (Ebd. S. 262), welche große Unsicherheit und Einschränkungen im Alltag der betroffenen Personen auslösen kann. Insgesamt zeigt sich, dass sich die Folgen oder Auswirkungen von Stimmenhören schwer von anderen Symptomen oder Aspekten psychischer Probleme trennen lassen und sie sich bei jedem Menschen unterschiedlich manifestieren. Bei der Diagnose Schizophrenie werden meist drei ungefähr gleich häufig auftretende Verlaufsformen beschrieben. Dabei geht es um ein einmalig, akut auftretendes Ereignis, einen mehrmalig, akut auftretenden Verlauf mit teilweise bleibenden Symptomen und einen langanhaltenden Verlauf (Ebd., S. 256).

Man geht davon aus, dass verschiedene Faktoren dazu führen, ob bei Menschen mit «unauffälligen» psychotischen Erfahrungen (Anm. d. Verfassers: in der Forschungsliteratur spricht man dabei von *subclinical psychotic phenomena*) diese zu klinisch relevanten werden, sprich diese Menschen in der Folge auch psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen (Verdoux & van Os, 2002). Dabei scheint nicht per se das Vorhandensein von Symptomen wie z.B. Stimmenhören relevant, sondern vielmehr die Reaktions- und Umgangsformen damit (Krabbendam et al., 2005). Als Schlüsselfaktoren für die Inanspruchnahme konnten u.a. negative emotionale Reaktionen wie Depressionen sowie das Fehlen von Bewältigungsstrategien wie aktives oder passives Lösen von Problemen identifiziert werden (Ebd., S. 184). Weiter konnte in einer anderen Studie gezeigt werden, dass positive Überzeugungen bezüglich Sorgen und negative Überzeugungen wie Unkontrollierbarkeit und Gefahr sowie Aberglaube und

Bestrafung bei Menschen mit Psychose, die in Behandlung sind, häufiger waren als bei nicht in Behandlung stehenden (Morrison et al., 2007, S. 2244).

Körperliche Gesundheitsprobleme und reduzierte Lebenserwartung

Der Zusammenhang von körperlichen Gesundheitsproblemen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie eine deutlich verkürzte Lebenserwartung gelten in der Wissenschaft schon lange als belegt. Man geht davon aus, dass die Lebenserwartung bei Menschen mit der Diagnose Schizophrenie gegenüber der Allgemeinbevölkerung um 13 bis 15 Jahre kürzer ist (Chan et al., 2022, S. 9; Hjorthøj et al., 2017, S. 299). In einem Bericht der *Lancet Psychiatry Commission* (Anm. d. Verf.: Zusammenarbeit von internationalen Expert*innen mit dem Ziel, wissenschaftliche Erkenntnisse in der Psychiatrie aus der ganzen Welt zusammenzufassen und einen Fahrplan für die künftige Forschung, Praxis und Politik zu entwickeln) wird das aktuelle Wissen dazu wie folgt zusammengefasst (Firth et al., 2019, S. 675):

- Die relevantesten ursächlichen Faktoren für die verkürzte Lebenserwartung von Menschen mit der Diagnose Schizophrenie sind ein ungesunder oder schädlicher Lebensstil, körperliche Gesundheitsprobleme und -erkrankungen sowie die Nebenwirkungen von Neuroleptika.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen haben ein 1.4- bis 2-fach erhöhtes Risiko für Übergewicht, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Anm. d. Verf.: je nach psychiatrischer Diagnose und körperlichen Gesundheitsproblemen sind die Werte auch höher). Die meisten Untersuchungen bezogen sich hierbei auf psychische Erkrankungen wie Schizophrenie und schwere Depressionen.
- Im Zusammenhang mit der erhöhten Prävalenz von körperlichen Erkrankungen werden Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Schlafstörungen, Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung als ursächliche Faktoren identifiziert. Dabei spricht man auch von Lifestyle-Faktoren.
- Insbesondere Neuroleptika – also die Medikamente, die routinemäßig bei Psychose und Schizophrenie und somit auch bei Menschen, die Stimmen hören eingesetzt werden – haben nachteilige Auswirkungen auf viele Aspekte der körperlichen Gesundheit. Dazu gehören Gewichtszunahme, kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Hyperprolaktinämie (was zu Problemen beim weiblichen Zyklus und sexuellen Funktionsstörungen führen kann), motorische Probleme (u.a. Krämpfe, Tremor, innere Unruhe) sowie kognitive Einschränkungen und Sedation.

Es zeigt sich hier also, dass man davon ausgeht, dass die verkürzte Lebenserwartung einerseits mit dem ungesunden Lebensstil, aber auch mit der Einnahme von Neuroleptika und deren metabolischen Nebenwirkungen im Zusammenhang stehen. Insbesondere wegen den noch anderen unerwünschten Wirkungen von Neuroleptika (siehe auch Kapitel 2.3.2 Medikamentöse Therapie) scheint es wichtig, nicht medikamentöse alternative Therapie- und Unterstützungsformen zu entwickeln und anzubieten.

Soziale Exklusion (Arbeit, Wohnen, Partnerschaft) und Stigma

Soziale Inklusion und soziale Teilhabe gelten als wichtige Aspekte für die Genesung von psychischen Problemen. Dabei geht es um die Bereiche Wohnen, Arbeit, Freizeit und auch Partnerschaft (Richter, 2018, S. 100). Soziale Exklusion umfasst dementsprechend Probleme bei der Teilhabe in diesen Bereichen. Untersuchungen in Deutschland und der Schweiz zeigen, dass die soziale Exklusion bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und insbesondere bei Menschen mit Schizophrenie gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist (Richter & Hoffmann, 2019, S. 4), aber auch gegenüber Menschen mit anderen psychischen oder somatischen Erkrankungen (Richter et al., 2006, S. 7). Eine Untersuchung aus dem Vereinigten Königreich zeigte, dass bei Menschen mit psychischen Erkrankungen stärkere Symptome, eine höhere Anzahl an bisherigen stationären Aufenthalten sowie Stigmata Prädiktoren für eine stärkere Ausprägung der sozialen Exklusion sind (Mezey et al., 2022, S. 425). Das heißt, dass neben den psychischen Problemen sowie der stationären Behandlung auch das Stigma eine wichtige Rolle bei der sozialen Exklusion spielt.

Stigma als Begriff bedeutet, dass ein Merkmal einer Person (z.B. psychische Erkrankung, Diagnose, Stimmenhören) in der Gesellschaft als normabweichend angesehen wird. Der Träger des Merkmals wird dabei nicht mehr als Individuum, sondern mit der vorherrschenden negativen Einstellung gegenüber dem Merkmal beurteilt und dadurch nicht mehr als ein vollwertiges Mitglied der Gemeinschaft angesehen (Aydin & Fritsch, 2015, S. 247). Die dadurch entstehende soziale Distanz führt dazu, dass beispielsweise ein Arbeitgeber eine Person ohne bekannte psychische Erkrankung eher einstellt. Stigmatisierung geschieht aber nicht nur durch die Allgemeinbevölkerung, sondern auch durch Fachpersonen in der Psychiatrie. Verschiedene Untersuchungen konnten zeigen, dass insbesondere Fachpersonen nahe der Medizin – wie die Ärzteschaft oder die Pflege – deutlich stigmatisierendere Einstellungen gegenüber Menschen mit psychiatrischen Diagnosen haben als andere Fachpersonen oder die Allgemeinbevölkerung (Nordt et al., 2006, S. 712 f.). Die Stigmatisierung überträgt

sich auf die entsprechenden Personen, indem sie sich mit den ihnen zugeschriebenen negativen Attributen zu identifizieren beginnen, wobei dann von Selbststigmatisierung gesprochen wird (Aydin & Fritsch, 2015, S. 250).

Bezüglich sozialer Exklusion scheint für die zukünftige Entwicklung in der Psychiatrie und den entsprechenden Angeboten wichtig, die hier beschriebenen Zusammenhänge zu berücksichtigen. Die Etablierung einer offenen, verstehenden und ganzheitlichen Sicht und Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Problemen scheint zentral.

Gewalt und Trauma

Gewalt und Traumatisierung werden oft als Auswirkung von schweren psychischen Erkrankungen wie der Schizophrenie beschrieben und diskutiert. Im Kontext der Stigmatisierung von Menschen mit der Diagnose Schizophrenie zeigt eine repräsentative Studie aus Deutschland (Angermeyer & Matschinger, 2003, S. 529), dass ungefähr ein Drittel der Befragten Patienten mit der Diagnose Schizophrenie als aggressiv oder gefährlich einschätzen – im Vergleich zu solchen mit der Diagnose Depression, wo die Werte unter 20% lagen. Demgegenüber zeigen aktuelle Daten zur Gefährlichkeit von Menschen mit der Diagnose Schizophrenie ein heterogenes Bild. Neben Studien, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung von einem erhöhten Risiko für verbale und körperliche Drohungen sowie Körperverletzungen und Tötungsdelikte ausgehen, gibt es auch solche, die dies nicht bestätigen konnten (Cho et al., 2019, S. 475). Viel eher geht man davon aus, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung Opfer von sexueller, häuslicher und anderen Arten von Gewalt werden und dies zu Traumatisierung führen kann (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), 2018, S. 231). Die Autor*innen der Leitlinie zeigen dabei weiter auf, dass die im Rahmen von psychiatrischen Behandlungen eingesetzten Zwangsmaßnahmen zu Traumatisierung führen können. Zudem würden bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und einer Traumatisierung in der Vorgeschichte öfter Zwangsmaßnahmen angewendet, was zu Retraumatisierung führen könne.

Dieser kurze und sicher nicht umfassende Überblick zeigt, dass die Ausübung von Gewalt durch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie der Schizophrenie nicht per se als Auswirkung der Erkrankung gesehen werden kann. Viel eher scheinen eigene Gewalterfahrungen und Traumatisierung (die auch als ursächliche Faktoren bei der Diagnose Schizophrenie beschrieben werden, vgl. Abschnitt 2.1.4.5 Trauma) nicht nur, aber auch im Rahmen der psychiatrischen Behandlung relevant.

2.2 Konzeptualisierung von Genesung – symptomfokussierte und personenorientierte Ansätze

Wenn Stimmenhören ein Symptom einer Erkrankung oder ein Phänomen darstellt, das unter anderem zu Leiden führen kann, stellt sich unvermeidlich auch die Frage nach Genesung oder Heilung. In diesem Abschnitt geht es um Modelle und Konzepte, die im psychiatrischen und psychosozialen Bereich sowie auch in der psychiatrischen Pflege aktuell diskutiert werden. Dabei kann nicht außer Acht gelassen werden, dass Modelle der Genesung oder Heilung unweigerlich mit dem dahinterliegenden «Krankheitsverständnis» verbunden sind, so wie es im vorangehenden Abschnitt dargestellt wurde. In der englischsprachigen *Mental Health* Literatur bedeutet der Begriff *Recovery* Genesung oder Heilung und wird weitverbreitet auch so verwendet. Auch wenn die Diversität der verschiedenen Ansätze im letzten Abschnitt groß ausgefallen ist, liegt der Fokus der im folgenden Abschnitt vorgestellten Modelle insbesondere auf der medizinischen Konzeption von Genesung, was dann in etwa dem Begriff der Heilung im medizinischen Sinne in Deutsch entspricht (Van Eck et al., 2017, S. 631) und von *Personal Recovery*, einer Konzeption, die auf den Erfahrungen und Positionen von Menschen mit eigener Krankheits- und Genesungserfahrung aufbaut. Da bisher noch keine einheitliche und konsistent verwendete deutsche Übersetzung des Begriffs *Personal Recovery* existiert, werden für die beiden unterschiedlichen Konzeptionen auch im Folgenden die englischen Begriffe verwendet.

2.2.1 Clinical Recovery – der symptomfokussierte oder medizinische Ansatz

Clinical Recovery stellt die traditionelle Sichtweise der bisher stark von einer medizinischen Konzeptualisierung psychischer Erkrankungen und entsprechender Diagnosen geprägten Psychiatrie dar. Aufgrund des Fokus dieser Arbeit sowie auch der vorliegenden Literatur liegt bei den weiteren Ausführungen der Schwerpunkt auf dem Bereich Schizophrenie oder Psychose. Es scheint, dass dieser als Idealtypus geeignet ist, das Thema möglichst prägnant darstellen zu können, auch wenn die Konzeptionen und Aussagen daraus allenfalls nicht vollumfänglich oder nur mit entsprechenden Anpassungen und Differenzierungen auf andere Bereiche von psychischen Erkrankungen übertragbar sind.

Wie der Titel schon sagt, geht es bei diesem Ansatz vor allem um Symptomremission und dadurch entstehende Einschränkungen im Leben. Dabei stellen in der Regel die Ärzt*innen und anderen Fachexperten die Instanz dar, die diese aus einer objektiven Perspektive anhand von entsprechenden Instrumenten einschätzen sollte (Andreasen et al., 2005). Eine weit verbreitete Definition (Lieberman et al., 2002) besagt beispielsweise, dass wenn die folgenden, eher

unspezifischen Faktoren vorliegen und diese einen Zeitraum von zwei Jahren überdauern, clinical Recovery erreicht ist:

- Vollständige Remission der Symptome (Psychopathologie)
- Eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung oder eine Ausbildung
- Ein unabhängiges Leben ohne Aufsicht und Kontrolle durch Angehörige
- Das Vorhandensein von Freunden, mit denen gemeinsame Aktivitäten unternommen werden können

Etwas spezifischer äußerte sich die Arbeitsgruppe *Remission in Schizophrenia Working Group* aus den USA bezüglich konkreten Kriterien zur Überprüfung der Symptomemission (Andreasen et al., 2005). Diese Kriterien sollen Ärzt*innen, Patient*innen und Angehörigen helfen, sich wieder auf positiv formulierte, erreichbare und objektive Ergebnisse der Behandlung zu fokussieren. Die vorgeschlagenen Kriterien bestehen aus zwei Elementen:

- Einem symptombasierten Kriterium, das die Kernsymptome der Schizophrenie abdeckt, so wie sie im Diagnosemanualen (ICD-10 oder DSM-IV) beschrieben werden
- Einem damit gekoppelten Zeitkriterium von 6 Monaten

Die symptombasierten Kriterien stellen niedrige Punktzahlen bei den folgenden acht diagnostisch relevanten Symptomen auf der Positiv-Negativ-Syndrom-Scale (PANSS) dar:

1. Wahnvorstellungen
2. ungewöhnliche Gedankeninhalte
3. halluzinatorisches Verhalten
4. konzeptionelle Desorganisation
5. Manieriertheit und Positur
6. Affektive Abstumpfung
7. sozialer Rückzug
8. Mangel an Spontaneität und Gesprächsfluss

Zudem schlagen sie alternative Messinstrumente wie die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) und die Scale for Negative Symptoms resp. Scale for Positive Symptoms (SANS, SAPS) (siehe auch 3.4.2 Beschreibung der Messinstrumente) zur Bewertung der Kriterien vor.

Auch wenn es durchaus kritische Positionen bezüglich der Relevanz und Nützlichkeit der Verwendung solcher Kriterien gab (siehe u.a. van Os et al. (2006)), scheint es innerhalb der medizinischen Psychiatrie in den Folgejahren zu keinen

inhaltlichen Weiterentwicklungen mehr gekommen zu sein (Yeomans et al., 2010). Dies widerspiegelt sich auch in der aktuellen Interventionsforschung. Dabei wird größtenteils Psychopathologie als primäres Ergebniskriterium gewählt und die BPRS, wie von Andreasen et al. (2005) vorgeschlagen, als häufigstes Instrument verwendet. In einem Review zu psychologischen Interventionen in der Psychiatrie von Bighelli et al. (2018) wurden nur Studien eingeschlossen, die Psychopathologie resp. Symptomremission als Ergebniskriterium definiert hatten. In einem Review von Barnicot et al. (2020) zu psychologischen Interventionen in der Akutpsychiatrie wurde in 21 der 29 Studien allgemeine Psychopathologie und in 14 Studien Schizophrenie-spezifische Psychopathologie als relevantes Ergebniskriterium genutzt. Ein ähnliches Bild zeigt sich in einem Review zu Selbstmanagement-Interventionen in der Psychiatrie (Lean et al., 2019), wenn auch themenbedingt etwas weniger ausgeprägt. Dies ist erstaunlich, da man annehmen könnte, dass Ergebnisse im Bereich Lebensqualität, Hoffnung oder subjektive Einschätzungen zur Genesung von höherer Relevanz sind.

Zusammengefasst bedeutet clinical Recovery eine Reduktion oder das gänzliche Verschwinden der Symptome, die für die entsprechende Krankheit resp. Diagnose als Bedingung definiert wurden.

2.2.2 Personal Recovery - der personenfokussierte und prozessorientierte Ansatz

Personal Recovery wird als ein persönlicher, einzigartiger, nicht linearer Veränderungsprozess eigener Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen beschrieben, um trotz, mit oder wegen einer psychischen Erkrankung ein hoffnungsvolles, sinnerfülltes und selbstbestimmtes Leben führen zu können (Amering & Schmolke, 2012, S. 25).

2.2.2.1 Recovery als Bürgerrechtsbewegung

Personal Recovery geht auf eine Bürgerrechtsbewegung zurück, die große Überschneidungen mit der HVM hat. Ihr Ursprung liegt in den 1980er Jahren in den USA, wo Menschen mit Psychiatrieerfahrung anfangen, sich gegen die paternalistische und hierarchische psychiatrische Versorgung aufzulehnen und für mehr Rechte und einen stärkeren Einbezug von Menschen mit eigener Krankheits- und Genesungserfahrung in die Gestaltung der psychiatrischen Versorgung und Behandlung zu kämpfen (Amering & Schmolke, 2012, S. 23). Als Vorbote dieser kritischen Bewertung kann allenfalls auch das Aufkommen des psychosozialen Ansatzes bei Menschen mit körperlichen Einschränkungen angesehen werden, der in den 1960er Jahren in den USA von Beatrice A. Wright geprägt wurde (Dunn & Elliott, 2005). Der Hauptfokus lag dabei nicht mehr auf der Beschreibung,

Definition und Behandlung der körperlichen Erkrankung oder Einschränkungen, sondern vielmehr auf deren Auswirkungen auf das alltägliche Leben der Personen. Dabei wurde gefordert, dass die Fachpersonen und -unterstützungen diese Aspekte stärker berücksichtigen sollten.

Eine zentrale Rolle in der Recovery-Bewegung spielten Betroffene, die in der Öffentlichkeit aber auch in Fachkreisen an Kongressen oder in Fachzeitschriften über ihre eigene Erfahrung zu berichten begannen. Schon Anfang der 1980er Jahre bestand in einer der renommiertesten Fachzeitschriften in der Psychiatrie, dem *Schizophrenia Bulletin*, der «First Person Account» als eine Artikelform, die es Menschen mit eigener Erfahrung ermöglichte, ihre Krankheits- und Genesungsgeschichte oder Teile davon aus ihrer eigenen Perspektive zu beschreiben. Dabei entstanden sehr eindrückliche Berichte. So endete der von Houghton (1982) mit dem folgenden Worten (S. 552; Übersetzung durch den Autor):

*«Viele Menschen haben sich in den letzten 5 Jahren für mich eingesetzt. Ich habe hier nur ein paar von ihnen erwähnt. **Meine Familie und meine Freunde** haben mir stets Liebe in Hülle und Fülle gegeben. Sie haben mich gecoacht, ermutigt, mit mir geweint und gelacht. Sie waren meine Armee gegen diejenigen, die mir meinen Platz als produktives, wertvolles Mitglied der Gesellschaft verweigerten. **Mein Therapeut, Jeremy P. Waletzky, M.D.**, ist ein Freund geworden. Er hat mir erlaubt, sein Lehrer zu sein. Norman Rosenberg, **mein Anwalt** beim Mental Health Law Project, bestätigte meine Zurechnungsfähigkeit. Er war meine Stütze in den Kämpfen gegen eine Universität, die mir die Wiederezulassung zur Graduiertenschule verweigerte, und gegen einen Vorgesetzten, der mir mit der Versetzung in den Ruhestand drohte. **Meine Vorgesetzten** haben mir einen Sinn und Zweck in meinem Leben wiedergegeben. Indem sie mir einen Ort gaben, an dem ich anderen geben und helfen konnte, so glaube ich, haben sie viele Plätze an viele Menschen gegeben wie mich.»*

Dieses Beispiel zeigt neben vielen anderen eindrücklich, dass eine hoffnungsvolle, unterstützende Umgebung, die sich für Möglichkeiten und die Rechte der Person einsetzt, wichtig ist, um seinen Platz in der Gesellschaft wieder zu finden. Weitere Berichte folgten über die Jahre, so auch derjenige von Deegan (1988) im *Psychosocial Rehabilitation Journal*, in dem sie aufgrund ihrer Geschichte und Erfahrung den Unterschied zwischen Rehabilitation und Recovery herausarbeitete und die sehr rigiden, klar strukturierten Rehabilitationsprogramme kritisierte resp. ihre Unfähigkeit, flexibel auf die Personen und die individuellen Genesungsprozesse einzugehen (S. 16). Patricia Deegan avancierte in der Folge

zu einer Leuchtfigur innerhalb der Recovery-Bewegung und trug maßgeblich u.a. zur Konzeption und zum Verständnis von der Bedeutung von Hoffnung und Zuversicht innerhalb des Recovery-Ansatzes bei (Burr et al., 2012, S. 15 ff.). Zudem entwickelte sie das Konzept *Personal Medicine*, das individuelle Aktivitäten beschreibt, die dem Leben einen Sinn und ein Ziel geben, das Selbstwertgefühl steigern, Symptome lindern und helfen, unerwünschte Folgen wie Krankenhausaufenthalte zu vermeiden (Deegan, 2005).

2.2.2.2 Der konzeptuelle Rahmen von Recovery

Im Jahre 1993 publizierte Anthony (1993) – ein promovierter Psychologe und damaliger Leiter des Universitären Zentrums für Psychiatrische Rehabilitation in Boston (USA) – einen Artikel, in dem er Personal Recovery definiert als *«zutiefst persönlichen, einzigartigen Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben, trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen zu leben. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die katastrophalen Auswirkungen von psychischer Krankheit hinauswächst»* (S. 15). Dabei weist er darauf hin, dass es bei Personal Recovery um viel mehr geht, als um die Genesung von der Erkrankung. Es gehe auch um die Genesung von Stigma, von den iatrogenen Auswirkungen der Behandlung (Anm. d. Verf.: z.B. Trauma durch Zwangsbehandlung, Langzeitnebenwirkungen von Medikamenten), von den fehlenden Möglichkeiten der Selbstbestimmung, von den negativen Auswirkungen durch Arbeitslosigkeit und von zerschlagenen Träumen. Zudem definierte er in seinem Artikel nicht nur wie oben beschrieben das Verständnis des «Konzeptes» von Personal Recovery, das aus der Bürgerrechtsbewegung und den Erfahrungen der involvierten Psychiatrieerfahrenen entstanden ist. Er beleuchtet auch, was dieses Verständnis von Genesung für die Forschung und der darin zu verwendenden Ergebniskriterien bedeutet, wie beispielsweise Selbstbestimmung, Empowerment und Selbstwert. Zudem geht er auf das Thema ein, wie psychiatrische Dienstleistungen verändert werden müssen, um Personal Recovery als individuellen Genesungsprozess zu unterstützen. In der weiteren Entwicklung des Verständnisses, worum es bei Personal Recovery geht, wurde das Konzept auch vermehrt Forschungsgegenstand.

Ein Teil dieser Forschung beschäftigte sich mit den Fragen, welche inhaltlichen Merkmale solche persönlichen Recovery-Prozesse auszeichnen und wie Personal Recovery als Prozess in verschiedenen Stadien beschrieben werden kann. In einer Übersichtsarbeit (Andresen et al., 2003) bezüglich der Forschung der

vorangegangenen zehn Jahre, werden einerseits relevante Merkmale sowie ein Phasenmodell von Personal Recovery vorgestellt. Sie beschreiben vier inhaltliche Schlüsselprozesse von Personal Recovery (S. 589-590):

- Hoffnung finden (Engl.: *finding hope*)
- Identität wiedererlangen (Engl.: *re-establishment of identity*)
- einen Sinn und/oder eine Bedeutung im Leben finden (Engl.: *finding meaning in life*)
- Verantwortung für die Genesung übernehmen (Engl.: *taking responsibility for recovery*)

Das vorgestellte Modell von Personal Recovery als Prozess wurde in den folgenden fünf Phasen beschrieben (Ebd., S. 591) (siehe auch Abbildung 1)

1. **Moratorium:** Dieses Stadium ist gekennzeichnet durch Nicht-Wahrhaben-Wollen, Verwirrung, Hoffnungslosigkeit, Identitätsverwirrung und Rückzug zum Selbstschutz.
2. **Erkenntnis** (Engl.: *awareness*): Es zeigen sich für die Person erste Zeichen von Hoffnung auf ein besseres Leben und darauf, dass Genesung möglich ist. Dies kann auf ein inneres Ereignis zurückgehen oder auf eine Fachperson, sonstige Bezugsperson oder eine Vorbildperson, allenfalls auch durch eigene psychische Probleme ausgelöst werden. Es stellt sich vermehrt das Bewusstsein ein, dass es ein anderes Selbst als das einer «kranken Person» geben kann – ein Selbst, das zur Genesung fähig ist. Oftmals ist diese Phase von außen nicht von der Moratoriumsphase zu unterscheiden.
3. **Vorbereitung** (Engl.: *preparation*): Die Person beschließt, mit der Arbeit an der Genesung zu beginnen. In dieser Phase geht es darum, sich mit dem unversehrten Selbst, mit den eigenen Werten, Stärken und Schwächen auseinanderzusetzen, sich über die verschiedenen Aspekte der psychischen Erkrankung und die verfügbaren Unterstützungsangebote zu informieren, Genesungskompetenzen zu erwerben, sich in Gruppen zu engagieren und Kontakte zu Menschen zu knüpfen, die Gleiches oder Ähnliches erlebt haben.
4. **Wiederaufbau** (Engl.: *rebuilding*): In dieser Phase findet die Genesung statt. Die Person arbeitet hart daran, sich eine positive Identität zu schaffen. Dazu gehört das Setzen von Zielen und das Hinarbeiten auf diese, was auch eine Neubewertung alter Ziele und Werte beinhaltet. In dieser Phase geht es darum, Verantwortung für den Prozess der Genesung und der Bewältigung der Krankheit resp. der Auswirkungen der Krankheit auf das Leben zu übernehmen sowie Kontrolle über das eigene Leben zu erlangen. Dazu gehört es, Risiken einzugehen, Rückschläge zu erleiden und es noch einmal zu versuchen.

5. **Wachstum** (Engl.: *growth*): Diese letzte Phase der Genesung könnte man als das Ergebnis dieser betrachten. Die Person ist zwar nicht völlig frei von Symptomen, weiß aber, wie sie mit ihrer Krankheit umgehen und gesund bleiben kann. Die Person ist angesichts von Rückschlägen belastbar und hat Vertrauen in ihre eigene Fähigkeit, ihre psychischen Probleme und Krankheitsphasen zu überwinden. Dabei behält sie eine positive Einstellung. Die Person lebt ein erfülltes und sinnvolles Leben und blickt in die Zukunft. Ein positives Selbstwertgefühl zeichnet diese Phase aus, wie auch das Überzeugung, dass diese Erfahrungen einem zu einem besseren Menschen gemacht haben.

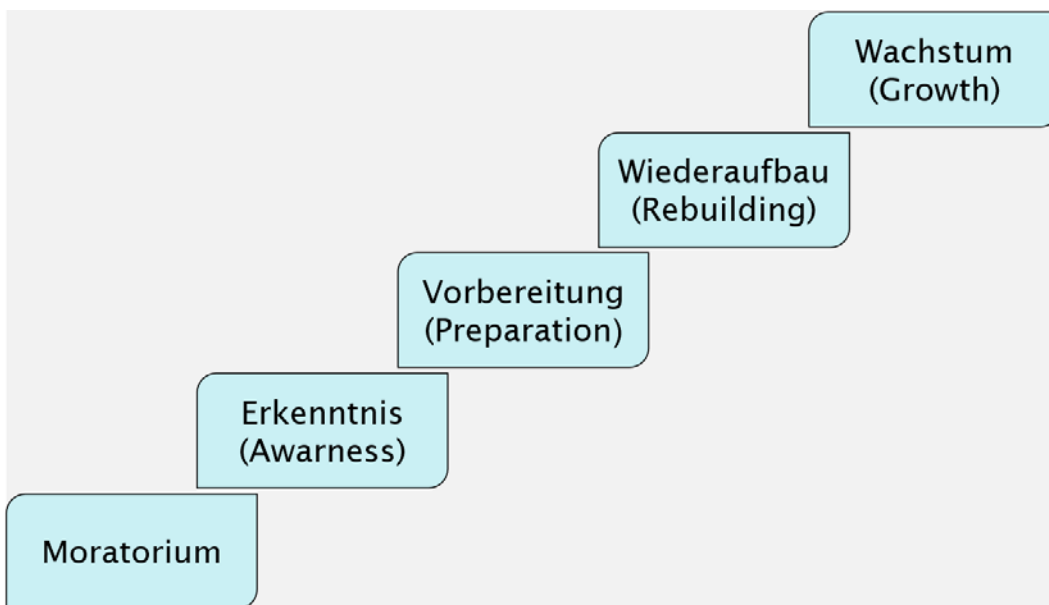


Abbildung 1: Stages of Recovery nach Andresen et al., 2003

In Bezug auf Stimmenhören wurde schon früher ein Phasenmodell beschrieben. Im Rahmen der Forschung zu Unterscheidungsmerkmalen von Stimmenhörenden, die einen guten Umgang mit den Stimmen gefunden haben gegenüber solchen, denen das noch nicht gelungen war (Romme et al., 1992), wurde der Prozess zur Entwicklung eines guten Umgangs mit den Stimmen in drei Phasen beschrieben (Romme & Escher, 1989, S. 210 ff.):

1. **Die Phase des Erschreckens** zeichnet sich durch ein Gefühl der Überwältigung bezüglich der unbekanntenen Erfahrung des Stimmenhörens aus. Das Unbekannte und oft auch die Negativität der Inhalte der Stimmen führen zu starker Angst, Verunsicherung und Verwirrung. Die Stimmen werden als überwältigend und allmächtig erlebt. Diese Erfahrung führt zu großen Einschränkungen und Behinderungen im Alltag der stimmenhörenden Person.
2. **Die Organisationsphase** wird als nicht mehr ganz so überwältigend beschrieben. Die Person hat sich schon etwas an die Situation und die

Stimmen gewöhnt. Zudem stehen hier erste Versuche an, eine Beziehung mit den Stimmen zu gestalten. Neben dem Gefühl von Wut und Ärger gegenüber den Stimmen und Versuchen, sie zu ignorieren oder gegen sie anzukämpfen, wird zunehmend versucht, sich auf die positiven Stimmen zu fokussieren, sich mit ihnen zu beschäftigen, allgemein sie zu akzeptieren sowie positives Denken und eine positivere Einstellung im Leben zu etablieren. Erste Erfahrungen, wie man mehr Kontrolle über die Stimmen erreichen kann, können ebenfalls dieser Phase zugeordnet werden.

- 3. Die Stabilisierungsphase** zeichnet sich durch eine ausgeglichene Beziehung mit den Stimmen aus. Ängste sind in den Hintergrund getreten und stattdessen ist ein Gefühl der Kontrollierbarkeit in den Vordergrund gerückt. Die Stimmen werden als Teil von sich selbst oder als Teil des Lebens wahrgenommen und akzeptiert. Ihre Aussagen werden in der Regel als passend zu sich und der Lebenssituation verstanden – auch wenn dies nicht immer angenehm ist. Romme and Escher (2013) weisen darauf hin, dass in dieser Phase *«die Person das eigene Leben wieder zurückgewinnt und sich vom Opfer zum Sieger entwickelt (Coleman & Smith, 2014)»* (S. 96).

Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahre 2011 (Leamy et al.) bildete dann zumindest für eine gewisse Zeit einen «Endpunkt» der Klärung, worum es sich bei Personal Recovery handelt. Gegenüber der Übersichtsarbeit von Andresen et al. (2003) zeigen sich große Ähnlichkeiten bei der Beschreibung von Recovery als Prozess. Dennoch zeigen sich auch einige Ergänzungen oder Weiterentwicklungen. So charakterisieren Leamy et al. (2011, S. 448) Recovery als einen aktiven, individuellen, nicht linearen, phasischen Prozess. Weiter wird er als eine Reise beschrieben, die von Versuch und Irrtum gekennzeichnet ist und auch Scheitern und lebensverändernde Erfahrungen beinhaltet. Der zentrale Teil dieser Übersichtsarbeit beinhaltet fünf zentrale Prozesse von Personal Recovery:

- Verbundenheit (Engl.: *connectedness*) beinhaltet allgemein Beziehungen, Peer-Unterstützung und Selbsthilfegruppen, Unterstützung durch andere sowie Teil der Gemeinschaft sein.
- Bei Hoffnung und Optimismus in Bezug auf die Zukunft (Engl.: *hope and optimism about the future*) geht es um den Glauben an die Möglichkeit der Genesung, um Motivation zur Veränderung, hoffnungsvolle Beziehungen, positives Denken und die Wertschätzung des Erfolgs sowie darum, Wünsche und Träume zu haben.

- Identität (Engl.: *identity*) enthält die Annahme, dass es verschiedene Dimensionen von Identität gibt, dass es um die Entwicklung oder den Wiederaufbau eines positiven Identitätsgefühls oder Selbstbildes geht.
- Lebenssinn (Engl.: *meaning in life*) beinhaltet den Krankheitserfahrungen eine Bedeutung zu geben, Spiritualität, Lebensqualität, ein sinnvolles Leben mit sinnvollen sozialen Zielen und Rollen sowie den Wiederaufbau des Lebens.
- Selbstermächtigung (Engl.: *Empowerment*) bezieht die persönliche Verantwortung, die Kontrolle über das eigene Leben sowie die Fokussierung auf Stärken mit ein.

Diese fünf Prozesse werden kurz als Akronym CHIME beschrieben (Anm. d. Verf.: Anfangsbuchstaben der fünf Prozesse in englischer Sprache).

Die Autor*innen konkludieren, dass mit dem in der Übersichtsarbeit dargestellten konzeptuellen Rahmen eine Basis geschaffen worden sei, der nun dazu genutzt werden sollte, sich vermehrt der Erforschung und Umsetzung von Recovery in psychiatrischen Dienstleistungen sowie der Entwicklung von Messinstrumenten für die Forschung und Evaluation zu widmen. In der Folge kam es dennoch zu einigen Diskussionen bezüglich der Vollständigkeit des beschriebenen konzeptionellen Rahmens. Stuart et al. (2017) kritisierten, dass negativen Erfahrungen sowie auch kultureller Diversität zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde und sie schlugen eine Erweiterung des Akronyms CHIME mit dem Zusatz -D für *Difficulties* vor. Weitere Forschung in spezialisierten Bereichen wie beispielsweise der forensischen Psychiatrie oder auch Forschung, die mehr auf spezifische Diagnosen wie Bordeline, Sucht, Persönlichkeits- oder Essstörungen fokussiert, konnte CHIME(-D) als konzeptuellen Rahmen immer wieder bestätigen resp. ähnliche Aspekte identifizieren (van Weeghel et al., 2019, S. 4 ff.). Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die starke Fokussierung von Personal Recovery auf die Person und den individuellen Genesungsprozess (Topor et al., 2022). Auch wenn Personal Recovery als ein persönlicher Prozess in einem sozialen Kontext verstanden worden sei, habe sich dies bei der Einführung von Personal Recovery in die psychiatrischen Dienstleistungen stark verändert. Unter Einfluss einer neoliberalen politischen Agenda sei der Blick viel stärker auf die persönliche Rolle des Einzelnen und seine Verantwortung für sein Wohlergehen hervorgehoben worden, so dass kontextuelle, soziale Faktoren in den Hintergrund getreten seien. Personal Recovery sei immer mehr als individuelle Reise beschrieben worden, in der es darum geht, die Person selbst und die Wahrnehmung ihrer Situation zu verändern, nicht aber die Situation oder den sozialen Kontext. Die meistzitierte Definition von Anthony (siehe Kapitel 2.2.2) akzeptiere die Grenzen durch die

Erkrankung, die auch das medizinische Krankheitsmodell setzt. Sie kommen zum Schluss, dass dies auch ein Grund für die breite Akzeptanz von Personal Recovery in der Mainstream-Psychiatrie gewesen sein könnte, auch wenn das Modell zu Beginn als Bruch mit dem biomedizinischen Paradigma empfunden wurde. Sie fordern, dass eine neue Konzeptualisierung von Personal Recovery mit einem starken Einbezug von sozialen Kontexten vonnöten sei (Ebd., S. 1).

2.2.2.3 Recovery-orientierte psychiatrische Dienste

Neben der Beschreibung und Definition zentraler Aspekte von Personal Recovery und entsprechender Prozesse beschäftigte sich die Forschung, aber auch die klinische Praxis, vermehrt mit dem Ursprungsanliegen der Recovery-Bewegung. Es ging um die Frage, wie sich psychiatrische Dienstleistungen transformieren sollten, um Menschen bestmöglich auf ihren individuellen Recovery-Prozessen zu unterstützen. Bezugnehmend auf relevante Literatur, insbesondere aus Australien und dem Vereinigten Königreich, beschreiben Ramon et al. (2007, S. 111) weitere Aspekte bezüglich Personal Recovery. Diesen wurde eine hohe Relevanz zugesprochen bezüglich eines Umdenkens hinsichtlich der psychiatrischen Unterstützungsangebote, um Personal Recovery besser aufbauen zu können:

- Förderung der Interdependenz im Sinne einer gegenseitigen Unterstützung und eines Aufeinander-angewiesen-Seins sowie auch der Selbsthilfe. Andere Menschen können eine Quelle der Unterstützung und Bestätigung des Selbstwertes sein.
- Hoffnung als eine zentrale Komponente von Personal Recovery.
- Der Recovery-Prozess erfordert eine systematische Auseinandersetzung und Anstrengung. Diese beinhaltet sowohl Risikobereitschaft als auch Risikovermeidung.
- Das Recht zu scheitern als ein wesentlicher Bestandteil der neuen Bedeutung von Recovery.
- Entgegen herkömmlichen Krankheits- und Genesungsmodellen wurde Personal Recovery und deren Bedeutung vornehmlich von Menschen mit eigener Krankheits- und Genesungserfahrung geschaffen. Recovery wird von ihnen breit akzeptiert und hat transformative Auswirkungen auf die Person aber auch auf das psychiatrische Unterstützungssystem.
- Personal Recovery führt zu einem Übergang von einem defizitorientierten Modell des Lebens mit psychischen Erkrankungen zu einem an Stärken orientierten, das ein Leben außerhalb der Krankheit beinhaltet.

Im gleichen Jahr veröffentlicht Farkas (2007), die wie William Anthony am Zentrum für psychiatrische Rehabilitation an der Universität in Boston tätig war, einen

Artikel, in dem sie vier Schlüsselwerte für Recovery-orientierte psychiatrische Institutionen definierte. Diese sind für die Unterstützung von Menschen in ihrem persönlichen Recovery-Prozess von zentraler Bedeutung und dementsprechend sollen sich psychiatrische Angebote daran orientieren (S. 71-72).

1. **Personenorientierung:** Erzählungen oder Geschichten von Menschen mit eigener Krankheits- und Genesungserfahrung verdeutlichen den Wunsch, dass psychiatrische Fachpersonen Interesse an ihnen als Person und in anderen sozialen Rollen zeigen. Personen mit psychischen Problemen, die Fachhilfe aufsuchen, fühlen sich durch eine Fokussierung der Fachpersonen auf die Krankheit oder die Person als Fall geschädigt oder nicht als Mensch wahrgenommen und verstanden. Recovery-orientierte psychiatrische Dienstleistungen sollten sich demnach auf den Menschen und die Entwicklung von Talenten und Stärken konzentrieren. Personenorientierung bedeutet auch, den Zugang zu Ressourcen und dem Netzwerk außerhalb des psychosozialen Systems zu fördern, wo sinnvolle, gesellschaftlich anerkannte Rollen erlangt werden können.
2. **Partizipation:** Die Partizipation von Personen mit eigener Krankheits- und Genesungserfahrung in die Entwicklung, Gestaltung und Erbringung psychosozialer Dienste gilt als entscheidender Bestandteil eines Qualitätsmanagementsystems für alle psychosozialen Dienste sowie für die Entwicklung eines Gefühls der Selbstverantwortung und einer veränderten Selbstidentität. Die aktive Förderung der Anstellung von Personen mit eigener Krankheits- und Genesungserfahrung als Peer-Mitarbeitende, als Unterstützung für Patient*innen oder Klient*innen sowie als Expert*innen durch Erfahrung, als Unterstützung für Fachpersonen und Verwaltungspersonal ist ein wichtiges Element bei der Entwicklung von Recovery-orientierten Organisationen und Diensten. Der Slogan der Recovery-Bewegung "Nichts über uns ohne uns" (engl.: nothing about us without us) fasst die Erwartungen an eine Partnerschaft und Partizipation an Recovery-orientierten Dienstleistungen zusammen.
3. **Selbstbestimmung und Wahlfreiheit:** Selbstbestimmung und Wahlfreiheit sind die Eckpfeiler des Recovery-Prozesses. Die Möglichkeit, die eigenen langfristigen Ziele zu wählen, die Methoden, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen, und die Personen oder Angebote, die bei diesem Prozess behilflich sind, stellen Bestandteile einer Organisation dar, die diesen Wert anerkennt. Um einer Person dabei zu helfen, ihr Leben wieder sinnvoll zu gestalten, muss die Selbstbestimmung unterstützt werden und – falls erforderlich – sollten Möglichkeiten und Unterstützungen geschaffen werden,

so dass Personen präferenzorientierte, fundierte Entscheidungen fällen können. Ein genesungsorientierter Dienst, der auf Wahlmöglichkeiten basiert, bietet dem Einzelnen auch ausreichend Informationen über Medikamente, ihre beabsichtigten Wirkungen und Nebenwirkungen, damit Betroffene aus einer Reihe von Möglichkeiten wählen können, welche Medikamente sie zur Unterstützung ihres Recovery-Prozesses nutzen möchten.

4. **Hoffnung:** Hoffnung für die Zukunft ist ein wesentlicher Bestandteil aller Recovery-orientierten psychiatrischen Dienste. Das Engagement für die Schaffung und Aufrechterhaltung von Hoffnung sowohl bei Personen, die Unterstützung in Anspruch nehmen als auch bei Fachpersonen ist entscheidend für Recovery-orientierte psychiatrische Dienste. Dies soll dem Glauben von Fachpersonen entgegenwirken, dass es unrealistisch ist, von ihren Patient*innen oder Klient*innen Genesung zu erwarten, weil sie "zu krank" oder "zu behindert" sind. Da diese Mitarbeiter selbst keine Hoffnung haben, können sie keine Genesungsorientierung fördern. Hoffnungsvoll zu sein bedeutet nicht, Genesung zu versprechen. Hoffnung bedeutet, sich daran zu erinnern, dass Recovery ein individueller, langfristiger Prozess ist, der mit vielen Rückschlägen und Erfolgen verbunden ist.

Zuerst in den englischsprachigen Ländern, aber mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum ist Recovery fester Bestandteil von nationalen Behandlungsleitlinien (siehe National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014b, S. 71) oder Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.) (2018, S. 48)) und stellt demnach eine verpflichtende Orientierung für psychiatrische Dienste dar. In einigen angelsächsischen Ländern ist eine Recovery-Orientierung psychiatrischer Dienste gesetzlich verankert (Slade, 2009a).

2.2.2.4 Peer-Involvement

Eine spezielle Rolle bei Personal Recovery hat die Peer-Unterstützung oder die Peer-Arbeit. Der Begriff ist schon in den vorhergehenden Beschreibungen der Konzeptionen von Personal Recovery aufgetaucht. Mit Peer-Arbeit ist der Einsatz von Menschen mit eigener Erfahrung im Umgang mit psychischen Problemen und Genesung gemeint. Sie ist für Personal Recovery von zentraler Bedeutung (World Health Organization (WHO), 2017). Der Begriff «Peer» oder «Genesungsbegleiter*in» wird oft verwendet, wenn es um die Begleitung von anderen Menschen geht, die mit ähnlichen Erfahrungen und Problemen konfrontiert sind und dabei ihre eigenen Erfahrungen genutzt werden (Cronise et al., 2016; Utschakowski, 2015). Beim Einsatz in der Bildung sowie in der

Forschung und Entwicklung wird oft der Begriff Expert*innen durch Erfahrung genutzt, um die Erfahrung als Expertise hervorzuheben, dies als Alternative oder Ergänzung zur Expertise von Fachpersonen. Oft wird der Begriff «Peer» stellvertretend für all die verschiedenen Rollen und Bezeichnungen verwendet, ob in der direkten Unterstützung von Betroffenen oder aber auch in der Bildung sowie in der Forschung und Entwicklung (Burr et al., 2021).

Betrachtet man die Entwicklungsgeschichte von Personal Recovery, so kann sie in drei verschiedene Aspekte aufgeteilt werden. Erstens beinhaltet Recovery als Bürgerrechtsbewegung die Erkenntnis, dass die Entwicklung von Recovery auf den Erfahrungen und Forderungen von Menschen mit eigener psychischer Krankheits- und Genesungserfahrung beruht. Sie und auch ihre Angehörigen waren nicht zufrieden mit den paternalistischen und hierarchischen psychiatrischen Institutionen und forderten mehr Partizipation im Sinne von «nothing about us without us». Zweitens beinhaltet der konzeptuelle Rahmen von Recovery Merkmale von Personal Recovery in dem Sinne, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Problemen die Genesung von diesen erleben und beschreiben. Drittens beinhaltet Personal Recovery auch den Teil der Recovery-orientierten Dienstleistungen und wie psychiatrische Dienstleistungen Menschen auf ihrem individuellen Genesungsprozess bestmöglich unterstützen können.

2.2.3 Funktionelle oder soziale Konzeptionen der Genesung

Es bestehen noch einige andere Konzeptionen von Genesung wie beispielsweise kognitive, funktionelle oder soziale Recovery. Erstere beziehen sich auf kognitive Erklärungsmodelle der Neuropsychologie, wie sie im Kapitel zu Ursachen und Erklärungsmodellen von Psychosen, Schizophrenie und Stimmenhören beschrieben wurden. Kognitive Recovery besteht darin, die kognitiven Störungen oder Symptome zu therapieren und die betroffenen Personen dahingehend zu unterstützen, ein bestmögliches Funktionieren bei der Arbeit und im Alltag zu erreichen (Weisbrod et al., 2014, S. 131). Von der Konzeption her besteht nicht ein großer Unterschied zum bereits beschriebenen clinical Recovery oder der medizinischen Konzeption von Genesung. Deshalb wird an dieser Stelle auf deren Vertiefung verzichtet. Wichtiger erscheint die Konzeption von social Recovery zu beleuchten, da sie einige Ergänzungen zu den beiden anderen vertieft vorgestellten Konzeptionen bieten kann. In der englischsprachigen Literatur werden die Begriffe *functional* und *social* Recovery oftmals, wenn auch nicht immer, synonym verwendet. Functional ist stärker mit dem Versuch der Operationalisierung des sozialen Funktionierens einer Person in der Gesellschaft verbunden und scheint die frühere Entwicklung von social Recovery zu

widerspiegeln. Social dagegen bezieht meist die subjektive Einschätzung oder Sicht der Person etwas stärker mit ein. Im Folgenden wird der Begriff social Recovery für alle Konzeptualisierungen verwendet.

Ramon (2018, S. 2) weist darauf hin, dass social Recovery ursprünglich als Unabhängigkeit bezüglich finanzieller Aspekte sowie dem Wohnen definiert wurde. Was im Umkehrschluss bedeutet hat, dass social Recovery nicht möglich war, wenn in den beiden Aspekten Abhängigkeiten bestanden. Heute würde social Recovery als die Fähigkeit der Menschen definiert, ein sinnvolles Leben als aktive Bürger*innen zu führen und einen Beitrag zur Gemeinschaft oder Gesellschaft zu leisten, auch wenn psychische Erkrankungen oder Probleme fortbestehen. Social Recovery könne als eine Schlüsseldimension von Personal Recovery angesehen werden. Sie kritisiert jedoch, dass diese in den neueren Konzeptionen von Personal Recovery, aber auch in anderen Konzeptionen von Genesung sowie auch in der Forschung und klinischen Praxis oft vernachlässigt wird. Diese Vernachlässigung sei auch dem Umstand geschuldet, dass psychische Erkrankungen und Probleme sowie auch die Genesung in erster Linie als klinisches und medizinisches Problem betrachtet werden und eben nicht auch als ein soziales. In Anlehnung an soziologische Betrachtungsweisen und Bourdieu'sche Konzeptionen wie den Habitus, den sozialen Raum, das soziale Feld, das soziale Kapital und die soziale Klasse definiert sie social Recovery als: *«den Weg von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem Weg zur Wiedererlangung sozialer Anerkennung und Akzeptanz in Form ihrer sozialen Identität und Präsenz»* (Ebd., S. 1). Die Verbundenheit von sozial und Personal Recovery zeigt sich in den von ihr genannten wichtigen Dimensionen von social Recovery: der Interdependenz mit anderen, der Verbundenheit, des Genesungskapitals und des sozialen Kapitals sowie den Auswirkungen der kollektiven Kultur und der strukturellen Elemente unseres sozioökonomisch-politischen Systems auf die Person. Zudem sei es wichtig, die Auswirkungen der einzelnen Dimensionen auf die eigene Identität in Wechselwirkung mit der Sicht, die die anderen auf einen haben, zu berücksichtigen. Oft gehe es bei der Definition oder Eingrenzung von social Recovery um soziale Eingliederung, Ausgrenzung oder Stigmatisierung. Dies greife jedoch zu kurz. Auch wenn es wichtige Aspekte seien, führe der Ausschluss der oben genannten verschiedenen Dimensionen im Kontext von Identität und sozialer Umgebung zu einem zu engen Verständnis des Konzepts und seiner Bedeutung. (Ebd., S. 1)

In einer Übersichtsarbeit gingen die Autoren der Frage nach, wie Genesung aus Sicht von Menschen mit eigener Krankheits- und Genesungserfahrung definiert

wird (Norton & Swords, 2021). Dabei identifizieren sie social Recovery als neues Konzept, das von den folgenden sechs beeinflussenden Faktoren determiniert werde, resp. durch diese Faktoren erreicht werden könne (Ebd., S. 6 ff.):

1. **Gesundheit und Wohlbefinden** – als ein Zusammenspiel von körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit.
2. **Finanzielle Stabilität** – die durch Bildung und Beschäftigung erreicht werden kann und den entsprechenden Support.
3. **Soziale Interaktionen und Bindungen** – was sich in gelungenen Freundschaften und im Sich-zugehörig-Fühlen zu sozialen Gruppen oder sozialen Gemeinschaften zeigt.
4. **Wohnen** – eine aus seiner eigenen Sicht angemessene Unterkunft haben.
5. **Persönliche Beziehungen** – Entwicklung von neuen Beziehungen sowie Wiederherstellung, Aufrechterhaltung und Verbesserung persönlicher Beziehungen in der Familie und im Freundeskreis.
6. **Unterstützung** – soziale und erworbene Unterstützung: kostenlose soziale Hilfen in der Gemeinschaft und gekaufte Hilfen.

Die bisherige Beschreibung zeigt, dass es sich bei social Recovery um ein komplexes Konzept handelt, das viele Dimensionen einbezieht. Für die Forschung gibt und gab es auch Versuche, dieses zu operationalisieren. So wurde in einer Studie zur Einschätzung von social Recovery bei jungen Menschen mit einer ersten Psychose (Hodgekins et al., 2015) die Zeit gemessen, die sie für die folgenden sozialen Aktivitäten innerhalb einer Woche investieren: Arbeit, Bildung, Freiwilligenarbeit, Hausarbeit und Kinderbetreuung sowie Freizeit und Sport. Aufgrund von Messungen in der «gesunden» Allgemeinbevölkerung wurden Grenzwerte zur Einschätzung von sozialer Genesung resp. sozialer Einschränkung abgeleitet. Dabei wird ein Wert von 45 Stunden oder mehr pro Woche als Indikator für ein gutes soziales Funktionieren definiert, ein Wert von 30 bis 45 Stunden als Risiko für eine soziale Einschränkung, ein Wert unter 30 Stunden pro Woche als soziale Einschränkung und ein Wert unter 15 Stunden pro Woche als schwere soziale Einschränkung (Ebd. S. 537). Es bestehen jedoch schon länger Instrumente, um das soziale Funktionieren bewerten zu können. So beispielsweise die vor dreißig Jahren entwickelte *Social Functioning Scale* (SFS) (Birchwood et al., 1990), die auch heute noch Verwendung findet. Es besteht auch eine deutsche Version (Iffland et al., 2015). Die SFS ist ein selbstauszufüllender Fragebogen und besteht aus 76 Items, die auf folgenden sieben Unterskalen verteilt sind:

1. Soziales Engagement und Zurückgezogenheit

2. Zwischenmenschliches Verhalten
3. Gemeinsame soziale Aktivitäten
4. Freizeit
5. Unabhängigkeitskompetenz
6. Unabhängigkeitsperformance
7. Beschäftigung und Arbeit

Die Bewertung erfolgt je nach Item auf einer Skala bezüglich Häufigkeit oder Fähigkeit.

Bei Betrachtung dieser Operationalisierung scheint klar, dass durch den Faktor Zeit, aber auch durch die quantitative Bewertung eines Items eine gewisse Objektivierung gelingen kann. Die Kritik von Ramon (2018), dass die herkömmliche Konzeption von social Recovery zu stark auf einzelne soziale Dimensionen fokussiere und dass die persönliche Identität sowie der subjektive Aspekt und andere Faktoren von Personal Recovery zu wenig berücksichtigt werden, bleibt bestehen. Die Objektivierung und Bewertung von sozialen Dimensionen entspricht letztendlich einer gesellschaftlichen Norm, die bei den alternativen Definitionen von Genesung wie Personal Recovery oder auch social Recovery, so wie von Ramon (2018) definiert, überwunden werden will.

2.2.4 Verbindungen und Abgrenzungen der verschiedenen Genesungsmodelle kritisch betrachtet

Jeder der beschriebenen Ansätze oder jede Konzeption von Genesung hat seine Vorteile und Grenzen und scheint in dem Sinne unvollkommen. Dabei stellt sich die Frage, wie die verschiedenen Modelle zueinander in Verbindung stehen und ob es Modelle der Genesung gibt, die nur unter der Anwesenheit oder Voraussetzung anderer Modelle möglich sind. Roosenschoon et al. (2019) sind in einer Untersuchung der Frage nach Voraussetzungen und Verbindungen von klinischer, funktioneller und persönlicher Genesung bei Menschen mit der Diagnose Schizophrenie nachgegangen. Die Analyse der Baseline-Daten aus ihrer Wirksamkeitsstudie zu einer Recovery-Intervention (Illness Management Recovery Programm [IMR]) zeigten, dass klinische Genesung keine Voraussetzung für funktionale oder persönliche Genesung ist (Ebd., S. 9). In einer anderen Studie aus China mit einem ähnlichen Design (Yu et al., 2020) zeigen die Resultate einen Zusammenhang zwischen funktionaler und persönlicher Genesung. Weiter konnte in einer Studie zur Inhaltsvalidität von entsprechenden Messinstrumenten nur ein geringer Zusammenhang zwischen den Instrumenten zur Erfassung klinischer und persönlicher Genesung identifiziert werden (Andresen et al., 2010). Zudem zeigte sich, dass bei zunehmender Punktzahl resp.

bei Verbesserung auf den Messinstrumenten zur subjektiven Erfassung persönlicher Genesung sich die Punktzahl bei den meisten klinischen Instrumenten nicht veränderte resp. verbesserte. Die Ergebnisse zeigen den qualitativen Unterschied zwischen den beiden Konzepten und stützen die Kritik psychiatrischer Angebote, dass Instrumente zur Messung klinischer Genesung wichtige Aspekte persönlicher Genesung nicht erfassen. Zu einem ähnlichen Schluss kommen die Autoren einer Studie, die sich mit dem Vergleich von subjektiv empfundener Genesung von jungen Menschen nach einer ersten psychotischen Krise mit der von Fachpersonen eingeschätzten Symptomverbesserung befassten (Kupper & Tschacher, 2008). Sie konnten zeigen, dass die subjektiv eingeschätzte Genesung der Patient*innen negativ mit der von den Fachpersonen eingeschätzten objektiven Symptomverbesserung korrelierte.

In der wissenschaftlichen Fachdiskussion führt die Verwendung des Begriffs *Recovery* als Synonym für die medizinische Konzeption von Genesung resp. Heilung (*clinical Recovery*) wie auch für persönliche Genesung (*also Personal Recovery*) immer wieder zu Konfusion, wie dies Collier (2010) in einem Artikel zum Thema schreibt: *«Das Recovery Konzept ist verwirrend, schlecht verständlich, schwer zu definieren und offen für Interpretationen (REF). Dies mag daran liegen, dass seine Bedeutung oft unterschiedlich auf die folgenden Bereiche angewendet wird: (i) persönliche Bedeutungen von psychischen Problemen; (ii) Organisation von psychiatrischen Angeboten; und (iii) Ergebnismessungen in der medizinischen Versorgung und Forschung»* (S. 16; Übersetzung durch den Autor). Aus einem ganzheitlichen Verständnis heraus betrachtet, beschreiben sie unterschiedliche Aspekte der menschlichen Genesung, die bei jeder Person ganz individuell zum Tragen kommen, je nach individueller Haltung und individuellem Verständnis. Wie aus der Arbeit von Dixon und Richter (2021) geschlussfolgert werden kann, scheinen Modelle, die unter Mitwirkung oder ausschließlich von Menschen mit eigener Krankheits- und Genesungserfahrung entwickelt oder vorgestellt wurden, soziale, psychologische und persönliche Aspekte stärker zu gewichten als symptombezogene oder genetische Modelle. In diesem Sinne schlägt Collier (2010) vor, eine klare Unterscheidung zwischen den Begriffen *«medical Recovery»*, was in dieser Arbeit bisher unter *clinical Recovery* beschrieben wurde und *«life Recovery»*, was bisher unter *Personal Recovery* beschrieben wurde. Konsequenterweise sei bei Personen, bei denen die psychiatrische Klassifizierung der Probleme für das Verständnis der Erfahrung keine Rolle spielt und die Symptome für den persönlichen Wachstums- und Entdeckungsprozess irrelevant sein könnten, *«medical Recovery»* der *«life Recovery»* unterzuordnen.

Die hier vorgestellten Resultate und Sichtweisen zeigen, dass sich die verschiedenen Konzepte von Genesung deutlich voneinander unterscheiden und dass es in Hinblick auf Personenorientierung in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung und deren Beforschung wichtig ist, die Sichtweise und Einschätzung der betroffenen Menschen stärker einzubeziehen als dies bisher geschehen ist.

2.3 Aktuelle Situation der Unterstützung und Behandlung von Menschen die Stimmenhören

Insgesamt zeigt sich, dass die bisherige Praxis wenig auf die von der HVM ausgedrückten Bedürfnisse und Forderungen von Menschen, die Stimmen hören ausgerichtet ist. Fachpersonen erachten es als nicht professionell, mit Betroffenen über Inhalte der Stimmen oder subjektive Erklärungsmodelle zu sprechen (Coffey & Hewitt, 2007; Gray, 2008; Martin, 2000). Aber gerade dieser Austausch über die Inhalte, das Eingehen darauf von Seiten der Fachpersonen und das Offenlegen dieser auf Seite der Betroffenen ist aus Sicht der Stimmenhörenden ein wichtiger Aspekt auf dem Weg zu einem hilfreichen Umgang mit den Stimmen (Jones & Coffey, 2012; Martin, 2000).

Es stellt sich die Frage, wie Menschen in diesem Recovery-Prozess im Umgang mit negativen Erfahrungen mit den Stimmen unterstützt werden können. Hier wird in einem ersten Teil auf die Pflege im Kontext der bisher beschriebenen Konzeptionen und ihre Rolle in Therapie und Beratung eingegangen. Zudem werden aktuelle medizinische wie auch psychologische Therapien und Verfahren im Bereich Psychose und Schizophrenie und wo vorhanden auch spezifische bezüglich Stimmenhören vorgestellt.

2.3.1 Pflege und Pflegerische Interventionen

An dieser Stelle soll die Pflege als Profession im interdisziplinären Kontext der psychiatrischen Dienstleistung betrachtet werden. Dabei soll kurz eingegangen werden auf:

- relevant erscheinende Aspekte des Professionalisierungsdiskurses in der Pflege
- relevante Aspekte in der Entwicklung von pflegerischen Theorien und Modellen u.a. im Kontext von Recovery und Stimmenhören
- die Rolle der Pflege im Kontext der Entwicklung von Personal Recovery im deutschsprachigen Raum
- erste Ansätze von pflegerischen Phänomenen, Diagnosen und Interventionen im Kontext von Stimmenhören

2.3.1.1 Relevante Aspekte des Professionalisierungsdiskurses

Zum Verständnis der aktuellen Situation der Pflege als Beruf und Profession ist es wichtig, die verschiedenen Entwicklungen der Professionstheorien allgemein und insbesondere deren Bezug zur Pflege und Pflegewissenschaft zu kennen. Dabei geht es um die Konzepte Profession, Professionalisierung, professionelles Handeln sowie Professionalität. Pfadenhauer and Sander (2010) definieren Profession als den Status einer Berufsgruppe bezüglich spezifischer Merkmale oder Aufgaben. Professionalisierung beschreibt den Prozess der Berufsaufwertung hin zur Profession. Professionelles Handeln steht für die Erbringung einer «spezifischen Leistung in universellem Rahmen» (S. 3) und Professionalität u.a. für die Selbstdarstellung resp. -einschätzung im Sinne einer „Kompetenzdarstellungskompetenz“ (S.13), welche sich durch die Haltung oder Identität der entsprechenden Fachpersonen ausdrückt. In diesem Teil sollen relevante Aspekte in Bezug auf die psychiatrische Pflege und die bisher vorgestellten Konzepte von Krankheit und Genesung vorgestellt werden.

Von den klassischen zu den handlungsorientierten Professionalisierungstheorien

In der Professionssoziologie entwickelten sich im Laufe der Zeit verschiedene Theorien der Professionalisierung. Die in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts und folgend entstandenen «klassischen» Professionstheorien bauten auf den bestehenden klassischen Professionen wie den Juristen, den Ärzten oder den Theologen auf und beschreiben, wie sich diese entwickelt und zu ihrem Status in der Gesellschaft sowie innerhalb der Fachwelt gefunden haben. Diese klassischen Theorien werden anhand von Merkmalen und der Funktion der Professionen in der Gesellschaft beschrieben. Im weiteren Prozess der Professionalisierung sowie der Theoriebildung gerieten diese klassischen indikatorischen und funktionalistischen Ansätze in die Kritik (Geissler, 2013; Pfadenhauer & Sander, 2010). Diese bezieht sich auf das offensichtlich statische Verständnis der Merkmale sowie auf die klare Abgrenzung der Professionen untereinander. Die Kritik geht davon aus, dass für das Gesundheitswesen und die darin enthaltene enge Zusammenarbeit von verschiedenen Professionen die Gefahr besteht, den Blick weg von den «Hilfsbedürftigen» hin zur Verteidigung der eigenen Profession, Berufsgruppe oder des damit verbundenen Status führen kann. Zudem nehmen vor allem die funktionalistischen Ansätze, die sich mit der Rolle von Professionen in der Gesellschaft oder auch in Gesundheitssystemen auseinandersetzen, eine sehr hohe Abstraktionsebene ein. Gerade für die Gesundheitsberufe wie die Pflege liefern Ansätze auf dieser Ebene wenig Hinweise oder Antworten bezüglich des Verständnisses oder der Begründung des

eigentlichen professionellen Handelns im direkten Kontakt zu den Patientinnen und Patienten. Die in der Folge entstandenen Theorien der Professionalisierung als Prozess lieferten diesbezüglich ebenso keine befriedigenden Antworten oder Erklärungen. Als Reaktion auf diese ersten Professionstheorien können die machtkritischen oder machttheoretischen Ansätze angesehen werden (Kloke, 2014, in Vollmer, 2017, S. 30). Diese gehen von einer gemeinsamen Interessenlage der Professionen um Machtressourcen aus. Die Professionalisierung wird dabei als ein zielgerichteter Prozess verstanden, um Macht zu erlangen und zu behalten. Zudem scheint der Kampf um die Vormachtstellung oder den Status innerhalb einer Gesellschaft relevant zu sein. In der Pflege wurde dieser Ansatz u.a. von (Krampe, 2009) aufgenommen, indem sie das Thema der Emanzipation innerhalb des Professionalisierungsdiskurses der Pflege auch unter dem Aspekt der Geschlechterdifferenz beleuchtet. Wie auch im Diskurs um die Konzeption von Krankheit und Genesung (siehe Kapitel 2.2), geht es bei Krampe um die Vormachtstellung der Medizin in der Gesundheitsversorgung und die entsprechende Verortung der Pflege. Weiter definiert (Friesacher, 2008a) in seinem Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft die Pflege als Handlungs- oder Praxiswissenschaft und sieht den hermeneutischen Zugang zwischen Patientinnen und Patienten und den Pflegefachpersonen als Mittel zur Überwindung der «Krise» zwischen der individuellen Situation der hilfsbedürftigen Person und dem vorhandenen Regelwissen (Oevermann, 1997). Der kritische Ansatz bei Friesacher zeigt sich u.a. im handlungsorientierten Zugang, der nicht mehr die Merkmale, die Funktion innerhalb der Gesellschaft und den Professionalisierungsprozess in den Vordergrund stellt, sondern das Handeln an sich als Gegenstand ins Zentrum rückt. Deshalb kann seine Arbeit neben dem kritischen auch dem handlungsorientierten Erklärungsansatz zugeordnet werden, der maßgeblich von Oevermann (1997) beeinflusst und entwickelt wurde. Im Kern wird das professionelle Handeln als der Ort in der Gesellschaft beschrieben, an welchem wissenschaftlich zu begründende Problemlösung stattfinden sollte. In der Pflegewissenschaft wurde dieser Ansatz von Oevermann u.a. von Weidner (1995) aufgenommen und auf die Pflege übertragen. Im empirischen Teil seiner Arbeit (Ebd., S. 55 ff.) kommt er zum Schluss, dass das professionelle Handeln in der Pflegepraxis noch wenig ausgeprägt ist, auch wenn er eine Typisierung in der Pflege erkennt, in der einzelne Typen der handlungsorientierten Professionalisierungskonzeption näher scheinen als andere. Zudem werden der Begründungszwang für die Handlung, der in der Regel Zeit benötigt, und der Entscheidungszwang in der Situation, der in der Regel wenig Zeit lässt, als eine

Hauptherausforderung beschrieben. Der handlungsorientierte Ansatz beschränkt sich dabei nicht auf die Erklärung oder Begründung des professionellen Handelns, sondern nimmt auch die verschiedenen Herausforderungen auf, die es zu berücksichtigen gilt, wie die Schwierigkeit der Standardisierung oder die diametral zueinanderstehenden Aspekte wie:

- individuelle Situation vs. verallgemeinertes Regelwissen
- Entscheidungs- vs. Begründungszwang
- Betroffenheit und Identifikation mit der pflegebedürftigen Person vs. analytische Distanz zur pflegebedürftigen Person

Kompetenz-, Identitäts- und Haltungsorientierung als Teil des Professionalisierungsdiskurses

Als weiteren Entwicklungsschritt fokussierten die Erklärungsansätze zu Professionstheorie (in der Pflege vor allem nach der Jahrtausendwende) vermehrt auf Kompetenz, Identität oder Haltung als wichtige Aspekte der Professionalität.

Kompetenz wurde schon früher auch in Verbindung mit der Theorie des professionellen Handelns diskutiert wie beispielsweise bei Weidner (1995, S. 54), der die beiden bereits skizzierten Hauptaspekte Begründungs- und Entscheidungskompetenz in der Pflege als konstitutive Kompetenzen des professionellen Pflegehandelns beschreibt. Bögemann-Grossheim (2004) beschreibt eine Vielzahl von Kompetenzen einer professionellen Pflege. Zentral dabei scheint, dass durch die erworbenen Kompetenzen (fachliche, soziale wie auch methodische) die Arbeit im definierten Bereich vollumfassend selbständig durchgeführt werden kann und somit auch Teil der Professionalisierung bildet. In der Hochschulbildung wird die Kompetenzorientierung ebenfalls als eine stärkere Ausrichtung der universitären Ausbildung an den Erfordernissen bzw. der Besonderheit professionellen Handelns verstanden (Arnold & Reh, 2005, S. 154).

Zur Verbindung von Kompetenz und Haltung oder Habitus scheint die Feststellung von Maiwald (2005, S. 65) hilfreich, dass der Professionshabitus des Praktikers der Ort ist, wo die professionelle Kompetenz erlebbar wird. Kraus and Gebauer (2016, S. 5 & 22 ff.) beschreiben den Habitus nach Bourdieu als die Grundhaltung eines Menschen zur Welt und zu sich selbst. Diese äußert sich in Denk- und Verhaltensmustern. Dabei stellt der Habitus sowohl eine strukturierende wie auch strukturierte Disposition des Menschen dar. Das bedeutet, dass der Habitus einerseits im Sinne des Strukturierens gegen außen wirkt und die Umwelt beeinflussen kann, aber nur den Strukturen seines Habitus entsprechend. Auf der

anderen Seite steht das Strukturieren gegen innen, dass also die Umwelt, die Lebensbedingungen, die soziale Ordnung strukturierend auf den Menschen einwirken und seinen Habitus strukturieren. Habitus als Identität wurde auch in der Pflegewissenschaft rezipiert, indem versucht wurde, der professionellen Identität oder der Haltung der Pflege als Profession auf die Spur zu kommen. Eylmann (2015) beispielsweise analysierte in ihrer Studie die Situation der Pflegenden in Altenheimen in Deutschland. Sie beschreibt darin den Habitus der Altenpflegerinnen unter dem Titel «Es reicht ein Lächeln als Dankeschön» als Erklärung für die schwierige Arbeitssituation resp. Pflegequalität in den Heimen. Sie zeigt dabei den starken Einfluss der strukturierenden Umwelt – hier als Reaktion auf das weibliche Geschlecht und die damit verbundene Geschlechterdifferenz, die durch geringe soziale, ökonomische und symbolische Kapitalien gekennzeichnet ist – auf den Habitus der Altenpflegerinnen. Dies zeigt sich in den beschränkten Möglichkeiten der Altenpflegerinnen aus ihrem Habitus «auszubrechen» und damit ihr Umfeld zu strukturieren, so dass sich ihr Habitus weiterentwickeln kann. Mit dem Titel der Arbeit «Es reicht ein Lächeln als Dankeschön» wird dem beschriebenen Habitus Rechnung getragen, der von geringen Kapitalien gezeichnet ist, aber auch der Unmöglichkeit oder Unfähigkeit, aus diesem auszubrechen und dadurch «ein Lächeln» als immaterielle Entschädigung für die pflegerische Unterstützung legitimiert wird.

Gerlach (2013) beschäftigte sich mit der Identität von akademisch ausgebildeten Pflegepersonen. Dabei werden die Faktoren gefestigte Fremdwahrnehmung, das Potential zur positiven Identifizierung mit dem Beruf sowie psychosoziale Konsequenzen als wichtige Bausteine der professionellen Identität definiert. Aufgrund von Gruppendiskussionen mit akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen aus Deutschland kommt sie zum Schluss, dass nicht von einer einheitlichen professionellen Identität ausgegangen werden kann. Ähnlich wie Weidner (1995) konnte sie im empirischen Teil ihrer Arbeit zwei verschiedene Orientierungsrahmen in der Pflegepraxis identifizieren: den akademischen und den traditionellen. Der akademische Orientierungsrahmen zeichnet sich aus durch ein gemeinsames und wissenschaftliches Verständnis von «guter» Pflege, eine kritische Reflexion von tradiertem Wissen und Verhalten, die Auffassung, dass Pflege einen eigenständigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung gewährleistet sowie eine positive Einschätzung gegenüber der akademischen Pflegeausbildung. Auf der anderen Seite steht der traditionelle Orientierungsrahmen, bei welchem ein gemeinsames Verständnis von «guter» Pflege sowie eine klare Vorstellung bezüglich des Beitrags der Pflege an die Gesundheitsversorgung fehlt. Vielmehr

ist der Begriff des Pflegehandelns durch ein handwerkliches Verständnis geprägt und zeichnet sich durch eine eher unkritische und unreflektierte Einschätzung der traditionellen Pflege und Versorgungspraxis aus. Flaitz (2018) konnte in ihrer empirischen Arbeit zum Vergleich der professionellen Identität von Pflegefachpersonen aus Deutschland und Australien gut aufzeigen, dass ein pflegespezifischer sozialer Raum wie jener in Australien, der bezüglich Rahmenbedingungen, Strukturen und Akademisierungsrate besser aufgestellt ist, die Kraft hat, den Habitus resp. die Identität der Pflegenden nachhaltig in die Richtung von Professionalität zu beeinflussen.

Bezüglich der pflegerischen Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören und entsprechender Interventionen scheinen die handlungsorientierten Ansätze einige wichtige Fragen beantworten zu können. Das aus den handlungsorientierten Ansätzen entwickelte Evidence-based Nursing (EbN) Model (Behrens & Langer, 2016, S. 29) gibt hier Antworten, wie es gelingen kann, das bestehende Regelwissen (Anm. d. Verf.: wird im EbN-Modell als externe Evidenz bezeichnet) bezüglich Interventionen auf die individuelle Situation der Person (Anm. d. Verf.: wird etwas vereinfacht im EbN-Modell als interne Evidenz bezeichnet) anzupassen. Gerade bei einem Phänomen wie dem Stimmenhören, bei welchem sich die Problemstellung für die Person sehr unterschiedlich zeigen kann und persönliche Werte und Deutungen einen wichtigen Beitrag zur Genesung darstellen, scheint diese Klärung zwischen der externen und internen Evidenz sehr hilfreich und eine Grundvoraussetzung für die Gestaltung der Unterstützung.

2.3.1.2 Entwicklung von Theorien in der psychiatrischen Pflege

Bei Betrachtung der Pflege als Profession im psychiatrischen Bereich fällt auf, dass sie sich schon früh mit dem Thema der Abgrenzung von der Medizin oder anderen Berufen und Professionen auszeichnete. In Bezug auf die Arbeit mit Menschen, die Stimmen hören sowie auf Personal Recovery als eine alternative Konzeption von Genesung gegenüber der medizinischen, soll hier vor allem auf Entwicklungen und Theorien bezüglich der beiden Aspekte Alltagsorientierung und Beziehungsgestaltung eingegangen werden.

Eine wichtige Fokussierung der pflegerischen Arbeit auf den Alltag der Menschen und dessen Gestaltung sowie auf die Selbstpflege als Unterscheidungsmerkmal zu anderen Professionen war schon in der frühen pflegetheoretischen Auseinandersetzung zu erkennen. Dabei sei auf die Pflegetheorien von großer Reichweite oder Meta-Theorien verwiesen, die mehrheitlich in den USA in den 50er bis 70er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt wurden (Meleis & Brock,

1999, S. 300). Die Alltagsfokussierung sowie auch der Bezug zur Selbstpflege zeigt sich beispielsweise in der Definition von Roper et al. (1987), wenn sie schreibt, dass der zentrale Inhalt der Krankenpflege die Hilfe für die Patient*innen sei, die aktuellen oder potenziellen Probleme mit Lebensaktivitäten zu vermeiden, zu lösen, zu lindern oder zu bewältigen (S. 116). Dabei fokussierten viele Theorien, wie auch die von Roper, auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's) in der Anzahl an Dimensionen und deren unterschiedlichen Ausprägungen (z.B. Atmen, Bewegen, Essen und Trinken, Ausscheiden usw. (Sauter et al., 2006, S. 73 ff.)). Dieser Fokus berge aber auch die Gefahr, dass emotionale Aspekte sowie das Erleben der Person zu wenig gewichtet würden (Sauter et al., 2006, S. 73). Gerade in der psychiatrischen Pflege und den dazugehörigen Pflegephänomenen scheinen emotionale Aspekte sowie auch das Erleben der Personen zentral. Die Klassifizierung der pflegetheoretischen Denkschulen nach Meleis and Brock (1999, S. 302) zeigt neben den Bedürfnistheoretikerinnen (Anm. d. Verf.: wozu wohl auch Roper gezählt werden kann, auch wenn sie da nicht genannt ist) auch die Interaktionstheoretikerinnen, zu welchen Hildegard Peplau mit ihrer Theorie der interpersonalen Beziehung (Peplau, 1992) zugeordnet wird. Peplaus Theorie berücksichtigt in besonderem Masse emotionale Aspekte sowie das Erleben der Person. Dabei wird Pflege als ein therapeutischer, interpersonaler, zielorientierter Prozess sowie als eine gesundheitsorientierte Beziehung beschrieben (Meleis & Brock, 1999, S. 309 ff.). Das pflegerische Handeln wird als pädagogischer, therapeutischer oder kollaborativer, interaktionaler Prozess beschrieben, bei dem es im Zentrum darum geht, die aktuellen Probleme aus Sicht der Person zu verstehen, ihnen produktiv zu begegnen und so zu unterstützen, dass die Person die Krankheit als eine wichtige Erfahrung wahrnehmen kann (Ebd., S. 311). Für die psychiatrische Pflege war die interpersonale Theorie von Peplau von großer Bedeutung (Stockmann, 2005). Sie beeinflusst die psychiatrische Pflege bis heute, auch wenn der Transfer in die Praxis zumindest im deutschen Sprachraum nur als bruchstückhaft gelungen eingeschätzt wird (Zuaboni, Burr, & Schulz, 2020). Der Fokus auf Beziehung und Therapie ermöglichte eine klare Abgrenzung zur schon damals, aber auch heute, reichlich prominenten medizinischen Ausrichtung der Psychiatrie. Die der psychiatrischen Pflege zugestandene Expertise bezüglich der Unterstützung bei der Alltagsbewältigung (Sauter & Richter, 1999) war ein hilfreiches Alleinstellungsmerkmal gegenüber anderen (psycho)therapeutischen Professionen und scheint heute immer noch sehr aktuell.

Nach der Phase der Meta-Theorieentwicklung und einer Phase der Reflexion folgten gemäß Meleis and Brock (1999, S. 74) Phasen, in denen es um konkretere Konzepte und Domänen in der Pflege ging, sowie auch um die Entwicklung von

Theorien und Modellen, die sich auf spezifischere Aspekte und Bereiche der Pflege fokussierten, die Theorien mittlerer Reichweite. Das um die Jahrtausendwende entwickelte Gezeitenmodell einer personen- und genesungsorientierten psychiatrischen Pflege (Barker, 2001) kann als eine solche Theorie bezeichnet werden. Das Gezeitenmodell bezieht sich explizit auf die Theorie von Peplau und positioniert sich klar gegen die traditionelle medizinische Ausrichtung der heutigen Psychiatrie und bezüglich der Rolle von Pflegefachpersonen weg von einem paternalistischen Verständnis von Fachexpert*innentum hin zum Verständnis von Begleitung und Beratung (Zuaboni, Burr, & Schulz, 2020, S. 17). Nach der Veröffentlichung der umfangreichen englischsprachigen Ausgabe im Jahre 2005 (Barker & Buchanan-Barker, 2005) folgte ein paar Jahre später ein erster deutschsprachiger Artikel (Buchanan-Barker & Barker, 2008), dann die deutsche Übersetzung einer gekürzten Version des Originalwerkes (Barker & Buchanan-Barker, 2013). Dies liegt mittlerweile in einer zweiten überarbeiteten Auflage vor (Barker & Buchanan-Barker, 2020). Insbesondere die Rolle von Beratung und Begleitung sowie auch die Anerkennung der Erfahrung von Menschen mit psychischen Problemen – und deren Bewältigung und Genesung als eigenständige Expertise, die es zu respektieren und zu nutzen gilt – führte schon während der Entwicklung des Modells zu einem Diskurs unter den Pflegewissenschaftlern Phil Barker und Kevin Gournay im Vereinigten Königreich (Schulz et al., 2020, S. 153). Dabei ging es im Kern darum, ob eine Theoriebasierung der psychiatrischen Pflege notwendig sei, im Besonderen, wenn sie keine medizinischen Erkenntnisse berücksichtige, sondern sich an gesellschaftlichen Werten und Werten der Person orientiere (Anm. d. Verf.: was von Barker klar befürwortet und von Gournay abgelehnt wurde). Gournay kritisierte auch, dass durch die Positionierung der Rolle der Pflege, wie sie im Gezeitenmodell beschrieben wird, keine Schärfung der Pflege als Profession ermöglicht würde, sondern dass diese zu einer schädlichen Aufweichung der Professionsgrenzen führe (Ebd., S. 155). Weiter ging es im Diskurs auch um Evaluation und Forschung und welche Methoden die Pflege dafür verwenden sollte. Gournay vertrat die klare Position, dass sich die Pflegeforschung und -entwicklung viel stärker mit objektivierenden und quantitativen Verfahren beschäftigen sollte. Barker hingegen kritisierte die quantitative Dominanz in der psychiatrischen Forschung und forderte Methodenpluralismus sowie den stärkeren Einbezug der subjektiven Sicht der Betroffenen. Der Diskurs der beiden erinnert in seinen Aussagen stark an die Auseinandersetzung zwischen den beiden Recovery-Konzepten (clinical vs. personal) und es zeigt sich, auf welchen Positionen oder Annahmen das Gezeitenmodell fundiert. Auch wenn das

Gezeitenmodell (Barker & Buchanan-Barker, 2020) keine spezifischen Empfehlungen bezüglich der Unterstützung und Beratung von Menschen, die Stimmen hören gibt, wird immer wieder auf Stimmenhören verwiesen, als Beispiel für Menschen, die unter psychischen Problemen leiden und die auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind. So wird auf die Gefühle von Bedrohung eingegangen, die Menschen mit jeder Art von psychischem Leiden erleben und die u.a. durch Erfahrungen innerhalb der Person, beispielsweise in Form von verfolgenden Stimmen, entstehen können (Ebd., S. 71). In einem Teil, wo beschrieben wird, wie Pflegefachpersonen Ressourcen der Patient*innen aufnehmen und berücksichtigen können, beinhaltet das Beispiel eine Konversation mit einer stimmenhörenden Person (Ebd., S. 91):

«Man beachte, dass die Pflegekraft annimmt, die Person habe etwas getan. Diese Art Frage ermutigt die Person, persönliche Ressourcen zu erkunden, deren sie sich unter Umständen nicht bewusst ist.

Person: «Nun, es scheint dumm, aber manchmal sage ich den Stimmen einfach: 'Verpisst Euch'!»

Pflegekraft: (lacht) «Und, «verpissen» sie sich?»

Person: «Naja, für kurze Zeit vielleicht.»

Pflegekraft: «Scheint, als sei das auch etwas Gutes, vielleicht sollten Sie sich auch das notieren.»»

Auch in einem Beispiel zum individuellen Sicherheitsplan und wie er ausgefüllt werden könnte, wird das Thema Stimmenhören verwendet (Ebd., 94; siehe Abbildung 2).

Diese Hinweise zeigen, dass das Gezeitenmodell durchaus auch spezifische Möglichkeiten und Hinweise für den Umgang und die Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören bietet.

Was können andere tun, das mir helfen könnte, mich sicherer und geborgener zu fühlen?

Ich hätte gern, dass die Pflegenden fragen, wie es mir geht - es würde zeigen, dass sie Interesse an mir haben.

Ich hätte gern, dass Max seinen Hund Toby vorbeibringt - Toby macht mich glücklich.

Ich würde gern mit jemandem von der Hearing-Voices-Gruppe sprechen - vielleicht können die mir sagen, wie sie mit ihren Stimmen zurechtkommen.

Abbildung 2: Beispiel Sicherheitsplan aus dem Gezeitenmodell

Der Fokus des Modells auf die Unterstützung der Person im individuellen Genesungsprozess zeigt zudem die Verbindung zu Personal Recovery als grundlegendes Verständnis für Genesung. Den Autor*innen ging es vor allem darum, mit dem Modell Hinweise zu geben und Unterstützung zu bieten, wie das theoretische Konzept von Recovery für die Patient*innen Realität werden könnte: *«Noch wichtiger ist, dass jetzt zwar viele Menschen von <Recovery> sprechen, aber nur wenige beschreiben, <wie> sie sich realisieren ließe. Im Gezeitenmodell versuchen wir zu verdeutlichen, <wie> solch ein vages Konzept für den Patienten zur lebendigen Realität werden könnte. Darüber hinaus haben wir deutlich gemacht, dass es keine Definition von Recovery geben könne – diese wäre von der Person zu definieren, und ist der Patient»* (Barker & Buchanan-Barker, 2020, S. 27).

Wie im Abschnitt 2.2.2.2 zu Personal Recovery ausgeführt, bestehen große Ähnlichkeiten zwischen Personal Recovery und dem aus den Erfahrungen von Menschen, die Stimmen hören, konzeptualisierten Genesungsprozess negativer Erfahrungen mit den Stimmen von Romme and Escher (1989). In diesem Sinne kann das Gezeitenmodell als ein hilfreiches Modell gesehen werden, wie Menschen, die Stimmen hören, in ihrem persönlichen Genesungsprozess unterstützt werden können.

2.3.1.3 Pflegeprozess und Pflegediagnosen

Im internationalen Diskurs wird die Pflege als eine Fachdisziplin definiert, die Einzelpersonen aller Altersgruppen, Familien, Gruppen und Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in verschiedenen Bereichen unterstützt und pflegt. Pflege umfasst dabei die Förderung der Gesundheit, die Vorbeugung von Krankheiten und die Unterstützung und Beratung von kranken, behinderten und sterbenden Menschen. Zu den Schlüsselaufgaben von Pflegenden gehören auch die Interessenvertretung, die Förderung eines sicheren Umfelds, die Forschung, die Beteiligung an der Gestaltung der Gesundheitspolitik und am Management von Patienten und Gesundheitssystemen sowie die Ausbildung (International Council of Nurses (ICN), 2012, S. 1). Um die Pflege als Beruf oder Profession sowie auch ihre Arbeit sichtbar zu machen, wurden - sehr ähnlich wie in der Medizin - Pflegediagnosen und entsprechende Maßnahmen und Interventionen entwickelt. Wie vielerorts zitieren auch die deutschsprachigen Herausgeber des Pflegediagnose-Werkes von Carpenito (2014) Norma Lang mit dem Satz aus dem Jahre 1998: *«If we cannot name it, we cannot control it, finance it, research it, teach it, or put it into public policy»* (S. 15), welcher als Initialzündung für verschiedene Entwicklungen in der Pflege, aber insbesondere die der Pflegediagnosen, angesehen werden kann. Zudem bildet die Entwicklung einer Fachsprache auch einen wichtigen Teil im Professionalisierungsprozess einer Berufsgruppe ab (siehe auch Abschnitt 2.3.1.1 zu Professionalisierung). Auch wenn sich verschiedene Gruppen innerhalb der Pflege der Entwicklung von Pflegediagnosen gewidmet haben, etablierten sich im deutschsprachigen Raum die von der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) entwickelten NANDA-Diagnosen. Diese werden im dreiteiligen PES-Format beschrieben: Problem, Ätiologie (engl.: etiology), Symptome oder Zeichen. In der psychiatrischen Pflege gab es Anfang der 2010er Jahre eine Gruppierung, die sich kritisch mit der Defizitorientierung der bisherigen Pflegediagnosen auseinandersetzte und für den deutschen Sprachraum ein neues Pflegediagnosen-Manual entwickelte (Stefan et al., 2013). Dieses orientierte sich zwar inhaltlich an den NANDA-Diagnosen, fokussierte aber stärker auf eine positive Sprache sowie auf Ressourcen und Stärken. Zudem beinhaltet es auch Vorschläge für die Definition von Zielen und Maßnahmen.

Bezüglich Stimmenhören gibt es keine sehr spezifische Pflegediagnose, sondern eine etwas allgemeiner definierte unter dem Titel „Denkprozess, verändert“ (Ebd., 656). Diese wird definiert als *„ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch eine Beeinträchtigung der kognitiven Abläufe und Vorgänge erlebt und sich daraus*

Probleme bei der Alltagsbewältigung ergeben“. Dabei werden folgende mögliche Ursachen beschrieben: Schlafentzug, Müdigkeit, Erschöpfung, psychische Konflikte, Stress, Überforderung, Angst und Schmerzen.

Weiter scheint hinsichtlich des bisher erarbeiteten Wissens bezüglich Stimmenhören und deren Auswirkungen auf die Person auch die Diagnose „Coping des Betroffenen, beeinträchtigt“ relevant (Ebd. S. 523). Diese wird definiert als *„ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch nicht über die Kompetenzen verfügt, der Situation angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln und umzusetzen“*. Als ursächliche Faktoren werden folgende vorgestellt: mangelndes Unterstützungssystem (Familie, Freunde usw.), mehrfache Änderung der Lebensumstände, fehlende Kraft/Energie (Anm. d. Verf.: ggf. auch durch dämpfende/sedierende Medikamente), mangelnde Energie für Veränderungen, Wissensdefizite (Anm. d. Verf.: ggf. auch in Bezug auf Erfahrungswissen über Menschen, die Stimmen hören), Verdrängung, geringer Selbstwert und Misstrauen in persönliche Fähigkeiten (Anm. d. Verf.: ggf. auch durch wenig positive Unterstützung durch Fachpersonen, traumatisierende Lebenserfahrungen etc.)

Folgende weitere Diagnosen scheinen im Zusammenhang mit dem Stimmenhören und den bisher vorgestellten Verständnissen und Erkenntnissen relevant zu sein: veränderte Realitätswahrnehmung (Ebd. S. 646), das Gefühl der Hoffnungslosigkeit (Ebd., S. 660) oder Machtlosigkeit (Ebd. S. 652) sowie eine geringe Selbstwertschätzung (Anm. d. Verf.: ehemals geringes Selbstwertgefühl; Ebd., S. 624).

Das in den Pflegediagnosen immanente Ziel der Objektivierung von Pflegebedürftigkeit oder dem, was von der Pflege als Pflegeproblem definiert wird, scheint im Sinne von Clark and Lang (1992) und den damit einhergehenden Professionalisierungsbestrebungen durchaus legitim und verständlich. Dennoch soll jene Objektivierung an dieser Stelle auch mit einem kritischen Blick geprüft werden. Gerade bei oben beschriebenen Lebensproblemen erscheint es wichtig anzuerkennen, dass es sich hierbei nicht um Phänomene handelt, bei welchen man die Beschreibung an objektiven Kriterien festmachen kann, wie dies allenfalls bei stärker an medizinischen Themen orientierten Pflegediagnosen möglich ist (beispielsweise bei der Pflegediagnose beeinträchtigte Gewebeintegrität (Ebd., S. 186), bei welcher mehrere objektiven Kriterien zur Beschreibung der Haut genannt werden). Wie bereits ausgeführt (siehe Abschnitt 2.3.1.1; EbN) ist es im Sinne von EbN zentral, die subjektiven Äußerungen der Person bezüglich Empfindungen und

Erfahrungen als interne Evidenz für die Klärung zu berücksichtigen, um welches Thema oder Problem es sich handelt. Auch wenn dies nicht immer sofort so geäußert werden kann, gilt es anzuerkennen, dass die betroffenen Personen oft am besten wissen, welche Probleme sie im Alltag beeinträchtigen und welche prioritär anzugehen sind (Johnstone et al., 2018, S. 8 f.). In diesem Sinne rücken die Pflegediagnostik (Stefan et al., 2013) aber auch die medizinische Diagnostik (siehe Abschnitt 2.1.2.1) dieses Wissen oft zu wenig in den Fokus und belässt die Fachperson in der (be-)urteilenden Position. Diese Problematik zeigt sich beispielsweise bei der Pflegediagnose „Coping des Betroffenen, beeinträchtigt“ (Stefan et al., 2013, S. 523) und der Formulierung „angemessene Bewältigungsstrategien“ in der Definition. Hier stellt sich beispielsweise die Frage, von wem und anhand welcher Kriterien die Angemessenheit beurteilt wird. Sie scheint an dieser Stelle der pflegerischen Fachperson zugeordnet – zumindest gibt es keine anderen Hinweise.

Pflegediagnosen sowie die Ziele und Maßnahmen werden in der Pflege im Kontext des Pflegeprozesses verstanden und bearbeitet (Carpenito, 2014, S. 88). Der Pflegeprozess wird in diesem Sinne als ein professionsspezifisches Instrument zur Arbeitsstrukturierung betrachtet. Im Kontext von Personal Recovery und der pflegerischen Arbeit bei Menschen, die Stimmen hören, kritisieren Schnackenberg and Burr (2017, S. 48) die „Geschlossenheit“ des von der Pflege gesteuerten und beschriebenen Prozesses sowie auch die geforderte Verwendung der pflegerischen und teilweise auch medizinischen Fachsprache. Sie stellen fest, dass in den meisten Schritten des Prozesses unklar bleibe, wie die von der Pflege unterstützte Person und ihre Erfahrungen und Sichtweisen einbezogen werden sollen. Der Fokus sei beim Pflegeprozess zu stark auf den Prozess als Methode gerichtet und die Inhalte sowie auch der Beziehungsaspekt des Prozesses gingen verloren, obwohl gerade letzterer von Betroffenen oft als besonders relevanter Aspekt im Unterstützungsprozess beschrieben werde (Ebd., 49). Sie verweisen dabei auf die Arbeit von Schrems (2013), die, angelehnt an das EbN-Modell, den Pflegeprozess sowie auch den darin integrierten pflegediagnostischen Prozess als hermeneutischen Zirkel versteht und als verstehende Pflegediagnostik beschreibt (S. 99). Dabei geht es darum, in einem Prozess des regelmäßigen Austausches zwischen der Pflegefachperson und der Person, die pflegerische Hilfe in Anspruch nimmt oder darauf angewiesen ist, Hypothesen von Pflegeproblemen oder -diagnosen vorzustellen und diese jeweils unter Berücksichtigung der Perspektive der Person zu validieren, anzupassen oder zu verfeinern (siehe Abbildung 1). In diesem Sinn werden Pflegediagnosen in einem ersten Schritt als nicht

abschließende pflegerische Einschätzung verstanden, die in der Zusammenarbeit mit der Person, die pflegerische Hilfe in Anspruch nimmt zu validieren und anzupassen ist. Somit soll diese Arbeit als ein sich immer weiterentwickelnder, gegenseitiger Interpretations- und Verstehensprozess der Lebenswelt zwischen betroffener Person und Fachperson verstanden werden (Schnackenberg & Burr, 2017).

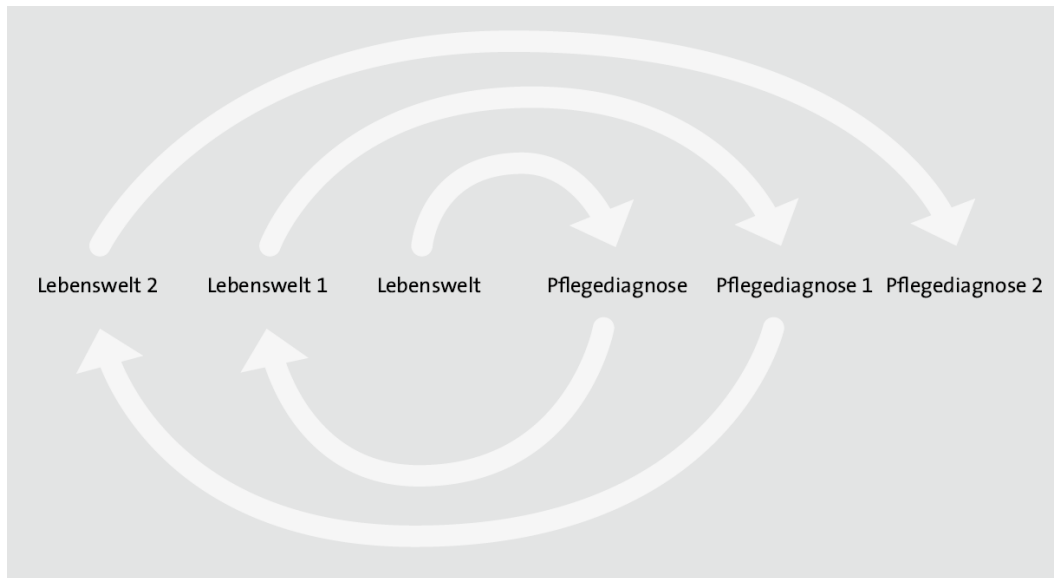


Abbildung 3: Hermeneutischer Zirkel - Verfeinerung der Pflegediagnose nach Schrems (Schnackenberg & Burr, 2017, S. 50)

2.3.1.4 Die Rolle der psychiatrischen Pflege bei der Verbreitung und Etablierung von Recovery im deutschsprachigen Raum

Auch wenn das persönliche Engagement und die persönliche Einschätzung von Menschen mit eigener Erfahrung mit psychischen Problemen und Genesung den Ausgangspunkt und die Basis der Entwicklung von Personal Recovery als Bewegung und Konzeption eines individuellen Genesungsprozesses bilden, gab es immer auch andere Personen wie auch Fachpersonen, die sich an diesen Entwicklungen beteiligten. Neben einigen in vorhergehenden Kapiteln schon erwähnten Fachpersonen aus den USA (u.a. William Anthony, Marianne Farkas) oder aus dem Vereinigten Königreich (u.a. Mary Leamy, Mike Slade) war dies auch im deutschsprachigen Raum so. Entgegen anderen Ländern, wo Berufsgruppen wie die Psychologie oder die Sozialarbeit einen großen Anteil der Fachpersonen ausmachten (alle oben genannten gehören dazu), die sich aktiv mit dem Thema auseinandergesetzt haben und sich für die Verbreitung, Weiterentwicklung und Beforschung des Themas einsetzten, war im deutschsprachigen Raum die Pflege eine der relevantesten und aktivsten Berufsgruppen. Als Initialzündung der Verbreitung des Wissens im deutschsprachigen Raum kann sicherlich die erste Auflage des Fachbuches «Recovery – das Ende der Unheilbarkeit» (Amering &

Schmolke, 2007) angesehen werden – ebenso der Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie 2007 in Bielefeld, in welchem Barker & Buchanan-Barker (2007) erstmals ein Teil des Gezeitenmodells vorgestellt wurde. Schon im folgenden Jahr fand der Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie zum Thema Recovery statt (Abderhalden et al., 2008). Der Präsenz des Themas und der internationalen Referent*innen führten dazu, dass das Thema breit aufgenommen wurde. So lag beispielsweise ein Selbsthilfe-Handbuch, das am Kongress 2008 vorgestellt wurde, einige Monate später in einer deutschen Fassung vor (Perkins & Rinaldi, 2008). Auch dies war maßgeblich auf das Engagement des Pflegewissenschaftlers Christoph Abderhalden zurückzuführen. In den folgenden Jahren zeigte sich das Engagement der psychiatrischen Pflege in verschiedenen Publikationen, in welchen immer wieder Abderhalden aber auch Zuaboni, Schulz und andere Pflegewissenschaftler auftauchen (Alexander et al., 2012; Burr & Winter, 2011; Schulz & Zuaboni, 2014; Zuaboni & Burr, 2011). Zudem fand das Thema mit einem eigenen Kapitel und vielen Querverweisen Eingang in die überarbeitete Auflage des Lehrbuchs Psychiatrische Pflege im Jahre 2011 (Sauter et al., 2011). Einen wichtigen Einfluss zur Verbreitung des Themas im deutschen Sprachraum hatte auch der unter dem Mitwirken von Abderhalden entstandene und im Jahr 2012 erstmals durchgeführte internationale Psychiatriekongress zu seelischer Gesundheit und Recovery in der Schweiz (Burr et al., 2012). Zudem war Abderhalden maßgeblich an der Gründung des Vereins EX-IN Schweiz im Jahre 2010 beteiligt mit dem Ziel, die Weiterbildung zur «Qualifikation» für Expert*innen durch Erfahrung zu Peer-Mitarbeiter*innen in der psychiatrischen Versorgung in die Schweiz zu bringen (Verein EX-IN Schweiz, 2022). Ein weiterer wichtiger Schritt innerhalb der psychiatrischen Pflege war das Erscheinen der deutschen Fassung des Gezeitenmodells im Jahre 2013 (Barker & Buchanan-Barker, 2013). Bei genauerer Betrachtung der aus anderen Ländern übernommenen und ins Deutsche übersetzte Grundlagen- und Schulungsliteratur wird deutlich, dass die Vernetzung der involvierten Fachpersonen aus der Pflege zwischen den drei deutschsprachigen Ländern stark ausgeprägt war. So bestand die Herausgeberschaft in den verschiedenen Publikationen meist aus Personen aus mindestens zwei oder auch allen drei Ländern (Alexander et al., 2012; Perkins & Rinaldi, 2008; Slade, 2013). Zudem zeigt sich, dass in diesen ersten Jahren das Thema in der Psychiatrie maßgeblich von der psychiatrischen Pflege mitgestaltet wurde, es aber auch die psychiatrische Praxis weiterentwickelt hat. So ging es in verschiedenen Publikationen vermehrt um die Umsetzung des Recovery-Konzeptes in der Praxis sowie um die Evaluation von Projekten und Schulungsinterventionen (Burr, 2013; Reist et al., 2016; Schnackenberg & Burr,

2017; Zuaboni, 2014). Weiter entwickelte sich auch die Pflegeforschung zu diesem Thema und lieferte ihren Beitrag zum wissenschaftlichen Diskurs zu Recovery (Burr et al., 2019; Burr & Richter, 2017; Zuaboni et al., 2017), teilweise auch in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Mahler et al., 2014; Rüscher et al., 2014). Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Entwicklung des Themas war der Einbezug von Menschen mit eigener Erfahrung mit psychischen Problemen und Genesung. Die Betrachtung der Autorenschaft und der Themen der verschiedenen Publikationen zeigt, dass Expert*innen durch Erfahrung als Autor*innen sowie auch als Projektmitarbeitende involviert waren. Mittlerweile ist das Thema in der ganzen Psychiatrie und bei allen Fachpersonengruppen mehr oder weniger stark angekommen. Und natürlich waren auch andere Fachpersonengruppen von Beginn weg dabei. So waren die Autorinnen des Fachbuches «Recovery – das Ende der Unheilbarkeit» (Amering & Schmolke, 2007) eine Psychiaterin und eine Psychologin. Neben anderen gab es zudem zwei Psychologen, Dr. Thomas Bock und Andreas Knuf, die das Thema von Beginn weg stark geprägt haben, unter anderem mit den Themen Sinn und Bedeutung von psychischen Krisen (Bock et al., 2014b) und Empowerment (Knuf, 2020). In den letzten Jahren gab es vermehrt Forschungstätigkeiten und Projekte zu Peer-Arbeit. Dies von einer interdisziplinären Forschergruppe aus Deutschland (Ibrahim et al., 2019; Mahlke et al., 2015; Mahlke et al., 2019; Mahlke et al., 2017) sowie einer kleinen Pflegeforschungsgruppe unter Mitarbeit von Expertinnen durch Erfahrung aus der Schweiz (Burr et al., 2021; Burr et al., 2020; Hegedüs et al., 2021).

2.3.1.5 Pflegerische und psychosoziale Interventionen

Für einen kurzen Überblick bezüglich konkreter Hinweise aus der Literatur zu pflegerischen Interventionen werden hier in einem ersten Schritt nochmals POP (Stefan et al., 2013) und die darin beschriebenen Interventionen betrachtet sowie die in den USA entwickelte Pflegeinterventionsklassifikation (Nursing Intervention Classification, NIC) (Bulechek et al., 2016), die auch im deutschsprachigen Raum in Europa teilweise verwendet wird resp. die dokumentierten Pflegeinterventionen abbilden (Frauenfelder et al., 2013; Frauenfelder et al., 2018). Bezüglich der bereits beschriebenen, nicht ganz spezifischen Pflegediagnosen *Denkprozess, verändert* und *Coping des Betroffenen, beeinträchtigt* werden folgend Interventionen beschrieben, die im Buch dem psychischen Bereich zugeordnet werden und sich gut auf das Thema Stimmenhören übertragen lassen (Anm. d. Verf.: Auswahl und Gliederung durch den Autor):

Beziehung und Beziehungsgestaltung:

- Vermitteln des Gefühls der Sicherheit
- Vermeiden provokanter Stimuli
- Gestalten einer stressreduzierten Umgebung
- Gestalten der Umgebung zur Förderung der Realitätsorientierung
- Achten auf eine höfliche und respektvolle Begegnung
- Achten auf eine verständliche Art und Weise der Kommunikation

Reflexion und Veränderung von Denken und Verhalten

- Nicht-in-Frage-Stellen von unlogischem Denken
- Zeit geben zur Beantwortung von Fragen und für Reaktionen
- Unterstützen, das eigene Verhalten zu reflektieren
- Bestärken von erfolgreichen Handlungen durch positives Feedback
- Unterstützen beim Treffen von Entscheidungen
- Motivieren, getroffene Entscheidungen einzuhalten
- Ermutigen und unterstützen, unwirksame/behindernde Gewohnheiten zu überdenken

Wahrnehmung und Reflexion von Gefühlen

- Besprechen von Unsicherheiten und Befürchtungen
- Aufzeigen von Möglichkeiten, wie Gefühle in einer annehmbaren Weise geäußert werden können
- Fördern der Akzeptanz von emotionalen Reaktionen

Weitere Unterstützung

- Informieren über verfügbare Unterstützungsangebote
- Einbringen von Fallbeispielen, von Menschen in ähnlicher Situation

Bei den beiden nicht spezifischen Pflegediagnosen war nicht zu erwarten, dass die Interventionen spezifischer wären. Trotzdem scheinen die Interventionen bisher beschriebene Erkenntnisse aufzunehmen, wie dass in der Beratung und Unterstützung die Gestaltung einer sicherheitsvermittelnden Beziehung zentral ist, dass beim Thema Stimmenhören kognitive, emotionale und Verhaltensaspekte relevant sind und Erfahrungen von anderen Betroffenen genutzt oder auch andere Unterstützungsmaßnahmen in Betracht gezogen werden sollten. Die NIC beinhaltet eine spezifischere Intervention bezüglich Stimmenhören. Unter der Pflegeintervention Halluzinationsmanagement (Bulechek et al., 2016, S. 455) (S. 455) werden – neben allgemeineren Aspekten zur Beziehungsgestaltung und

anderen nicht sehr spezifischen – folgende beschrieben, die sich auf Stimmen und den Umgang beziehen (Anm. d. Verf.: Auswahl durch den Autor):

Allgemeine Interventionen

- Sorgen für Gelegenheiten, mit der Person über die Halluzination zu sprechen
- Überwachen der Halluzinationen auf gewalttätige oder selbstschädigende Inhalte

Halluzinationen in Verbindung mit der „Realität“

- Vermeiden, mit der Person über die Gültigkeit ihrer Halluzinationen zu argumentieren
- Fokussieren der Person auf das Thema, wenn seine Kommunikation den Umständen nicht angemessen ist
- Einbinden der Person in realitätsbasierte Aktivitäten, die von den Halluzinationen ablenken können
- Ermutigen der Person, ihre Halluzinationen mit vertrauten Personen zu überprüfen (Realitätsüberprüfung)

Reflexion und Veränderung von Denken und Verhalten

- Ermutigen der Person, Kontrolle über das eigene Verhalten zu entwickeln
- Einbinden der Person in realitätsbasierte Aktivitäten, die von den Halluzinationen ablenken können
- Ermutigen der Person, über Gefühle und Impulse zu sprechen, statt nach ihnen zu handeln

Wahrnehmung und Reflexion von Gefühlen

- Ermutigen der Person, über ihre Gefühle zu sprechen
- Ermutigen der Person, über Gefühle und Impulse zu sprechen, statt nach ihnen zu handeln
- Konzentrieren des Gesprächs auf die zugrundeliegenden Gefühle, statt auf die Inhalte der Halluzinationen einzugehen

Im der aktuellen 3. Auflage des Lehrbuchs Psychiatriische Pflege (Sauter et al., 2011) wird das Thema Stimmenhören in einem eigenen Kapitel aufgenommen (Ebd., S. 1013). Bezüglich Interventionen werden jedoch nur wenige Hinweise gegeben.

- Es wird auf eine Intervention mit Musikhören hingewiesen, die bei einigen Stimmenhörenden dazu geführt habe, dass die Stimmen „neutralisiert“ werden konnten.
- Bezüglich bedrohlichen, imperativen Stimmen wird vorgeschlagen, der Person zu vermitteln, dass die Stimmen zwar ihr Denken beeinflussen können, aber nicht in der Lage sind, konkrete Handlungen auszuüben. Deshalb könne eine Forderung der Stimmen auch ausgeschlagen werden, ohne befürchten zu müssen, dass die Stimmen einem etwas antun.
- Im Weiteren wird auf die Gruppenangebote zum Thema Stimmenhören verwiesen, in denen es um den Austausch über die Stimmenhörfahrung und den Umgang damit geht.

Die vollständig überarbeitete, aber noch nicht veröffentlichte 4. Auflage des Lehrbuches (Anm. d. Verf.: es wird Ende 2023 erscheinen) wird ein überarbeitetes und erweitertes Kapitel zum Thema Stimmenhören beinhalten (Anm. d. Verf.: bei dem ich als Autor beteiligt bin), bei welchem die Interventionen beschrieben werden – aufgeteilt in solche, die auf die Stimmen fokussieren und solche, die die Stimmen ignorieren. Eine entsprechende zusammenfassende Darstellung der darin beschriebenen Inhalte ist, wie folgt dargestellt, bereits in einem Fachartikel zum Thema erschienen (Burr, 2021, S. 31; Tabelle 1). Erfahrungen von Stimmenhörenden sowie auch von Unterstützungspersonen weisen darauf hin, die beiden Arten der Interventionen zu kombinieren (Ebd., S. 30). Dies, um einen guten Umgang mit den Stimmen zu entwickeln, was dazu führen kann, dass die Stimmen einerseits weniger häufig, intensiv, negativ oder einschränkend erlebt werden. Zudem kann so auch das Verständnis für sowie die Kontrolle über die Stimmen gesteigert werden.

Neben der bereits verwendeten pflegespezifischen Fachliteratur eignen sich zur Identifikation von Interventionen insbesondere Behandlungs- oder Praxisleitlinien. In den deutschsprachigen Ländern in Europa wird dafür auch in der Pflege meist auf die der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde verwiesen, auch weil es erst sehr wenige pflegespezifische Praxisleitlinien gibt – insbesondere für die Psychiatrie (Anm. d. Verf.: siehe dazu die Webseite der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft → Leitlinien). In Bezug auf das Thema Stimmenhören sind die Leitlinie zur Behandlung von Schizophrenie (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.), 2019) sowie jene bezüglich der psychosozialen Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.),

2018) relevant. . In beiden Leitlinien können nur wenige Hinweise auf Pflegefachpersonen und auf spezifische Interventionen bei Stimmenhören oder akustischen Halluzinationen identifiziert werden (Anm. d. Verf.: Oft werden Positivsymptome genannt, worunter in der Regel auch die akustischen Halluzinationen oder das Stimmenhören subsummiert werden).

Tabelle 1: Intervention zum Umgang mit den Stimmen

Ignorieren	Fokussieren
Die Stimmen für eine bestimmte Zeit abweisen	Den Stimmen für eine beschränkte Zeit aktiv zuhören, ihnen eine beschränkte Zeit widmen
Eine Anordnung der Stimmen auf eine bestimmte Zeit verschieben	Stimmtagebuch schreiben – Inhalte der Aussagen der Stimmen sowie auch was diese damit bewirken wollen
Sich auf etwas Anderes konzentrieren: Rechnen, Sudoku, Lesen, Kreuzworträtsel	Mit jemandem über die Stimmen sprechen
Sich „körperlich“ betätigen: Spaziergang, leichter Sport, Haus- oder Gartenarbeit	Prüfen, ob das, was die Stimmen sagen, aus eigener Sicht wahr oder unwahr ist
Sich ablenken: Musik hören, fernsehen, Gespräche mit anderen führen	Den Stimmen antworten – z.B. mit Nein resp. Ja, falls man ihre Aussage als unwahr resp. wahr einschätzt

In der Leitlinie der Schizophrenie wird einerseits auf die psychotherapeutischen Verfahren wie kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (Ebd., S. 127) oder Metakognitives Training (MKT) (Ebd., S. 132) hingewiesen (siehe auch Kapitel 2.3.4 zu psychologischen Interventionen). Auch wenn der Einsatz von Pflegefachpersonen bei solchen therapeutischen Interventionen in angelsächsischen Ländern üblich ist und dies in der Leitlinie auch beschrieben wird, ist gemäß Leitlinie das Durchführen solcher Interventionen nur ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeut*innen erlaubt.

Die hier beschriebenen spezifischen pflegerischen Interventionen oder Unterstützungsmaßnahmen für Menschen, die Stimmen hören, beinhalten das Etablieren einer verständnisvollen und hilfreichen Beziehung, die Offenheit und Akzeptanz des Vorhandenseins der Stimmen, die Erfahrung der Person und dazugehörige Gefühle sowie das Ermöglichen, darüber zu sprechen. An einigen Stellen zeigt sich eine eher bewertende und urteilende Haltung. Dies, indem eine

gegebene Realität gegenüber den „nicht realen“ Stimmen postuliert wird, an welcher sich die stimmenhörende Person orientieren soll. Dabei soll sie mit dieser Realität „konfrontiert“ werden, indem sie mit Unterstützung der Pflegefachperson ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen anhand dieser Realität überprüft oder die Person von der Pflege zu realitätsbasierten Aktivitäten animiert werden soll.

2.3.2 Medikamentöse Therapie

Der aktuell primäre Behandlungsansatz der Psychiatrie in westlichen Ländern im Umgang mit Psychose und Schizophrenie ist der Einsatz von Medikamenten, insbesondere von Neuroleptika. Es wird angenommen, dass sie die zugrundeliegenden primär biologisch konzeptualisierten Krankheiten oder gestörten Prozesse reduzieren und damit auch akustische Halluzinationen, wie das Hören von Stimmen in diesem Zusammenhang oft genannt wird, reduzieren oder beseitigen. Eine Reihe neuerer Meta-Analysen weist auf Einschränkungen in Bezug auf den Nutzen sowie auf eine stärkere Ausprägung der bisher eher wenig berücksichtigten Nebenwirkungen hin (Leucht et al., 2013; Leucht et al., 2017). Zudem wird auf methodische Schwächen dieser Meta-Analysen hingewiesen, die die tatsächliche Wirksamkeit solcher Medikamente noch geringer ausfallen lassen könnten (Moncrieff, 2020). Ungeklärt bleibt auch, ob Neuroleptika mittel- oder längerfristig Genesungsprozesse fördern oder behindern (Sohler et al., 2016). Es gibt Hinweise, dass sich die Reduktion oder das Absetzen von Neuroleptika bei Menschen nach einer ersten psychotischen Episode insbesondere auf längere Zeit positiv auf verschiedene Dimensionen von social Recovery auswirkt (Wunderink et al., 2013, S. 916). Zudem ist ein zunehmendes Bewusstsein erkennbar für Probleme, die zu den seit langem bekannten erheblichen Nebenwirkungen der Neuroleptika hinzukommen, wie eine stark erhöhte Mortalität (Ralph & Espinet, 2018), Verringerung des Hirnvolumens (Chen et al., 2021) und Dopamin-Überempfindlichkeit (Servonnet, Allain, et al., 2021; Servonnet & Samaha, 2020). Die Kombination aus der Tatsache, dass Neuroleptika weniger wirksam sind als lange angenommen, dass neben den direkten Nebenwirkungen mittlerweile auch andere Probleme bekannt sind, die auf die Langzeiteinnahme von Neuroleptika zurückzuführen sind und dass die Reduktion oder das Absetzen von Neuroleptika im Bereich social Recovery eine bessere Wirkung im Vergleich zur Erhaltungstherapie zeigt, hat dazu geführt, dass der Ruf nach Veränderungen auch im Mainstream-Diskurs angekommen ist – so zum Beispiel in Forderungen von renommierten Psychiater*innen nach vorsichtigerer Verschreibung von Neuroleptika (Murray et al., 2016). Zudem werden erstmals in einer nationalen Leitlinie in Deutschland die Schritte skizziert, wie man Neuroleptika bei

entsprechender Indikation reduzieren oder absetzen kann (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.), 2019, S. 64 f.) oder es wird in Studien der Frage nachgegangen, ob Intervall- im Gegensatz zu Dauerverschreibung weniger neurotoxisch sein könnte (ACNP, 2015, S. 225 f.; Servonnet, Uchida, et al., 2021).

2.3.3 Andere medizinische Therapieformen und Interventionen

Im Kontext der Diskussion bezüglich Wirksamkeit und negativer Auswirkungen von Neuroleptika entstand in den letzten Jahren eine Reihe von neuartigen neurobiologisch-medizinischen Interventionsmöglichkeiten im Bereich von Stimmenhören, wobei auf zwei von diesen kurz eingegangen werden soll. Bei der einen Intervention handelt es sich um Neurofeedback. Hierbei geht es darum, mithilfe von Live-MRT-Scans Stimmenhörende zu unterstützen, ihre Stimmen in ihrem Gehirn zu lokalisieren und zu üben, mehr Kontrolle über sie zu erlangen (Hirano & Tamura, 2021). Bei einer weiteren Intervention handelt es sich um die transkranielle Magnetstimulation (tMS) (Marzouk et al., 2020). TMS basiert auf dem Prinzip der elektromagnetischen Induktion und funktioniert durch schnelle Änderungen des Magnetfelds, wodurch ein elektrischer Strom in den Hirnbereichen induziert wird, welche beim Stimmenhören aktiviert sind (Sprach- und Hörzentrum). Dabei sollen Intensität und Negativität reduziert oder die Stimmen gar zum Verschwinden gebracht werden. Zumindest zu einem Teil scheint diese Methode wirksam zu sein (Ebd. S, 391). Die meisten dieser Verfahren sind noch nicht sehr umfangreich beforscht und es fehlen größere Wirksamkeitsstudien.

2.3.4 Psychologische Interventionen

Der am weitesten verbreitete, psychotherapeutische Ansatz im Umgang mit Stimmen ist die kognitive Verhaltenstherapie im Bereich Psychose und Schizophrenie (KVTP) (Klingberg & Hesse, 2013; Lincoln & Peters, 2019). Das dem Ansatz zugrundeliegende Verständnis orientiert sich an einer klinischen Konzeption von Krankheit und Genesung. Der Schwerpunkt liegt insbesondere auf spezifischen Positivsymptomen der Schizophrenie, wie Stimmenhören (Lincoln, 2006, S. 86) und Wahnvorstellungen (Ebd., S. 93). Sie hat sich in einer Reihe von stationären und ambulanten Einrichtungen als einigermaßen wirksam erwiesen. Bei Personen mit der Diagnose einer Schizophrenie-Spektrum-Störung wurden kleine bis mäßige Effektstärken bei der Verringerung des Leidensdrucks, der Symptomintensität und -häufigkeit in Bezug auf Stimmen, Denkstörungen, Wahnvorstellungen und Depressionen erzielt (van der Gaag et al., 2014; Wykes et al., 2008). Insbesondere in den USA aber auch im Vereinigten Königreich (UK)

werden solche psychotherapeutischen, gesprächsbasierten Ansätze auch von Pflegefachpersonen angeboten und als pflegerische Intervention definiert (England, 2007). Zudem gibt es Hinweise, dass sich deren Wirksamkeit in einem ähnlichen Bereich bewegt, wie wenn sie von Psycholog*innen oder anderen therapeutischen Berufsgruppen durchgeführt werden (Turkington et al., 2006). Es bestehen einige andere psychotherapeutische Interventionen und Ansätze für Menschen mit der Diagnose Psychose und Schizophrenie: die Familientherapie, Metakognitives Training (MKT), Training von sozialen Fertigkeiten oder auch psychodynamische Therapien (Lysaker et al., 2010). Die Verortung der verschiedenen psychologischen, therapeutischen und anderen Interventionen und Ansätzen im Umgang mit Stimmenhören sollte systematisch und umfassend erfolgen und wird im nächsten Teil der Arbeit beschrieben.

2.4 Implikationen und Fokuse für die vorliegende Arbeit

Bei Betrachtung der bisher beschriebenen Themen scheint es für die Unterstützung von Menschen mit Stimmenhören zentral, die persönliche Sicht sowie die eigene Erfahrung und das subjektive Erleben zu berücksichtigen. Die bisherigen Zugänge zum Phänomen Stimmenhören sowie auch entsprechende Interventionen sind in der aktuellen psychiatrischen Versorgung stark an einem medizinischen Verständnis von Krankheit und Genesung orientiert. Daher spielen Interventionen wie Medikamente oder andere medizinische oder psychologische Verfahren mit dem Fokus auf die Elimination der Stimmen die größte Rolle. Die Pflege als Profession mit einer starken Verbindung zum Alltag der Betroffenen, zu individuellen Zugängen zum Phänomen Stimmenhören sowie ihr großes Engagement zur Verbreitung von Personal Recovery scheinen gute Gründe, die Pflege als prädestiniert anzusehen für die Erweiterung von unterstützenden und allenfalls auch therapeutischen Angeboten, die sich mehr an der individuellen Situation und subjektiven Erfahrung der Betroffenen orientieren. Die beschriebene theoretische Verortung der psychiatrischen Pflege im Sinne der interpersonalen Beziehung nach Peplau (1992), das darauf aufbauende Gezeitenmodell (Barker & Buchanan-Barker, 2020), der professionstheoretische Fokus auf das pflegerische Handeln im Sinne von Friesacher (2008a) sowie das EbN-Modell nach Behrens and Langer (2016) geben hilfreiche und relevante Antworten in diese Richtung und bilden ein sicheres Fundament.

2.5 Forschungsfragen und Ziele

Aufgrund der Betrachtung der bisher beschriebenen Themen fokussiert die vorliegende Arbeit auf die pflegerische Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören. Dabei zielt sie auf die Identifikation von etablierten und allenfalls auch

neuen Interventionen im Bereich von Beratung und Therapie, die von Pflegefachpersonen für die Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören, genutzt werden können. In einem ersten Schritt wird mit einer umfassenden Suche die wissenschaftliche Literatur zum Thema beleuchtet. Dies mit dem Ziel, bestehende Interventionen zu identifizieren und zu beschreiben sowie deren Relevanz für die pflegerische Arbeit zu erkennen und zu beschreiben. In Anbetracht der beschriebenen Kompetenzen der psychiatrischen Pflege und ihrem Fokus auf interpersonale Beziehungen, wird die Suche eingeschränkt auf gesprächsbasierte Interventionen im Einzelsetting oder auf solche, die zumindest einen gesprächsbasierten Teil beinhalten. Ein weiterer Fokus liegt auf deren Orientierung an subjektiven Krankheits- und Genesungsmodellen sowie auch der im Rahmen von Personal Recovery geforderten Berücksichtigung des subjektiven Erlebens und dessen Deutung. Für den hier beschriebenen Teil werden folgende Fragen definiert, die in dieser Arbeit noch konkretisiert werden:

- Welche gesprächsbasierten Interventionen zur Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören, werden in der Literatur beschrieben?
- Welche der identifizierten Interventionen berücksichtigen die subjektiven Sichtweisen und Deutungen der Menschen, die Stimmen hören?
- Welche Interventionen eignen sich für die psychiatrische Pflege als Berufsgruppe im Sinne der beschriebenen theoretischen Fundierung?

Die Beantwortung dieser Fragestellungen verfolgt das Ziel, die Rolle und die Möglichkeiten der Pflege bei der Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören zu eruieren und zu klären. Weiter geht es darum, Interventionen zu identifizieren, bei welcher die Pflege bei der Umsetzung in der Praxis eine tragende Rolle übernehmen kann, die aber allenfalls noch weiter wissenschaftlich untersucht werden sollten.

3 Gesprächsbasierte Interventionen bei Stimmenhören – ein Scoping-Review

3.1 Hintergrund

3.1.1 Aktueller Stand in der Literatur zu Interventionen allgemein

Betrachtet man die Literatur zu Erfahrungen von Stimmenhörenden bezüglich des Umgangs von Fachpersonen mit dem Thema, scheinen ein offener Austausch über die Stimmen und spezifische Unterstützungs- und Therapieangebote jenseits medikamentöser Therapie in der Praxis noch nicht alltäglich (Hansen, 2015; Martin, 2000). Zudem werden psychiatrische Angebote zum Umgang mit den Stimmen oft als nicht hilfreich erlebt. Berichte von Menschen mit eigener Erfahrung zeigen, dass die durchaus gut gemeinte Reaktion von Fachpersonen auf das Berichten über die Stimmen – wie beispielsweise das Anpassen der Medikation oder die Verschiebung des Austrittstermins – für die Stimmenhörenden als negative Konsequenz erlebt werden kann und sie in der Folge aufhören, über die Stimmen zu sprechen, um die entsprechenden Maßnahmen zu umgehen (Hansen, 2015). Zudem wurde es zumindest bis vor einigen Jahren von Fachpersonen als nicht professionell erachtet, mit Betroffenen zu ausführlich über Inhalte der Stimmen oder subjektive Erklärungsmodelle zu sprechen (Coffey & Hewitt, 2007; Gray, 2008; Martin, 2000). Aber genau darin sehen Betroffene und teilweise auch Angehörige einen zentralen Aspekt für das Verstehen lernen und das Entwickeln eines konstruktiven Umgangs mit den Stimmen (Jones & Coffey, 2012; Kapur et al., 2014; Martin, 2000). Da scheint es nicht erstaunlich, dass Angehörigen aber auch jungen Menschen, die Stimmen hören, die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen in psychiatrischen Organisationen als herausfordernd empfinden oder als einen Kampf beschreiben (Kapur et al., 2014).

Diese beschriebene Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen und Wünschen von Betroffenen und teilweise auch Angehörigen und der Einstellung und dem Umgang von Fachpersonen in psychiatrischen Diensten steht einer mittlerweile doch beträchtlichen Anzahl verschiedener wirksamer gesprächsbasierter psychologischer Therapien und/oder psychosozialer Interventionen mit Fokus auf Stimmenhören gegenüber (McCarthy-Jones & Longden, 2015; Sonesson et al., 2020; Thomas et al., 2014). Zudem zeigen auch Therapien und Interventionen, die sich nicht explizit auf Stimmenhören fokussieren, durchaus positive Ergebnisse in Bezug auf Stimmenhören (siehe u.a. zu Trauma fokussierter Therapieformen oder KVT (Brand et al., 2018; Todorovic et al., 2020).

Die Implementierung solcher Interventionen in die Praxis ist mit großen Hürden verbunden. Neben finanziellen Aspekten und Personalressourcen (Bach-

Mortensen et al., 2018) werden die fehlende Kenntnis und Schulung von Fachpersonen bezüglich Interventionen, die mangelnde Information der potenziellen Anspruchsgruppen (Raphael et al., 2021), die Adaption der Interventionen an die Praxis (Bach-Mortensen et al., 2018) sowie die fehlende Integration der Interventionen in das Alltagsleben der Personen (Thomas et al., 2014, S. S209) als Hürde genannt.

Bezüglich dieser Hürden scheint ein umfassender Überblick über die aktuellen Therapien und Interventionen zum Thema Stimmenhören wichtig und zentral. Einerseits als Basis für weitere Forschung aber auch für die Implementierung von Interventionen in der Praxis, um ein umfassendes Wissen und Verständnis bezüglich der aktuellen Situation zu etablieren sowie Lücken zu identifizieren. Zudem kann eine Übersichtarbeit für die Information und Schulung von Fachpersonen wie auch von Betroffenen hilfreich sein.

Insbesondere bezüglich der Implementierung und Umsetzung solcher Interventionen in die Praxis sowie entsprechender Weiterbildungen und Schulungen stellt sich auch die Frage nach den zu involvierenden Berufsgruppen. Die Regularien bezüglich Voraussetzungen, solche therapeutischen Interventionen als Fachperson anbieten, durchführen und abrechnen zu können, sind weltweit aber auch in Europa sehr unterschiedlich. Wie Van Broeck und Lietaer (2008) aufzeigen, ist der Titel Psychotherapeut*in in den meisten europäischen Ländern streng an eine Psychotherapieausbildung gebunden. In einigen Ländern ist die Absolvierung einer solchen Psycholog*innen und/oder Psychiater*innen vorenthalten (u.a. Deutschland, Italien, Schweiz), in anderen kann sie auch von Fachpersonen anderer Berufsgruppen wie der Pflege, Theologie oder Sozialarbeit absolviert werden (u.a. Niederlande, Finnland, Österreich). Im Vereinigten Königreich gibt es diesbezüglich sehr wenig Regularien. Zudem können Fachpersonen, die nur ein minimales Psychotherapietraining absolviert haben, den Title «Counsellor» (Berater*in) anstatt Therapeut*in für sich in Anspruch nehmen.

Im deutschen Sprachraum scheint also Österreich das Land zu sein, das einen etwas flexibleren Umgang hat mit dem Zugang anderer Berufsgruppen wie der Pflege zur Durchführung und Abrechnung von therapeutischen Angeboten. Dabei scheint es relevant, welche Rolle die Pflege bei der Implementierung resp. beim Anbieten oder Anwenden von solchen Interventionen spielen kann. Unter der Bezugnahme von Beziehung und dem Gespräch als zentrale Aspekte der Pflege in der Psychiatrie (Barker & Buchanan-Barker, 2020; Peplau, 1992) sowie auch Erkenntnissen insbesondere aus der kognitiven Verhaltenstherapie, dass

spezifisch ausgebildete Pflegefachpersonen in einer entsprechenden therapeutischen Intervention durchaus erfolgsversprechende Resultate erzielen können (Turkington et al., 2006), scheinen gerade die geschäftsbasierten Ansätze und Interventionen bedeutsam für die psychiatrische Pflege. Zudem wird das Thema aktuell auch in Anbetracht von Versorgungsengpässen von solchen geschäftsbasierten psychologischen Interventionen diskutiert. Insbesondere der psychiatrischen Pflege wird dabei eine wichtige Rolle bei der Umsetzung von kurzen angepassten therapeutischen Interventionen in Deutschland (Wabnitz et al., 2017; Wabnitz et al., 2019) sowie auch im Vereinigten Königreich (The National Collaborating Centre for Mental Health, 2021, S. 77) zugeschrieben. Weiter könnte die psychiatrische Pflege als Expert*in für den Alltag (Sauter & Richter, 1999) einen wichtigen Beitrag zur geforderten stärkeren Verbindung von therapeutischen Interventionen zum Alltagsleben der Patient*innen oder Klient*innen (Thomas et al., 2014, S. S209) leisten.

Der Diskurs bezüglich der geeigneten Profession zur Durchführung solcher therapeutischen Interventionen scheint auch im Kontext der Debatte der Professionalisierung in der Pflege wichtig. Insbesondere der Zugang über handlungsorientierte Professionalisierungstheorien wie die u.a. von Oevermann (1997) stark beeinflusste kritische Theorie der Pflegewissenschaft (Friesacher, 2008a, S. 257), die einen hermeneutischen Zugang bezüglich des Regelwissens über Theorien und deren Anwendungen sowie des individuellen Fallverstehens erfordert. Weidner (1995) leitet davon zwei Kompetenzen ab. Einerseits geht es um die pflegerische Begründungskompetenz, die bei der Identifizierung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs sowie der Planung gefragt ist und der das Regelwissen zugrunde liegt. Andererseits definiert er die Entscheidungs- und Handlungskompetenz, die bei der Umsetzung und Evaluation der geplanten Interventionen gefragt ist und der das individuelle Fallverstehen zugrunde liegt.

Für die professionelle individuelle Pflege und Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören ist also ein umfassendes und spezifisches Regelwissen zu entsprechenden Interventionen vonnöten. Um dieses zu erwerben sind eine spezifische Aus- und Weiterbildung unumgänglich, auch wenn noch Unklarheiten bezüglich der konkreten Form, Inhalte und Umfänge bestehen. Die Identifizierung von Studien als Orientierung für die Ausgestaltung solcher Aus- und Weiterbildungen für Pflegefachpersonen als Voraussetzung zur Durchführung von spezifischen Interventionen kann als Hilfestellung dienen, um diesbezüglich mehr Klarheit zu schaffen.

3.1.2 Literatur zu gesprächsbasierten Ansätzen bei Stimmenhören

Aktuelle Übersichtsarbeiten zu unterschiedlichen gesprächsbasierten Therapieansätzen und Interventionen zum Thema Stimmenhören fokussieren entweder auf spezifische Therapieansätze wie kognitive Verhaltenstherapie (Burns et al., 2014) oder Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) (Brown et al., 2020), auf spezifische Diagnosegruppen wie Trauma (Brand et al., 2018) oder auf spezifische Fachbereiche wie die Psychologie (Thomas et al., 2014). Viele dieser Übersichtsarbeiten beinhalten ausschließlich Wirksamkeitsstudien mit einem randomisierten kontrollierten Design (RCT). Dabei sind neuere, noch nicht so bekannte und gut untersuchte Ansätze oder solche mit anderen Studiendesigns wie Case Studies, Case Series oder einfachen Beobachtungen oft nicht vertreten (Thomas et al., 2014, S. S209).

Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt sind weiterführende sekundäre Ergebniskriterien, die in solchen Studien oft integriert sind. Das kann bedeuten, dass bei der Untersuchung von Interventionen, die sich beispielsweise nicht explizit auf das Thema Stimmenhören beziehen, trotzdem Ergebniskriterien im Bereich Stimmenhören untersucht werden. Die für diese Studie relevanten Ergebniskriterien sind zum einen die etwas allgemeiner gefassten Positivsymptome des Diagnosebereichs Schizophrenie und Psychose, die neben Wahn auch die akustischen Halluzinationen resp. das Stimmenhören beinhalten und zum anderen akustische Halluzinationen resp. das Stimmenhören, das im Kontext von anderen Diagnosen oder Problemstellungen auftreten kann.

3.2 Ziele und Forschungsfragen

Das Ziel der vorliegenden Studie ist das Identifizieren und Beschreiben der im psychiatrischen Bereich bestehenden und in der wissenschaftlichen Literatur untersuchten und beschriebenen gesprächsbasierten Einzelinterventionen für Menschen, die Stimmen hören oder Einzelinterventionen, bei welchen Stimmenhören als Ergebniskriterium definiert resp. gemessen wird.

Die Forschungsfrage und spezifische Unterfragen werden daher wie folgt definiert:

- ***Welche gesprächsbasierten Ansätze und Einzelinterventionen für Menschen, die Stimmen hören ODER solche, bei denen sich das Ergebniskriterium auf Stimmenhören bezieht, können in der wissenschaftlichen Literatur identifiziert werden?***
 - *Welche unterschiedlichen Ansätze und Interventionen werden beschrieben?*

- *Welche Berufsgruppen sind bei der Durchführung der Interventionen beteiligt?*
- *Welche Qualifikationen werden benötigt, um die Interventionen durchzuführen?*
- *Wie gestaltet sich der zeitliche Umfang und der Ablauf der Interventionen?*
- *Auf welche Ergebnisse zielen die Interventionen ab?*
- *Welche Wirkung auf die Studienteilnehmenden haben die Interventionen? Wie wird die Wirkung quantitativ und qualitativ beschrieben?*
- *Welche Erfahrungen mit den Interventionen werden von Fachpersonen und Teilnehmenden beschrieben?*

3.3 Methode

Für diese Studie wurde als Design resp. Methode das Scoping-Review gewählt. Als noch neue Methode hat sie sich mittlerweile durchgesetzt, wenn es darum geht, einen Überblick über ein komplexes oder heterogenes, in der Literatur noch nicht systematisch gesichtetes Thema zu erhalten und die Resultate unabhängig der Methodik sowie der entsprechenden Qualität der Studien übersichtlich zusammenzufassen und darzustellen (Khalil et al., 2016; von Elm et al., 2019). Auch wenn eine klare Definition und ein klares Vorgehen zu Beginn des Aufkommens und der Entwicklung der Methode Anfang der 2000er Jahre noch fehlte (Khalil et al., 2016; von Elm et al., 2019), gibt es mittlerweile konkrete Verfahrensanweisungen. von Elm et al. (2019) stellen in ihrem Artikel das Vorgehen des *Joanna Briggs Institute* in neun Schritten vor (Peters et al., 2017). Dieses stellt die momentan letzte und demnach aktuelle methodische Erweiterung resp. Spezifizierung verschiedener bestehender Empfehlungen zum methodischen Vorgehen von Scoping-Reviews dar (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010). Das Vorgehen schlägt neun Schritte vor, zugeordnet an den Teilen einer wissenschaftlichen Arbeit:

- **Einleitung:**
 1. Fragestellung und Zielsetzung: Identifizierung Definition der Forschungsfrage sowie Entwicklung und Abgleich der Zielsetzung und Fragestellung
- **Methode:**
 2. Entwicklung und Anpassung der Einschlusskriterien mit der Zielsetzung und Fragestellung
 3. Beschreibung der geplanten Vorgehensweise bei der Suche, Auswahl, Extraktion und Darstellung von Evidenz (Protokoll)

- **Ergebnisse:**

4. Suche nach Evidenz
5. Auswahl der Evidenz
6. Extrahieren der Evidenz
7. Graphische Darstellung der Evidenz
8. Zusammenfassung der Evidenz in Bezug auf Zielsetzungen und Fragestellungen

- **Diskussion:**

9. fortlaufende Beratung mit Informationswissenschaftler*innen, Bibliothekar*innen und/oder anderen Expert*innen

Da es für die Qualität eines Reviews unumgänglich ist, den Auswahlprozess der gefundenen Literatur jeweils in einem Parallelverfahren mit mindestens zwei Forschenden durchzuführen (von Elm et al., 2019), wurde für diesen Teil der Arbeit Dr. Joachim Schnackenberg als zweite Person für den Auswahlprozess einbezogen. Dr. Joachim Schnackenberg ist Pflegewissenschaftler, Diplompflegfachmann und -sozialarbeiter und hat mehrere Jahre in der psychiatrischen Pflege in Deutschland und England gearbeitet. Seine Expertise bewegt sich insbesondere im Bereich von Interventionen für Menschen, die Stimmen hören und dabei speziell der Erfahrungsfokussierten Beratung (EFC) nach Romme and Escher (2013). Neben dem Netzwerk Stimmenhören Deutschland war er maßgeblich an der Verbreitung des EFC-Ansatzes im deutschsprachigen Raum beteiligt und verantwortet als Erstautor zusammen mit dem Autor dieser Arbeit die Veröffentlichung des Buches Stimmenhören und Recovery (Schnackenberg & Burr, 2017), welches das Thema für die pflegerische Praxis aufbereitet.

3.3.1 Suchstrategie

Leitend für die Suchstrategie resp. für die Identifikation von Suchbegriffen war das Akronym PCC, welches von Elm et al. (2019) resp. Peters et al. (2017) unter anderem für die Definition der Einschlusskriterien beziehungsweise die Beschreibung der gesuchten Evidenz vorschlugen. Das P steht dabei für Population (Population), das erste C für Konzept (Concept) und das zweite C für Kontext (Context). Für die geplante Suche bezieht sich das P resp. die Population auf Menschen, die Stimmen hören oder akustische Halluzinationen haben, das erste C oder das Konzept stellt die gesprächsbasierte Intervention dar und das zweite C resp. der Kontext wäre die psychiatrische Versorgung (Tabelle X). Die Suchstrategie wurde in einem Schritt-für-Schritt-Verfahren entwickelt.

In einem ersten Schritt wurde eine Suche über Google und Google-Scholar durchgeführt mit den folgenden englischen Suchbegriffen: *intervention AND hearing voices OR auditory hallucination AND mental health*. Die auf den ersten beiden Suchseiten als relevant eingeschätzten Treffer wurden dokumentiert und die entsprechenden Artikel als Volltexte heruntergeladen. Erste Ideen bezüglich relevanter Suchbegriffe aufgrund der Titel, Abstracts und Schlüsselwörter wurden dokumentiert. In einem zweiten Schritt wurde eine erste Suche in den folgenden fünf einschlägigen Datenbanken MEDLINE (Pubmed), Embase, Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO und Psynindex durchgeführt. Die Beschreibung der Datenbanken und die Gründe für die Wahl sind im Anhang A zu finden. Suchbegriffe zum zweiten C resp. dem Kontext wurden nicht mehr verwendet, da die Suchbegriffe des P resp. Population, also alle Begriffe zum Thema Menschen die Stimmen hören resp. akustische Halluzinationen haben, genügend mit dem Kontext psychiatrische Versorgung verbunden eingeschätzt wurden. Aufgrund der Ergebnisse der Google-Suche, bei der auch die transkranielle Magnetstimulation (tMS; ein nicht-invasives medizinisches Verfahren, das u.a. auch bei Menschen, die Stimmen hören angewendet wird) identifiziert werden konnte, wurden zusätzlich Begriffe zum Ausschluss dieser Intervention definiert.

Tabelle 2: Von den Schlüsselwörtern und -konzepten zu den Suchbegriffen

Schlüsselwörter aus der Fragestellung gemäss Akronym PCC	Suchbegriffe in Deutsch	Suchbegriffe in Englisch
<p>Population (P): Menschen, die Stimmen hören, ggf. auch solche mit einer Diagnose im Bereich Psychose oder Schizophrenie. Fokus explizit transdiagnostisch: das Phänomen oder Symptom Stimmenhören steht im Vordergrund und nicht die Diagnose.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stimmenhören • akustische Halluzinationen • Psychose • Schizophrenie 	<ul style="list-style-type: none"> • Hearing voices • acoustic hallucination • auditory hallucination • psychosis
<p>Konzept (C): Gesprächsbasierte Einzelinterventionen, die im Einzelsetting angeboten werden. Keine medizinischen Verfahren wie medikamentöse Therapie, transkranielle Magnetstimulation tMS, sowie keine Kunst- oder Musiktherapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interventionen • Beratung • Therapie <p>Nicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamente • Transkranielle Magnetstimulation • Kunst • Musik 	<ul style="list-style-type: none"> • intervention • counselling • therapy <p>NOT</p> <ul style="list-style-type: none"> • antipsychotic, neuroleptic medication • transcranial magnetic stimulation • art • music
<p>Kontext (C): Psychiatrische Versorgung und Angebote inkl. psychiatrische Pflege</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie • Psychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatry • mental health

Die erste Suche wurde datenbankspezifisch mit den folgenden Begriffen und Kombinationen durchgeführt: (“hearing voices” OR “acoustic hallucination” OR “auditory hallucination”) AND (“intervention” OR “therapy” OR “counsel*”) NOT (transcranial* OR stimulat* OR magnet*). Aufgrund des Expertenwissens des Autors resp. Co-Autors widerspiegelten die nach Ausschluss der Duplikate gefundenen 591 Treffer die breite der Evidenz zum Thema nicht. Es wurden einige bekannte Artikel und Studien in der Trefferliste nicht gefunden. Zudem gab es einige Treffer zu weiteren nicht gesprächsbasierten Interventionen wie Musik- und Kunsttherapie oder Medikamentenstudien. Aufgrund dieser Erkenntnisse wurde die Suchstrategie nochmals angepasst resp. erweitert und in den gleichen Datenbanken spezifisch mit den folgenden Begriffen und Kombinationen durchgeführt: (“hearing voices” OR “acoustic hallucination” OR “auditory hallucination” OR “psychosis*” OR “psychotic*”) AND (“intervention” OR “therapy” OR “counselling”) NOT (“Transcranial Magnetic Stimulation”) OR “neuroleptic*” OR “antipsychotic*” OR “music*” OR “art therapy”). Zudem wurde entsprechend der Sprachkenntnisse der beiden Reviewer ein Filter für englisch- und deutschsprachige Artikel gesetzt. Weiter bildete das Jahr 1990 als Suchbeginn einen Filter, der bis zu den aktuellen Publikationen (2021) nicht eingeschränkt wurde. Dies wurde aufgrund des Beginns der Interventionsforschung im Bereich KVTP (Garety et al., 1994) sowie auch der ersten Arbeiten des Maastrichter Stimmenansatzes (Romme et al., 1992) so gewählt. Ergebnisse der erste Google- und Google-Scholar-Suche, einer Handsuche der Autoren in ihrer eigenen Ablage sowie auch die Durchsicht der Referenzlisten der Artikel, die als Volltexte bezüglich Einschusses in das Review überprüft wurden, bildeten eine Erweiterung der Suchstrategie, um möglichst die ganze relevante Literatur abzubilden. Die Dokumentation der detaillierten Suchstrategie pro Datenbank ist im Anhang B zu finden.

3.3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Studiauswahl beim Titel- und Abstract-Screening sowie bei der Eignungsprüfung der Volltextartikel wurden entsprechende Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Aufgrund der Erkenntnisse zum aktuellen Stand der Forschung in diesem Bereich wurde bezüglich der Verwendung von Ergebniskriterien im ersten Einschlusskriterium entschieden, auf hauptsächlich zwei Ergebniskriterien zu fokussieren. Zum einen gehört das Stimmenhören resp. die akustischen Halluzinationen als relevantes oder vordergründiges Phänomen dazu, das transdiagnostisch verstanden wird und sich nicht nur auf den Bereich Schizophrenie und Psychose beschränkt. Zum anderen sind dies die etwas allgemeiner gefassten Positivsymptome des Diagnosebereichs Schizophrenie und

Psychose, die neben dem Wahn als Symptom auch die akustischen Halluzinationen resp. das Stimmenhören beinhalten.

Einschlusskriterien:

- Klarer Bezug der Intervention auf Stimmenhören, akustische oder auditive Halluzinationen ODER Nennung von Stimmenhören, akustischen oder auditiven Halluzinationen oder Positivsymptomen im Bereich der Diagnosen Psychose oder Schizophrenie (Psychose-spezifische Psychopathologie, Positivsymptome oder PANSS, BPRS(-E), PSYRATS u.a. und entsprechende Subskalen als Instrument) als Ergebniskriterium
- Gesprächsbasierte Einzeltherapie oder -beratung als Intervention ODER geschäftsbasierte Anleitung zu einer Einzelintervention (z.B. bei achtsamkeitsbasierten Interventionen)
- Intervention richtet sich an Erwachsene > 18 Jahren
- Artikel ist in deutscher oder englischer Sprache vorhanden
- Es handelt sich um eine Interventionsstudie jeglichen Designs (qualitativ, quantitativ oder gemischt) ODER ein Review mit oder ohne Meta-Analyse/-synthese

Ausschlusskriterien:

- Gruppentherapie oder gemischte Intervention (Gruppe und Einzel)
- Studien mit weniger als vier Teilnehmende (z.B. Einzelfallstudien)
- Studienprotokolle
- Intervention:
 - Medikamente
 - transkranielle Magnetstimulation tMS
 - andere medizinische oder elektronische Verfahren (z.B. Elektrokrampftherapie EKT)
 - Kunst- oder Bewegungstherapie
 - Yoga
 - Multimodale Programme ohne direkten Bezug zu einer Intervention zum Stimmenhören (z.B. Erstpsychose-Programme)

Für die Überprüfung der Volltexte wurden zusätzlich noch zwei weitere Ausschlusskriterien definiert:

- Einzelstudie ist Teil eines eingeschlossenen Systematic-Reviews und/oder Meta-Analyse- oder Meta-Synthese-Artikels

- Bestehen einer aktuelleren Version eines eingeschlossenen Systematic-Reviews und/oder Meta-Analyse oder Meta-Synthese-Artikels zu einer ähnlichen oder gleichen Fragestellung

3.3.3 Studienauswahl

- In einem ersten Schritt wurde im Januar 2021 in den genannten Datenbanken die Suche durchgeführt. Alle Treffer inklusive der Abstracts wurden in das Literaturverwaltungsprogramm Endnote X8 (Alphasoft GmbH, 2022) importiert.
- In einem zweiten Schritt wurden alle offensichtlichen Duplikate entfernt und es wurden zwei identische Endnote-Dateien erstellt.
- In einem dritten Schritt führten die beiden Reviewer das Titel- und Abstract-Screening durch. Alle Titel, die den Einschlusskriterien nicht entsprachen oder einen oder mehrere Ausschlusskriterien erfüllten, wurden in den Papierkorbordner verschoben. Wenn durch Informationen im Titel und Abstract unklar blieb, ob der Titel ausgeschlossen werden sollte, wurde der Titel in der Auswahl behalten.
- Im vierten Schritt wurden die bis dahin eingeschlossenen Titel in den Endnote-Dateien beider Reviewer in eine Endnote-Datei überführt. Dateien, die zweimal vorkamen, bildeten die Übereinstimmung zwischen den Reviewern, solche die nur einmal vorkamen, bildeten die Gruppe der Titel ohne Übereinstimmung. Diese wurden von den Reviewern nochmals gemeinsam gesichtet und es wurde in einem Konsensverfahren anhand der Kriterien entschieden, ob sie belassen oder ausgeschlossen werden.
- Von den in der Auswahl verbliebenen Titel wurden die Volltexte gesucht und in einem entsprechenden Ordner gespeichert. Als Arbeitsgrundlage für die Volltextüberprüfung wurden davon zwei identische Kopien erstellt.
- Im fünften Schritt überprüften die beiden Reviewer unabhängig voneinander die Volltexte bezüglich Ein- und Ausschlusskriterien. Die Artikel, die den Einschlusskriterien nicht entsprachen oder ein Ausschlusskriterium oder mehrere davon erfüllten, wurden in einen entsprechend benannten Ausschlussordner verschoben. Die in der Auswahl verbliebenen Artikel beider Reviewer wurden einander gegenübergestellt. Die doppelt vorhandenen Artikel bildeten die Gruppe mit Übereinstimmung, die nur einmal vorkommenden die Gruppe der Artikel ohne Übereinstimmung.
- Die Artikel ohne Übereinstimmung wurden in gemeinsamen Besprechungsterminen nochmals durchgegangen und es wurde in einem Konsensverfahren anhand der definierten Ein- und Ausschlusskriterien über Verbleib oder Ausschluss entschieden.

- In einem letzten Schritt wurden alle Übersichtsartikel (Systematic-Review und/oder Meta-Analyse oder Meta-Synthese-Artikel) mit ähnlichen Fragestellungen identifiziert und die jeweils neusten eingeschlossen resp. ältere ausgeschlossen. Folgend wurden Einzelstudien identifiziert und ausgeschlossen, die in einem oder mehreren Übersichtsartikeln enthalten waren.
- Die definitive Auswahl der Artikel wurde in einem entsprechend benannten Ordner abgespeichert. Gefundene Artikel aus Referenzlisten oder sonstiger Handsuche wurden laufend in den entsprechenden Prozessschritten integriert, das heißt in die Endnote-Dateien importiert und in den Ordnern gespeichert sowie eingeschätzt und allenfalls gemeinsam besprochen. Somit ist die Nachvollziehbarkeit der Auswahl bezüglich Titel resp. Artikel auch im Nachhinein gewährleistet.

3.3.4 Datenextraktion

Alle Studien werden benannt mit dem Erstautorennamen, dem Veröffentlichungsjahr sowie ein paar Stichworten zum Titel und Inhalt und danach in alphabetischer Ordnung durchnummeriert.

3.3.4.1 Analyse:

Für die Analyse wurden verschiedene Themenbereiche definiert, für welche die entsprechenden Daten aus den Studien extrahiert und tabellarisch dargestellt werden.

- **Identifyer:** Angabe Erstautor*innenschaft und Veröffentlichungsjahr der Publikation zur Studienidentifikation.
- **Land:** Angabe des entsprechenden Landes in dreistelligem Iso-Ländercode, in welchem die Studie durchgeführt wurde.
- **Studienteilnehmende:** Angabe der Anzahl an eingeschlossenen Studienteilnehmenden bei Einzelstudien und bei Übersichtsarbeiten, zusätzlich die Anzahl an eingeschlossenen Studien.
- **Fokus der Intervention auf Diagnose oder Phänomen:** Angabe des Fokus der Intervention auf eine Diagnose (z.B. Schizophrenie) oder Phänomen (z.B. Stimmenhören, Suizidalität) gemäß Angaben im Titel, im Abstract oder der Interventionsbeschreibung im Methodenteil der Studie.
- **Name der Intervention:** Im Text der Artikel verwendete Abkürzung der in der Studie behandelten Interventionen oder Therapien.

- **Anzahl Sitzungen (Zeitraum in Monaten):** Angabe der Anzahl an Sitzungen oder Termine sowie des Zeitraums in Monaten, in welcher die Intervention im Rahmen der Studie durchgeführt wurde.
- **Kontrolle:** Angabe ob aktive Kontrollgruppe (active control, AC), übliche Behandlung (treatment as usual, TAU) oder Warteliste (WL) als Kontrollbedingung bei Interventionsstudien mit kontrolliertem Design oder Übersichtsarbeiten entsprechender Studien.
- **Methode / Design:** Unterscheidung der Methode in qualitativ und quantitativ und in den entsprechenden Bereichen Angaben zu den spezifischen Designs. Quantitativ: Meta-Analyse (MA), Systematic-Review (SR), randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) und sonstige (spezifische Angabe im Feld). Qualitativ: Meta-Synthese (MS), Systematic-Review (SR), Einzelstudie.
- **Messinstrumente:** Angabe der verwendeten Messinstrumente zu den definierten relevanten Ergebniskriterien (Positivsymptome oder Stimmenhören).
- **Ergebnisse:** Bei qualitativen Studien relevante Ergebnisse in Bezug auf die definierten Ergebniskriterien: identifizieren von Textstellen, die sich auf Stimmenhören, Positivsymptome oder den Umgang mit diesen beziehen. Bei quantitativen Studien statistisch signifikante (entsprechend definierter p-Wert in der Studie) Pre-/Posttest- oder Pretest/Follow-up-Unterschiede mindestens zu einem relevanten Outcome (Positivsymptome oder Stimmenhören) sowie Angaben zu Effektstärken (ES) der entsprechenden Resultate als Cohen's *d* oder Hedge's *g* (Schäfer & Schwarz, 2019, S. 8).

Bei den Resultaten der quantitativen Studien wird einerseits ein Hinweis gegeben, ob die Pre-/Posttest- resp. Pretest/Follow-up-Vergleiche ein statistisch signifikantes positives Ergebnis zugunsten der Intervention zeigen konnten. Zudem werden die Effektstärken angegeben, um einen vergleichenden Überblick über alle Studien zu erhalten, da wo angegeben jeweils entweder als Cohen's *d* oder Hedge's *g* als vergleichbaren Wert (Funder & Ozer, 2019). Hedge's *g* wird in der Regel bei kleinen Stichproben oder Meta-Analysen verwendet, Cohen's *d* bei Einzelstudien mit genügend großer Stichprobe resp. Power.

3.3.4.2 Synthese:

Ergänzend zu den Angaben der Analyse zu allen eingeschlossenen Studien, soll eine vertiefte Synthese zu den Ansätzen und Interventionen erfolgen, die sich explizit auf Stimmenhören bezieht. Die Synthese beinhaltet spezifische Angaben zur Beantwortung der Fragestellung. Diese werden zusammenfassend für alle

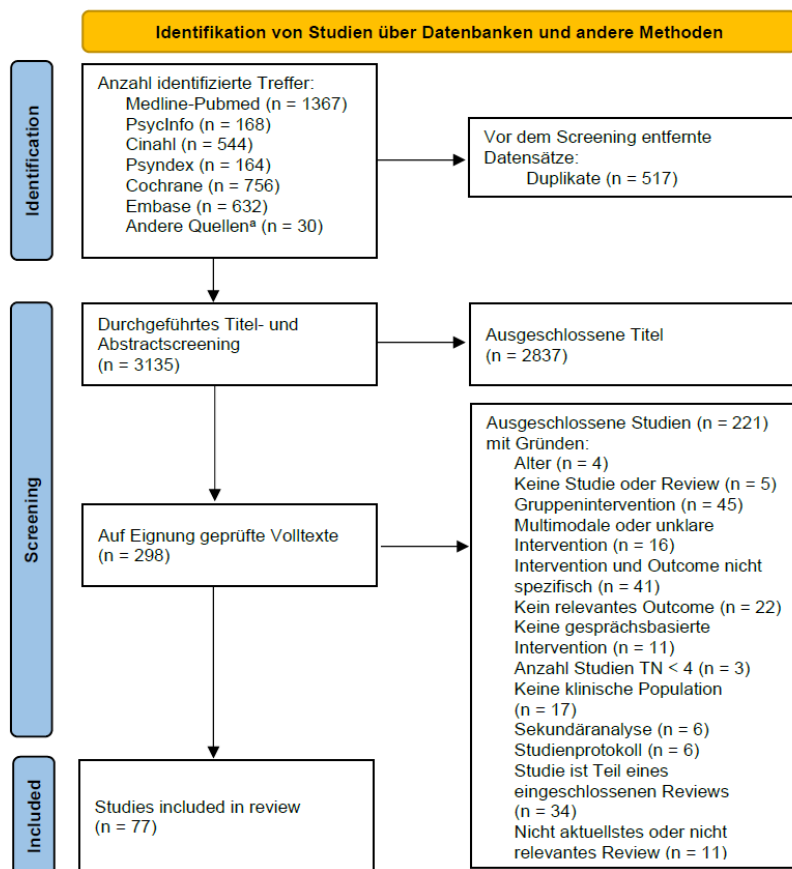
identifizierten Studien zum selben Ansatz oder zur selben Intervention beschrieben. Die Beschreibung wird aufgeteilt in folgende Kategorien:

- Inhalte der Intervention
- Ziele
- Qualifikation, Training und Supervision der Fachpersonen
- Anzahl Sitzungen und Behandlungsdauer
- Ergebnisse – Erfahrung mit oder Wirksamkeit der Intervention

3.4 Ergebnisse

3.4.1 Studienselektion

Durch die Suche in den entsprechenden Datenbanken konnten in einem ersten Schritt 3'622 Treffer identifiziert werden. Weitere 30 Titel wurden durch andere Quellen wie Google, Google-Scholar, Referenzlisten von eingeschlossenen Artikeln oder persönliche Ablagen der Reviewer gefunden. Nach der Entfernung von Duplikaten wurden bei 3'135 Treffern das Titel- und Abstract-Screening bezüglich Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt.



* Referenzlisten der eingeschlossenen Studien, Google Suche and Suche in persönlichen Ablagen der Autoren

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Abbildung 4: Flussdiagramm zum Studiauswahlprozess

Dabei wurden 2'837 Titel ausgeschlossen. Von den restlichen 298 Titel wurden die Volltexte der Artikel gesucht und gefunden und bezüglich des definitiven Einschlusses in die Studie überprüft. Nach dem Ausschluss von weiteren 221 Artikel (siehe Abbildung 4; Prisma Flow-Chart) konnten 77 Artikel eingeschlossen werden.

3.4.2 Beschreibung der Messinstrumente

Für ein besseres Verständnis der Analyse, Synthese sowie der Interpretation der berichteten Ergebnisse der eingeschlossenen Studien, werden an dieser Stelle die Messinstrumente beschrieben, die für dieses Review als relevant definiert und in den Studien am häufigsten verwendet wurden (siehe auch Tabelle 7).

3.4.2.1 Stimmenhören

Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS): Die PSYRATS (Haddock et al., 1999) besteht aus zwei Skalen, die den Wahn und akustische Halluzinationen (Stimmenhören) bei Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose in elf Dimensionen (Items) resp. vier Faktoren (emotionale, körperliche und kontrollierende Charakteristika sowie kognitive Interpretation) erfasst. Im Rahmen eines semistrukturierten Interviews werden die folgenden elf Dimensionen in Bezug auf die Erfahrungen der letzten Woche eingeschätzt: Häufigkeit, Dauer, Ort, Lautstärke, Vorstellungen über die Ursache der Stimmen, Ausmaß negativer Inhalte der Stimmen, Grad negativer Inhalte, Höhe der Belastung, Intensität der Belastung, Lebensbeeinträchtigung, Kontrollierbarkeit der Stimmen sowie eine beschreibende Auflistung der verschiedenen Stimmen. Die Einschätzungen erfolgen jeweils auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 bis 4 (0 = schwächster Ausprägungsgrad; 4 = stärkster Ausprägungsgrad). Es besteht eine psychometrisch getestete deutsche Version (Kronmüller et al., 2011).

Beliefs About Voices Questionnaire – Revised (BAVQ-R): Der BAVQ-R (Chadwick et al., 2000) ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen und erfasst Überzeugungen sowie emotionale und Verhaltensreaktionen von Personen gegenüber akustischen Halluzinationen resp. Stimmen in den fünf Subskalen Böswilligkeit, Wohlwollen, Omnipotenz, Widerstand und Bindung. Er beinhaltet 35 Items, die mittels einer 4-stufigen Likert-Skala (0 = schwächste Zustimmung; 3 = stärkste Zustimmung) beantwortet werden. Es besteht eine deutsche psychometrisch getestete Version (Gmeiner et al., 2018).

Hamilton Program for Schizophrenia Voices Questionnaire (HPSVQ): Der HPSVQ (Van Lieshout & Goldberg, 2007) ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen, der verschiedene Charakteristika, Ausprägungen und Inhalte der Stimmen sowie auch den Einfluss der Stimmen auf die Person und deren Belastung erfasst. Sie

besteht aus 9 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala (0 = schwächste Ausprägung; 4 = stärkste Ausprägung) eingeschätzt werden. Ursprünglich wurde von einer eindimensionalen Faktorenstruktur ausgegangen. Eine aktuelle Studie (Berry et al., 2021) bestätigt die zweidimensionale Struktur des Fragebogens aus einer früheren Studie (Kim et al., 2010). Die erste Dimension wird «voice severity» genannt. Dies kann mit der Ausprägung des Schweregrades der Stimmen übersetzt werden und beinhaltet hauptsächlich physische Merkmale. Die zweite Dimension wird als «voice-related distress» bezeichnet und kann mit Belastung durch die Stimmen übersetzt werden. Sie beinhaltet hauptsächlich Stress und andere negative Auswirkungen.

Weitere selten verwendete Instrumente

Die **Voice Compliance Scale (VCS)** erfasst das Ausmaß der Compliance resp. der Resistenz der Person gegenüber imperativen Stimmen (Beck-Sander et al., 1997). Der **Voice and You (VAY)** Fragebogen (Hayward et al., 2008) schätzt die Beziehung zwischen der Person und den Stimmen ein. Die **Voice Power Differential Scale (VPD)** (Birchwood et al., 2004) erfasst das Machtgefälle zwischen der Stimme und der Stimmen hörenden Person. Bei einigen weiteren (BASIS-24-Hal., CASH-PSYCH-Hal., CPRS-Hal., PSE-Hal.) handelt es sich um Instrumente zur Erfassung der allgemeinen ggf. auch nicht Psychose-spezifischen Psychopathologie, von denen dann für einzelne Halluzinationen spezifische Items genutzt wurden. Bei einer Studie (Bell et al., 2020) wurde der Umgang (Coping) mit den Stimmen in verschiedenen Dimensionen auf einer visuellen Analogskala eingeschätzt (VAS-Coping).

3.4.2.2 Positivsymptome oder psychotische Symptome

Positive and Negative Syndromes Scale (PANSS): Die PANSS (Kay et al., 1987) ist ein Instrument zur Einschätzung der Psychopathologie der Diagnose Schizophrenie im Rahmen eines semistrukturierten Interviews. Sie besteht aus drei Subskalen: Positivsymptome (u.a. Halluzinationen resp. Stimmenhören), Negativsymptome und generelle Psychopathologie. Die Subskala der Positivsymptome besteht aus sieben Items, welche auf einer 7-stufigen Skala eingeschätzt werden (1 = nicht vorhanden; 7 = sehr ausgeprägt vorhanden). Es besteht eine psychometrisch getestete deutsche Übersetzung (Müller et al., 2000).

Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS): Der oben bereits beschriebene PSYRATS wird auch für die Einschätzung der Positivsymptome genutzt, indem der Gesamtscore (PSYRATS-General) der beiden Subskalen (akustische Halluzinationen und Wahn) verwendet wird.

Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS): Die SAPS (Andreasen et al., 1991) ist ein Instrument zur Einschätzung der Positivsymptome der Schizophrenie. Sie besteht aus 34 Items zu den Domänen Halluzinationen, Wahn, bizarres Verhalten und Denkstörungen.

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Die BPRS ist ein Instrument zur Einschätzung eines umfassenden Sets und üblichen Symptomen bei psychischen Erkrankungen. Die Ursprungsversion (Overall & Gorham, 1962) enthielt 16 Items und wurde dann laufend erweitert bis zur «expanded Version» (BPRS-E) (Lukoff et al., 1986), die zusätzliche Symptome der Diagnose Schizophrenie enthielt (u.a. bizarres Verhalten, gehobene Stimmung, Hyperaktivität). Eine umfassende Beschreibung ist in der vorliegenden Arbeit im Methodenteil des Kapitels zur EFC-Pilotstudie zu finden.

3.4.3 Analyse der gefundenen Studien

Die Analyse der eingeschlossenen Artikel zu den folgenden Variablen ist in der Tabelle im Anhang C abgebildet:

- Jahrgang der Publikation
- Ort der durchgeführten Studie
- Anzahl der Studienteilnehmenden pro Studie bei Einzelstudien resp. Anzahl der eingeschlossenen Studien und Anzahl der darin enthaltenen Studienteilnehmenden bei systematischen Literaturübersichtsarbeiten und Meta-Analysen oder -Synthesen
- Fokus der untersuchten Intervention auf eine Diagnose, Symptom oder Phänomen
- Name resp. therapeutischer Ansatz der Intervention
- Anzahl der Sitzungen oder Termine und/oder Zeitraum, über welchen die Intervention durchgeführt wurde in Monaten
- Kontrollintervention bei kontrollierten Studien
- Methode und/oder Studiendesign
- Verwendete Instrumente zur Einschätzung des Ergebniskriteriums
- Resultate: signifikante positive Ergebnisse sowie Effektstärken

Im Folgenden wird die Analyse resp. eine Auswahl an Charakteristika resp. Variablen kurz beschrieben und tabellarisch dargestellt (Tabelle 2).

Alter der Studien: Das **Publikationsjahr** der eingeschlossenen Studien reicht von 2000 bis 2020. 4 Studien (5.2%) wurden in den Jahren 2000 bis 2004 publiziert, 9 Studien (11.7%) zwischen 2005 und 2009, 25 Studien (32.5%)

zwischen 2010 bis 2014, 28 Studien (36.4%) zwischen 2015 und 2019 und 11 Studien (14.3%) im 2020 (Tabelle 3).

Tabelle 3: Publikationsjahr der eingeschlossenen Studien

Variable	Absolute und relative Häufigkeiten: n (%)
Publikationsjahr (n=77)	
2000-2004	4 (5.2)
2005-2009	9 (11.7)
2010-2014	25 (32.5)
2015-2019	28 (36.4)
2020	11 (14.3)

Durchführungsland (Tabelle 3): Die Mehrzahl der Studien wurden im Vereinigten Königreich (GBR) durchgeführt (n=35; 45.5%), gefolgt von Australien (AUS; n=10; 13.0%), Deutschland (DEU; n=9; 11.7%), den Vereinigten Staaten von Amerika (USA; n=6; 7.8%) und den Niederlanden (NLD; n=5; 6.5%). Die restlichen 12 Artikel (15.6%) teilen sich auf sieben Länder auf (CAN, NOR, DNK, HKG, TUR, POL, AUT) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Durchführungsort der eingeschlossenen Studien

Variable ^a	Absolute und relative Häufigkeiten: n (%)
Durchführungsort der Studie (n=77)	
Vereinigtes Königreich (GBR)	35 (45.5)
Australien (AUS)	10 (13.0)
Deutschland (DEU)	9 (11.7)
Vereinigte Staaten von Amerika (USA)	6 (7.8)
Niederlande (NLD)	5 (6.5)
Verschiedene (CAN, NOR, DNK, HKG, TUR, POL, AUT)	12 (15.6)

^a Dreistellige Abkürzung der Länder

Fokus der Intervention: Bezüglich des Fokus der Intervention auf eine Diagnose, ein Symptom oder ein Phänomen konnte aus den Titeln oder der Beschreibung der Intervention Psychose als häufigste Nennung identifiziert werden (n=56; 72.7%), gefolgt von Schizophrenie (n=49; 63.6%), Stimmenhören (n=26; 33.8%), Wahn (n=22; 28.6%) und Trauma (n=8; 10.4%). Zudem gab es noch acht Nennungen (10.4%) von anderen Diagnosen, Symptomen oder Phänomenen (Depression, Sucht, THC, Suizidalität, PTSD, Dissoziationen, Angst). Bei neun Studien resp. Artikeln (11.7%) liegt der Fokus der Intervention einzig auf Stimmenhören (Tabelle 5).

Name und/oder therapeutischer Ansatz der Interventionen: Die in den identifizierten Studien untersuchten Interventionen können in verschiedene Kategorien eingeteilt werden.

Tabelle 5: Fokus sowie Ansatz resp. Name der Interventionen der eingeschlossenen Studien

Variable	Absolute und relative Häufigkeiten: n (%)
Fokus der Interventionen der eingeschlossenen Studien (n=77) (Mehrfachnennungen möglich)	
Psychose	56 (72.7)
Schizophrenie	49 (63.6)
Stimmenhören	26 (33.8)
Nur Stimmenhören	9 (11.7)
Wahn	22 (28.6)
Trauma	8 (10.4)
Andere (Depression, Sucht, THC, Suizidalität, PTSD, Dissoziationen, Angst)	8 (10.4)
Therapeutischer Ansatz resp. Name (Kürzel) der Interventionen (n=77) ^a	
Kognitive Verhaltenstherapie	57 (74.0)
Kognitive Verhaltenstherapie für Psychosen (KVTp, CBTp, CBSP-p; GRIP; CNI; CTCH u.a.)	38 (49.4)
Kulturell Adaptierte KVT-p (CA-CBT-p)	3 (3.9)
KVT-p & Motivierende Gesprächsführung (MI)	2 (2.6)
Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Familientherapie (CBFI; CBT-p & FI)	2 (2.6)
Kognitive-Analytische Therapie (CAT)	2 (2.6)
Metakognitive Therapie (MKT+)	3 (3.9)
AVATAR-Therapie	2 (2.6)
Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)	3 (3.9)
Coping-fokussierte Interventionen (CFT, ACE)	2 (2.6)
Achtsamkeit-fokussierte Interventionen (MBCI, MBSR, u.a)	2 (2.6)
Trauma-fokussierte Interventionen (EMDR, PE, VRE)	5 (6.5)
Supportive Psychodynamische Therapie (sPP, PP)	2 (2.6)
Relating Therapy	2 (2.6)
Making Sense of Voices & Erfah (MsV, EFC)	6 (7.8)
Schematherapie (iMAPS)	1 (1.3)
Therapiestrukturierende Intervention (DIALOG+)	2 (2.6)

^a Abkürzungen der Interventionsnamen in Klammern sind der Tabelle im Anhang C zu entnehmen

Der größte Teil der Studien untersuchte Interventionen im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und Untergruppen davon (n=57; 74.0%). Wiederum der

größte Teil davon beschäftigte sich mit der spezifischen kognitiven Verhaltenstherapie für Menschen mit Psychosen (KVTp; n=38; 49.4%).

Von den restlichen Therapieansätzen neben der KVT (n=20; 26.0) bildet der *Making Sense of Voices (MsV)* Ansatz mit sechs Studien (7.8%) den größten Teil, gefolgt von den Trauma-fokussierten Ansätzen wie EMDR oder Prolongue Exposure (PE) mit fünf Artikeln (6.5%) (Tabelle 5).

Methoden / Design: Die meisten der gefundenen Studien resp. Artikel weisen ein quantitatives Design auf (= 69; 89.6%). Sie beinhalten Einzelstudien (n=56, 72.8%) in Form von randomisiert-kontrollierten Studien (n=34; 44.2%), Interventionsstudien mit einem anderen nicht kontrollierten Design (n=22; 28.6%) sowie systematische Reviews und/oder Meta-Analysen von Interventionsstudien (n=13; 16.9%). Viel seltener waren Studien mit einem qualitativen Design (n=6; 7.8%), wobei es sich um fünf Einzelstudien (6.5%) und eine qualitative Meta-Synthese (1.3%) handelt. Eine der eingeschlossenen Studien weist ein Mixed-Methods Design auf (Tabelle 6).

Verwendete Ergebniskriterien resp. Messinstrumente (Tabelle 6): Für das vorliegende Review wurden die beiden Ergebniskriterien Stimmenhören resp. akustische Halluzinationen sowie Positivsymptome des Diagnosebereichs Schizophrenie und Psychose ausgewählt. In 41 (59.4%) Studien aller Artikel mit einem quantitativen Design (n=69) wurde Stimmenhören als ein Ergebniskriterium definiert. Teilweise wurden mehrere Messinstrumente pro Studie angegeben resp. verwendet. Die Auditory-Hallucination-Subscale des PSYRATS (PSYRATS-AH) war das mit Abstand am häufigsten verwendete Instrument zur Messung von Stimmenhören (n=33; 47.8%) gegenüber den zwölf anderen Instrumenten, die in 15 Studien (21.7%) eingesetzt wurden.

Tabelle 6: Design der eingeschlossenen Studien

Variable	Absolute und relative Häufigkeiten: n (%)
Studiendesign (n=77)	
Quantitativ	69 (89.6)
Randomized Control Trial, RCT	34 (44.2)
Andere (Beobachtungsstudien, Case Series u.a.)	22 (28.6)
Systematic Review und/oder Meta-Analyse	13 (16.9)
Qualitativ	7 (9.1)
Einzelstudie	6 (7.8)
Meta-Synthese	1 (1.3)
Mixed-Methods	1 (1.3)

Sehr ähnlich verhält es sich bei den Positivsymptomen als Ergebniskriterium (n=41; 59.4%). Dafür wurde in allen die PANSS verwendet und in 29 Studien (42.0%) die Subskala der Positivsymptome. In zwei Studien, in welchen der Hauptfokus der Intervention auf Stimmenhören gerichtet war, konnte nur die allgemeine Psychopathologie als Ergebniskriterium identifiziert werden, was mit Gesamtsummenscores der BPRS oder einer Kurzform der PANSS gemessen wurde (Tabelle 7).

3.4.4 Synthese der Ergebnisse

Gemäß der Fragestellung fokussiert die Synthese auf die vertiefte Beschreibung der Interventionen, bei welchen Stimmenhören als Hauptfokus erkennbar resp. beschrieben ist.

3.4.4.1 Interventionen mit dem Fokus auf Stimmenhören

Bei neun der eingeschlossenen Studien konnte Stimmenhören als alleiniger Fokus der Intervention identifiziert werden. Vier davon beschäftigen sich mit dem Making Sense of Voices (MsV) Ansatz resp. der Erfahrungsfokussierten Beratung (EFC) (Schnackenberg et al., 2016; Schnackenberg, Fleming, Walker, et al., 2018; Steel et al., 2019; Steel et al., 2020) und zwei mit Relating Therapy (Hayward et al., 2009).

Tabelle 7: Verwendete Messinstrumente der eingeschlossenen quantitativen Studien (n=69)

Variable	Absolute und relative Häufigkeiten: n (%)
Ergebnismessinstrumente zu Stimmenhören (n=41; 59.4%)^a	
PSYRATS-Auditory Hallucination Subskala (AH) ^b	33 (47.8)
BAVQ-R ^b	3 (4.3)
HPSVQ ^b	2 (2.9)
Andere ^b je 1 mal ^b : AHS, BASIS-24-Hal., CASH-PSYCH-Hal., CPRS-Hal., PSE-Hal., VAS-Coping, VAY, VCS, VPDS	10 (14.5)
Ergebnismessinstrumente zu Positivsymptomen oder psychotischen Symptome (n=41; 59.4%)^a	
PANSS (gesamte Skala oder ohne Spezifikation)	41 (59.4)
PANSS-Positive ^b	29 (42.0)
Andere ^b je 1-mal: PSYRATS-General, SAPS, BPRS-Psychosis, CAPE-Positive	4 (5.8)
Ergebnismessinstrumente zu Psychopathologie allgemein (n=2; 2.9%)	
BPRS-General, Brief-PANSS-General je 1-mal ^b	2 (2.9)

^a Mehrfachnennungen möglich

^b Abkürzungen der Messinstrumente sind der Tabelle im Anhang C zu entnehmen

Weitere drei einzelne untersuchten eine Smartphone-basierte, Coping-fokussierte Intervention (Bell et al., 2020), eine auf imperative Stimmen fokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Birchwood et al., 2018) und eine Form von EMDR (Desensibilisierung und Aufarbeitung mithilfe von Augenbewegungen) bei akustischen Halluzinationen (Matthijssen et al., 2019).

Bei weiteren 25 Studien konnte Stimmenhören als Fokus der Intervention identifiziert werden, wenn auch noch andere Symptome, Phänomene oder Themen sowie auch Diagnosegruppen genannt wurden. Davon untersuchten 14 die spezifische Form der kognitiven Verhaltenstherapie bei Psychosen (KVTP) (Burns et al., 2014; Gould et al., 2001; Jolley et al., 2015; Kråkvik et al., 2013; Lewis et al., 2002; Lincoln et al., 2016; Morrison et al., 2012; Morrison, Renton, Williams, et al., 2004; Sivec et al., 2017; Tarrier et al., 2001; Turkington et al., 2014; Varese et al., 2020). Weitere beschäftigten sich mit einer Kombination von KVTP und einer erweiterten Form der KVT, dem *Cognitive Adaptation Training (CAT)* (Velligan et al., 2015), mit kognitiven Pflegeinterventionen bei Psychosen und Stimmenhören (England, 2007) und mit Trauma-fokussierter kognitiver Verhaltenstherapie (Keen et al., 2017). Bei je zwei Studien geht es um die AVATAR-Therapie (Aali et al., 2020; Stefaniak et al., 2019), um Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Bacon et al., 2014; Brown et al., 2020) sowie um Erfahrungsfokussierte Beratung bei Stimmenhören im Kontext von Trauma (Schnackenberg, Fleming, & Martin, 2018; Schnackenberg & Martin, 2014). Weitere einzelne Studien untersuchten ein achtsamkeitsbasiertes Programm für Menschen die Stimmenhören (Louise et al., 2019) sowie die prolongierte Expositionstherapie resp. eine Version mithilfe von virtueller Realität (Buck et al., 2019).

Die identifizierten und oben beschriebenen Interventionen mit klarem Bezug auf Stimmenhören werden folgend bezüglich ihrer Inhalte, formalen Aspekte, der Qualifikation und dem Training der durchführenden Fachpersonen sowie auch bezüglich der Wirksamkeit beschrieben und es werden die Resultate aus den quantitativen und qualitativen Studien vorgestellt. Eine zusammenfassende Darstellung der Synthese der Interventionen mit klarem Bezug zu Stimmenhören ist im Anhang D zu finden.

1. Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychose (KVTP)

Kognitive Verhaltenstherapie mit einem klaren Bezug zu Stimmenhören war Inhalt eines Systematic-Reviews, zweier Meta-Analysen und 15 Einzelstudien. Inkludiert sind dabei auch Studien, die eine Erweiterung der Standardintervention untersuchten. Das Systematic-Review (Lincoln & Peters, 2019) sowie die beiden

Meta-Analysen (Burns et al., 2014; Gould et al., 2001) umfassen insgesamt 27 Studien und 1567 Studienteilnehmende, wobei einige Einzelstudien in mehreren der drei Übersichtsarbeiten eingeschlossen wurden. Unter Berücksichtigung der Mehrfachnennungen beläuft sich die tatsächliche Zahl der in die drei Übersichtsstudien einbezogenen Einzelstudien auf 20 mit 987 Studienteilnehmenden. Die restlichen 15 Einzelstudien (Referenzen siehe 3.4.3 Interventionen mit dem Fokus auf Stimmenhören) beinhalten 945 Studienteilnehmende.

Inhalte der Intervention: Die Beschreibung der KVT-Interventionen in den Artikeln beinhalteten verschiedene Teile der Therapie, die aufbauend aufeinander durchgeführt wurden.

- Beziehungsaufbau und Normalisierung: ein detailliertes Verständnis über die Symptome und die Stimmen erarbeiten, auch aus Sicht der Stimmenhörer*in. Normalisierender Ansatz wie beispielsweise das Vorstellen der Symptome und Erkrankung als Kontinuum zwischen psychotisch und nicht-psychotisch.
- Psychoedukation: Aufklärung über das Wesen und die Behandlung von Psychosen; vorstellen des Vulnerabilitäts-Stress-Modells zur Verknüpfung biologischer, psychologischer und sozialer Mechanismen; Rückfallprävention frühe Warnzeichen und Symptome erkennen, um darauf reagieren zu können.
- Fallformulierung: konzeptualisieren der Stimmen auf Grundlage kognitiver Modelle, im Kontext von Vorgegangenem und Auswirkungen; definieren von individuellen Zielen.
- Die Arbeit mit Belastungen durch die Stimmen und das Entwickeln von Bewältigungsstrategien: Behandeln der aufrechterhaltenden Faktoren in Bezug auf die Stimmen, Belastungen oder negativen Überzeugungen; identifizieren und modifizieren von schädlichen Reaktionen auf kognitiver und Verhaltensebene mithilfe kognitiver Verhaltenstechniken wie Problemlösung, Exposition, sokratische Befragung, Training sozialer Fertigkeiten, angeleitete Imagination, innerer Dialog und Verhaltensexperimente; teilweise vorgehen nach einem hierarchischen Ansatz, der die Bearbeitung weniger stark ausgeprägter Probleme und Symptome den stärker ausgeprägten voranstellt.

Bei wenig ausführlichen Beschreibungen der Interventionen in den eingeschlossenen Artikeln wird oft auf die Grundlagenliteratur von Chadwick et al. (1996), Fowler et al. (1995), Kingdon und Turkington (1994) und Morrison, Renton, Dunn, et al. (2004) verwiesen.

Erweiterungen der Inhalte: Velligan et al. (2015) untersuchten eine Erweiterung der KVT-p, das Cognitive Adaptation Training (CAT). CAT zielt darauf ab, dass in der Therapie Erlernte besser mit dem Alltag zu verbinden und fokussiert dabei auf eine Vielzahl von Funktionsbereichen und Fähigkeiten zur unabhängigen Lebensführung. In einer Studie von Varese et al. (2020) wurden spezifische Techniken für Menschen mit dissoziativen Symptomen im Rahmen einer PTSD wie die Identifizierung von Auslösern, Strategien zur Verringerung der Erregung, Stresstoleranz und Erdungstechniken beschrieben. In einer Studie zu einer erweiterten Form der KVT-p für Menschen mit Psychosen und PTBS werden zusätzlich spezifische Expositionsbestandteile beschrieben wie das Wiedererleben von traumatischen Ereignissen oder Alpträumen durch Imagination oder kognitive Umstrukturierung (Keen et al., 2017).

Ziele: Neben spezifischen Zielen der Studien wurden teilweise auch konkrete Ziele der KVT-p Interventionen beschrieben, die folgendermaßen zusammengefasst werden können:

- Die schädliche Fügsamkeit gegenüber den Stimmen und das Machtgefälle zwischen der Person und den Stimmen verringern.
- Die Beziehung der Person zu den Stimmen verbessern.
- Das Selbstwertgefühl der Person, die die Stimmen hört, stärken.
- Die Stimmen besser verstehen.

Qualifikation, Training und Supervision der Fachpersonen:

In den meisten Studien führten Psycholog*innen mit einem Abschluss auf Master- oder Doktor-Stufe die Therapien oder Interventionen durch, meist mit einer spezifischen Therapieausbildung und schon einigen Jahren an Berufserfahrung. In sechs Studien konnten neben anderen Fachpersonen wie Psychiater*innen oder Ergotherapeut*innen auch speziell ausgebildete Pflegefachpersonen als Durchführende der Therapie oder Interventionen identifiziert werden (Gould et al., 2001; Jolley et al., 2015; Kråkvik et al., 2013; Morrison et al., 2012; Morrison, Renton, Williams, et al., 2004; Morrison et al., 2014). In einer Studie führten ausschließlich Pflegefachpersonen die Intervention durch (England, 2007). Die Pflegefachpersonen brachten in der Regel mehr Berufserfahrung mit, konnten aber eine weniger umfassende Therapieausbildung ausweisen als die involvierten Psycholog*innen wie beispielsweise bei Kråkvik et al. (2013).

Meist wurde in der Studie neben der Ausbildung und Qualifikation ein Therapie-spezifisches Training für die Fachpersonen beschrieben. Neben allgemeinen eher unspezifischen Angaben zum Training sind die spezifischen Angaben zur Länge

des Trainings sehr heterogen. Sie reichen von zehn Stunden im Rahmen der Therapieausbildung (Lincoln, 2016) über einen 5-tägigen Kurs (Turkington et al., 2014) bis hin zu 120 Stunden multimodalem Unterricht (Jolley et al., 2015).

In den meisten Artikeln wurde die Supervision als ein fester Bestandteil der Durchführung der Therapie oder Intervention sowie als Qualitätssicherungsmaßnahme beschrieben. Neben der sehr oft beschriebenen individuellen Supervision durch Expert*innen (da wo angegeben meist in einer Frequenz von wöchentlich bis alle zwei Wochen) wurde in einer Studie explizit über eine monatliche Gruppeninterview berichtet (Lincoln et al., 2016)

Anzahl Sitzungen und Behandlungsdauer: In den drei Übersichtsarbeiten wurde von 5 bis 25 Therapiesitzungen über einen Zeitraum von zwischen 1 bis 9 Monaten berichtet. Diese Werte entsprachen in etwa auch den Angaben aus den restlichen Einzelstudien. Lincoln et al. (2016) kamen in ihrer Studie mit der Frage zur minimalen «Dosis» von KVT-p Interventionen zum Schluss, dass sich ab der 15. Sitzung eine signifikante Verbesserung der Symptome einstellte und die Häufigkeit der Positivsymptome das Minimum bei der 25. Sitzung erreichte.

Ergebnisse – Erfahrung mit oder Wirksamkeit der Intervention: In neun Studien konnten am Ende der Intervention oder an einem follow-up-Zeitpunkt signifikante Ergebnisse bezüglich Stimmenhören erzielt werden (Jolley et al., 2015; Keen et al., 2017; Lewis et al., 2002; Morrison et al., 2012; Morrison, Renton, Williams, et al., 2004; Morrison et al., 2014; Tarrier et al., 2001; Varese et al., 2020; Velligan et al., 2015). In drei Studien werden dabei mittlere bis große Effektstärken (0.56-1.08) ausgewiesen (Jolley et al., 2015; Morrison et al., 2012; Varese et al., 2020). In einer Übersichtsarbeit berichten die Autorinnen (Lincoln & Peters, 2019) von kleinen bis großen Effektstärken (0.26-1.4). In drei Studien konnten keine (Sivec et al., 2017; Turkington et al., 2014) oder nur zum Teil (Kråkvik et al., 2013) signifikante Ergebnisse erreicht werden. Die dabei berichteten Effektstärken können als tief bis mittel eingeschätzt werden (0.1-0.56). In einer qualitativen Studie (Birchwood et al., 2018) zum Erleben der Studienteilnehmenden bezüglich einer Intervention bei kommentierenden Stimmen (Birchwood et al., 2014) wurde nach der Intervention über mehr Kontrolle und Macht gegenüber den Stimmen sowie eine Normalisierung der Stimmenerfahrung berichtet, aber auch über Angst, den Stimmen zu antworten oder zu widersprechen.

In sechs der sieben Studien, die Positivsymptome als Ergebniskriterium gemessen haben, wurde über einen signifikanten Effekt berichtet (Burns et al., 2014; Gould et al., 2001; Lincoln et al., 2016; Morrison et al., 2012; Morrison, Renton, Williams, et al., 2004; Morrison et al., 2014). Die in drei Studien (Burns et al., 2014; Gould

et al., 2001; Morrison et al., 2012) angegebenen Effektstärken bewegen sich im mittleren bis hohen Bereich (0.41-1.08). In einer Studie konnten keine signifikanten Ergebnisse bezüglich Positivsymptomen erzielt werden (Lewis et al., 2002).

Bei einer Studie konnte nur allgemeine Psychopathologie als Ergebniskriterium identifiziert werden (England, 2007), dabei wurden über nicht signifikante Ergebnisse berichtet.

2. AVATAR-Therapie

Zwei der Studien beschäftigen sich mit der AVATAR-Therapie. Dabei handelt es sich um ein Systematic-Review und eine Meta-Analyse (Aali et al., 2020), die drei Einzelstudien und 195 eingeschlossene Studienteilnehmende beinhaltet und eine Einzelstudie (Stefaniak et al., 2019), in der 23 Studienteilnehmende eingeschlossen werden konnten.

Inhalte der Intervention:

Bei AVATAR-Therapie handelt es sich um eine computergestützte Intervention, die auf der kognitiven Verhaltenstherapie basiert.

- Aufgrund der Angaben der stimmenhörenden Person wird auf dem Bildschirm eines Computers mithilfe einer Software eine Darstellung des Wesens (Avatar) erstellt sowie auch die Stimme dieses Wesens definiert, die sie für die Quelle ihrer Hauptstimme hält.
- In 10- bis 15-minütigen Sitzungen geht es um einen Dialog zwischen der Person, die die Stimmen hört und dem Avatar.
- In den bei Aali et al. (2020) eingeschlossenen Studien wird berichtet, dass die stimmenhörende Person vor dem Bildschirm sitzt und die Therapeutin oder der Therapeut in einem zweiten Raum mit einem Bedienfeld, welches ermöglicht, direkt oder als Avatar mit der stimmenhörenden Person zu sprechen und therapeutisch zu interagieren.
- In der Studie Stefaniak et al. (2019) wird ein modifizierter Ansatz vorgestellt, bei welchem die Therapeutin oder der Therapeut im gleichen Raum wie die stimmenhörende Person sitzt und sie beim Dialog mit dem Avatar begleitet und unterstützt. Bei ihrem Ansatz berufen sie sich auf das kognitive Modell von akustischen Halluzinationen von Chadwick et al. (1996).
- In der ersten Phase spricht der Avatar den typischen wörtlichen Inhalt der Stimmen auf typische Art. Dabei geht es um das Üben einer selbstbewussten Reaktion darauf. In Phase zwei verändert sich der Avatar in eine konstruktive und unterstützende Richtung und der Dialog mit ihm dementsprechend.

Ziele:

Unterstützung bei der Übernahme von mehr Kontrolle gegenüber den Stimmen.

Qualifikation, Training und Supervision der Fachpersonen:

Die Intervention wird von klinischen Fachpersonen mit Erfahrung in kognitiver Verhaltenstherapie und Stimmendialog (kein Hinweis auf Berufsgruppe) durchgeführt.

Bei der Durchführung sind die Therapeut*innen angehalten, sich an das entsprechende Manual zu halten. Dafür erhielten sie ein Training (kein Hinweis auf Länge und Inhalte).

Zusätzlich wurden wöchentliche Supervisionstermine von einem erfahrenen Therapeuten angeboten.

Anzahl Sitzungen und Behandlungsdauer:

Die Interventionen wurden mit sechs bis sieben wöchentlichen Sitzungen über einen Zeitraum von ca. zwei Monaten durchgeführt.

Ergebnisse – Erfahrung mit oder Wirksamkeit der Intervention:

Bezüglich Stimmenhören zeigte die Intervention in beiden Studien zumindest zu einem Messzeitpunkt (Post-Therapie oder Follow-up) signifikante positive Ergebnisse. Es wurden keine Angabe zu Effektstärken gemacht.

Die Resultate bezüglich Positivsymptomen beziehen sich alleinig auf die Übersicht von Aali et al. (2020) und zeigen keine signifikanten Ergebnisse.

3. Erfahrungsfokussierte Beratung (EFC) – Making sense of Voices (MsV)

Zu EFC resp. MsV wurden fünf Einzelstudien (Schnackenberg et al., 2016; Schnackenberg, Fleming, & Martin, 2018; Schnackenberg, Fleming, Walker, et al., 2018; Steel et al., 2019; Steel et al., 2020) und ein Systematic-Review (Schnackenberg & Martin, 2014) eingeschlossen. Bei zwei Einzelstudien handelt es sich um die qualitative Evaluation der Pilot-Interventionsstudie zu EFC und um die qualitative Evaluation einer Interventionsstudie zu MsV. Das Systematic-Review konnte keine Studie einschließen. Die Einzelstudien umfassten für den EFC-Ansatz insgesamt 25 Studienteilnehmende und für den MsV 14 Studienteilnehmende.

Inhalte der Intervention:

Grundsätzlich bestehen beide Interventionen aus den drei Teilen der erfahrungsfokussierten Beratung (Interview, Bericht und Konstrukt) und dem Stimmendialog. Bei der MsV-Studie liegt der Hauptfokus auf dem Stimmendialog.

Die Interventionen haben ihren Ursprung in der Arbeit von Romme and Escher (2013) und gehen von der Annahme aus, dass Stimmen eine normale, menschliche Wahrnehmungsvariation ist und sie im Kontext von Lebensereignissen und damit verbundenen Emotionen als Schutz vor Verletzungen und Verletzlichkeiten verstanden werden können. Dementsprechend wird das Stimmenhören nicht als Symptom einer bestimmten Erkrankung verstanden.

- Interview: Offenes Gespräch über die Stimmen und Erfahrungen damit anhand eines halbstrukturierten Interviews, das explizit auf den Kontext und das soziale Umfeld fokussiert.
- Bericht: Erstellen eines schriftlichen Berichtes der Inhalte des Interviews, der die subjektive Erfahrung und Sichtweise der Person berücksichtigt. Die stimmenhörende Person entscheidet über die finale Version und ihre Korrektheit.
- Konstrukt: Auf Grundlage des Berichts, Erstellen eines subjektiven, sinnhaften Erklärungsmodells bezüglich der Erfahrung mit den Stimmen im Kontext des Lebens zu der Frage, wer und welche Probleme die Stimmen repräsentieren.
- Stimmendialog: Indirekter oder direkter Dialog der beratenden Person mit den Stimmen. Offener, explorativer Ansatz, um herauszufinden, was die Stimme sagen will. Die hinter den Übertreibungen und Metaphern liegenden Aussagen eruieren.

Ziele:

- Beziehung zu den Stimmen so umgestalten oder verbessern, dass sie friedlicher und gerechter werden.
- Ordnung und Ruhe in die Situation mit den Stimmen bringen, die oft als sehr chaotisch und angstausslösend erlebt werden.

Qualifikation, Training und Supervision der Fachpersonen:

Die Beratenden in der Studie von Steel et al. (2019) waren Psycholog*innen bei Schnackenberg et al. (2016), hingegen wurden Gesundheitsfachpersonen aus den Bereichen Pflege, Psychologie, Pädagogik oder Sozialarbeit genannt.

Alle Beratenden erhielten ein 6-tägiges Training zur erfahrungsfokussierten Beratung und bei der Studie zu MsV (Steel et al., 2019) zusätzlich zwei Tage zu Stimmendialog. Das Training wurde durch erfahrene Expert*innen durchgeführt.

Parallel zur Intervention wurden regelmäßig Einzel- und Gruppensupervisionen angeboten.

Anzahl Sitzungen und Behandlungsdauer:

In der EFC-Studie (Schnackenberg et al., 2016) wurde über wöchentliche Termine von durchschnittlich zehn Minuten über zehn Monate berichtet und in der MsV-Studie (Steel et al., 2019) von 18 bis 20 Terminen über neun Monate.

Ergebnisse – Erfahrung mit oder Wirksamkeit der Intervention:

Das Systematic-Review (Schnackenberg et al., 2016) aus dem Jahre 2014 zeigte, dass bisher noch keine Studie zur Überprüfung der EFC- oder MsV-Intervention vorlag.

Bezüglich Wirksamkeit auf Stimmenhören konnten in den beiden Einzelstudien (Schnackenberg et al., 2016; Steel et al., 2019) keine signifikanten Ergebnisse erreicht werden. Die Effektstärken bewegten sich auf einer großen Spannbreite zwischen tiefem bis hohem Niveau (0.08-1.57).

Positivsymptome wurden nur in der EFC-Studie gemessen und zeigten ein positiv signifikantes Resultat mit einer großen Effektstärke (1.6).

Die qualitative Evaluation (Schnackenberg, Fleming, & Martin, 2018; Schnackenberg, Fleming, Walker, et al., 2018; Steel et al., 2020) zeigte, dass EFC von den Fachpersonen wie von den Studienteilnehmenden als grundsätzlich positiv und gut umsetzbar bewertet wird. Die meisten schätzten EFC und MsV als sehr hilfreich ein, insbesondere um die Stimmen im Kontext des Lebens und ihre Bedeutung zu verstehen sowie aktiv mit den Stimmen zu arbeiten. Bei MsV konnte ein Zusammenhang zwischen positiven Ergebnissen und besserem Verständnis der Stimmenhörfahrung sowie mehr Kontrolle über die Stimmen identifiziert werden, auch wenn nicht alle den Stimmendialog als positiv erlebt haben. EFC wurde zudem als eine hilfreiche Intervention eingeschätzt, um negativen Emotionen und vergangenen traumatischen Erlebnissen zu begegnen.

4. Relating-Therapie

Zu Relating-Therapie liegen zwei Einzelstudien vor (Hayward et al., 2017; Hayward et al., 2009) und umfassen 34 Studienteilnehmende.

Inhalte der Intervention: Der Intervention liegen drei Annahmen zugrunde:

- Wert der Erkundung der Parallelen zwischen der Beziehung zur Stimme und zwischenmenschlichen Beziehungen.
- Die Notwendigkeit, das Bewusstsein für den reziproken Charakter der Beziehung zur Stimme zu stärken.
- Der Einsatz eines "leeren Stuhls" und erfahrungsorientierter Rollenspiele als hilfreiche Methoden zur Erkundung der Beziehung zu den Stimmen.

Die Intervention teilt sich in 3 Phasen auf:

- **Phase 1:** Kennenlernen der Intervention und ihre Auswirkungen auf die Beziehung zwischen der Person und ihren Stimmen.
- **Phase 2:** Erkundung von Themen in der Erfahrungsgeschichte der stimmenhörenden Person in Zusammenhang mit Beziehungen zu den Stimmen sowie zwischenmenschlichen Beziehungen.
- **Phase 3:** Erkundung und Entwicklung von konstruktiven Ansätzen zur Beziehungsgestaltung mit den Stimmen und Personen im sozialen Umfeld.

Ziele: Die stimmenhörende Person dabei unterstützen, dass sie ihre Beziehung zu den Stimmen als weniger belastend wahrnimmt und mehr Kontrolle über die Stimmen übernehmen kann.

Qualifikation, Training und Supervision der Fachpersonen:

Die Intervention wurde von Therapeuten aus Psychologie und Pflege mit viel Erfahrung in der Arbeit mit Menschen, die Stimmen hören angeboten.

Die Therapeuten erhielten ein spezifisches Training zur Intervention.

Es wurden keine Angaben zu Supervision gemacht. Zur Überprüfung der Therapietreue musste eine Checkliste mit Angaben zu den verschiedenen Phasen der Intervention ausgefüllt werden.

Anzahl Sitzungen und Behandlungsdauer:

Die Anzahl der Sitzungen wurde mit 12 bis 16 wöchentlich über drei bis vier Monate angegeben.

Ergebnisse – Erfahrung mit oder Wirksamkeit der Intervention:

Bezüglich Stimmenhören konnte in der früheren Studie (Hayward et al., 2009) in vier der fünf untersuchten Fälle eine Reduktion der Belastung und/oder eine Verbesserung der Kontrollierbarkeit der Stimmen erreicht werden. In der zweiten Studie (Hayward et al., 2017) wurde an einem der beiden Messzeitpunkte mit einem der beiden verwendeten Instrumente (PSYRATS-AH) ein positives

Ergebnisse gegenüber TAU erzielt, mit großen Effektstärken (1.2-1.4) bei beiden Messzeitpunkten.

5. Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)

Zu ACT wurden zwei Studien eingeschlossen: eine qualitative Studie zu Erfahrungen von neun Teilnehmenden an einer ACT-Intervention (Bacon et al., 2014) sowie ein Systematic-Review mit Meta-Analyse (Brown et al., 2020), das acht Einzelstudien und 274 Studienteilnehmende umfasst, sieben davon zu ACT im Einzelsetting. Die Interventionsstudie, auf die sich die qualitative Studie von Bacon et al. (2014) bezog, wurde bisher nur auf einem Kongress (Farhall et al., 2010) und noch nicht vollumfänglich in einem Artikel vorgestellt, bezog sich aber auf die Intervention, die im Artikel von Bach and Hayes (2002) beschrieben wird, der Bestandteil des Review von Brown et al. (2020) ist.

Inhalte der Intervention:

- Information über ACT und kognitive Entschärfung: Es wird ein Überblick über den ACT-Ansatz gegeben. Zudem übernimmt der Therapeut oder die Therapeutin die Rolle des Verstandes oder der Symptome wie Stimmen oder Gedanken, indem er Dinge und Ereignisse kommentiert, bewertet, analysiert und Handlungen empfiehlt. Die Teilnehmer werden angewiesen, einfach zu bemerken, was der Verstand oder die Stimmen sagen, ohne zu versuchen zu kommunizieren und sich so zu verhalten, wie sie wollen, unabhängig davon, was der Verstand oder die Stimmen sagen. Diese Übung zur kognitiven Entschärfung hilft dem Klienten, mit der Allgegenwärtigkeit von Gedanken und Stimmen in Berührung zu kommen und der Erfahrung, dass man die Gedanken und Stimmen nicht wortwörtlich zu nehmen braucht und sich nicht nach ihnen richten muss.
- Übung der Akzeptanz der eigenen negativ empfundenen Symptome, ohne sie kontrollieren zu wollen: in Übungen wird erfahren, dass das Kontrollieren und allenfalls Unterdrücken von Symptomen wie negativen Emotionen zu mehr negativen Gefühlen oder Unbehagen führen kann.
- Erreichen von wertvollen Zielen sowie umsetzbare und hilfreiche Strategien mit den Symptomen zu etablieren, die das Erreichen der definierten Ziele nicht beeinträchtigen. Erfolgreiche Strategien aus der Vergangenheit wiederentdecken.
- Hausaufgaben: Aufzeichnungen der Sitzungen anhören, ein ACT-Tagebuch führen, um Nützliches zu dokumentieren sowie Themen und Fragen für die

nächste Sitzung zu notieren, Übungen wiederholen anhand eines Therapiehandbuch und einer Achtsamkeits-CD.

Ziele:

- Klärung und Definition von eigenen subjektiven Überzeugungen und Werten
- Psychologisches Funktionieren verbessern durch das Erreichen von psychologischer Flexibilität. Diese wird definiert als die Fähigkeit, mit dem gegenwärtigen Moment in Kontakt zu sein und das Verhalten in Einklang mit den eigenen Werten zu bringen resp. dieses in die Richtung der Werte zu verändern.

Qualifikation, Training und Supervision der Fachpersonen:

Da wo angegeben wurde die Intervention von erfahrenen klinischen Psycholog*innen durchgeführt.

Die Therapeut*innen erhielten ein spezifisches Training zu ACT sowie Supervision durch ACT-Expert*innen. Angaben zum genauen Inhalt und Umfang des Trainings und der Supervision fehlen.

Anzahl Sitzungen und Behandlungsdauer:

Im Review von Brown et al. (2020) umfassten die ACT-Interventionen zwischen 1 und 15 Sitzungen zwischen 45 bis 60 Minuten. Die Dauer der Intervention in der qualitativen Studie (Bacon et al., 2014) lag bei 8 Therapiesitzungen an 50 Minuten in wöchentlichen oder vierzehntägigen Abständen.

Ergebnisse – Erfahrung mit oder Wirksamkeit der Intervention:

Bezüglich Stimmenhören aber auch anderen Positivsymptomen zeigen die Ergebnisse der qualitativen Studie, dass ACT dazu beitragen kann, die Intensität und Belastung der Stimmen zu reduzieren. Insgesamt wurde die Intervention von den Teilnehmenden als sehr hilfreich erlebt und auch weiterempfohlen. Die Resultate der Meta-Analyse des Reviews zeigen bezüglich Positivsymptomen eine nicht signifikante Effektstärke von 0.21 von ACT gegenüber TAU oder einer aktiven Kontrollintervention (AC). Die Qualität der eingeschlossenen Studien wurde als eher gering resp. Verzerrungen in verschiedenen Bereichen als hoch eingeschätzt.

6. Smartphone-basierte, Coping-fokussierte Intervention bei Stimmenhören (Smartphone CFI)

Es wurde eine Studie gefunden (Bell et al., 2020), die die Smartphone CFI untersuchte. Im Rahmen einer Pilotstudie mit randomisiert-kontrolliertem Design wurden unter anderem erste Resultate in Bezug auf die Wirksamkeit der

Intervention gegenüber TAU untersucht. Die Studie schloss 34 Teilnehmende mit anhaltenden, belastenden Stimmen ein.

Inhalte der Intervention: Basis für das Coping mit den Stimmen bildet die Coping Strategy Enhancement (CSE) (Tarrrier et al., 1990). Bei CSE geht es im Kern darum, bereits angewendete Strategien im Umgang mit den Stimmen zu analysieren und nur die weiter zu verwenden, die als nützlich und wirksam eingeschätzt werden. Die Studie nutzte das *ecological momentary Assessment* (EMA) zur unmittelbaren (engl.: momentary) Erfassung von ursächlichen Faktoren der Stimmen, Variablen in Bezug auf Intensität, Belastung und Auswirkungen der Stimmen sowie Bewältigungsstrategien in Bezug auf die Stimmen in der natürlichen (engl.: ecological) Umgebung, in welcher sich die Person gerade befindet.

- In einer ersten Sitzung wurden eine Einführung und Schulung zur Nutzung der Smartphone-App und zur Erfassung des EMA-Fragebogens durchgeführt.
- Im Anschluss daran absolvierten die Teilnehmer sechs Tage lang ein EMA-Monitoring, bei dem sie auf ihrem Smartphone zehnmal pro Tag einen Fragebogen zu den oben beschriebenen Themen ausfüllten. Diese EMA-Daten wurden anschließend statistisch ausgewertet.
- Aufgrund einer einfachen Zusammenfassung dieser Analyse wurden in einer zweiten Sitzung mit den Teilnehmenden alternative Strategien im Umgang mit den Stimmen gesucht, formuliert und als *ecological momentary Interventions* (EMI) in die App integriert resp. programmiert.
- Für die nächste Periode von zehn Tagen erhielten die Teilnehmer fünf personalisierte EMI-Aufforderungen pro Tag, konnten sie aber auch selber abrufen. Abendliche EMA-Fragen dienten dazu, Veränderungen der Stimmen und die Nützlichkeit der Bewältigungsstrategien einzuschätzen. Diese Daten wurden wiederum statistisch analysiert und für die dritte Sitzung aufbereitet.
- In einer dritten Sitzung wurden die Resultate der Analyse der EMA-Einschätzungen überprüft und bei Bedarf die Bewältigungsstrategien angepasst.
- Es folgte eine weitere zehntägige EMI-Periode mit abendlichen EMA-Fragen, und eine letzte Sitzung, in welcher die Interventionen nochmals überprüft und die Studienintervention abgeschlossen wurden.

Ziel: Verbesserung des Umgangs mit den Stimmen im Alltagsleben der Betroffenen, so dass sie als weniger belastend und einschränkend wahrgenommen werden.

Qualifikation, Training und Supervision der Fachpersonen:

Keine Angaben. Es wird auf den Artikel über die Entwicklung der App und einer Fallstudie verwiesen (Bell et al., 2018), in welchem die Intervention resp. die Gespräche während der Intervention von einer promovierten Psychologin durchgeführt wurden.

Anzahl Sitzungen und Behandlungsdauer:

Die Intervention beinhaltete vier Beratungstermine über ca. einen Monat. In der Zwischenzeit ging es darum, besprochene Interventionen mit Unterstützung der Smartphone-App umzusetzen und täglich mehrmals zu evaluieren.

Ergebnisse – Erfahrung mit oder Wirksamkeit der Intervention:

Bezüglich Stimmenhören (PSYRATS-AH) konnte keine signifikante Verbesserung erreicht werden, wobei sich die Effektstärke (0.55) in einem mittleren Bereich bewegte. Zusätzlich konnte bezüglich der subjektiven Einschätzung des Umgangs mit den Stimmen (VAS Coping) eine signifikante Verbesserung mit hoher Effektstärke (Hedges g: 1.45) sowie bezüglich einem verbesserten Verständnis gegenüber den Stimmen im mittleren Bereich (Hedges g: 0.61) gezeigt werden.

7. Prolongierte und virtual-reality Expositionstherapie (PE und VRE)

Eine Studie (Buck et al., 2019) beschäftigte sich mit zwei verschiedenen Formen der Expositionstherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen (Prolonged Exposure, PE; Virtual Reality Exposure, VRE). Dabei handelt es sich um eine spezifische Analyse der Daten zu Stimmenhören aus einer RCT mit Warteliste zur Wirksamkeit der beiden Interventionen, in welche 162 amerikanische Soldaten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung und u.a. Stimmenhören eingeschlossen wurden (Reger et al., 2016). Da in der Primärstudie keine Hinweise der Überlegenheit der einen Intervention gegenüber der anderen gezeigt werden konnte, wird in der vorliegenden Analyse PE und VRE zu einer Interventionsbedingung kombiniert.

Inhalte der Intervention: Aufbauend aufeinander über die verschiedenen Sitzungen werden folgende Inhalte beschrieben:

- Psychoedukation in Bezug auf Interventionen wie Atemtraining oder die Normalisierung der Reaktionen auf traumatische Ereignisse, um diese während der Exposition unterstützend nutzen zu können. Zudem wird das Grundprinzip der Behandlung erklärt.
- Nach der 3. Sitzung beginnt die entsprechende Expositionstherapie.

- **PE:** Manualisierte Intervention, in welcher sich die Teilnehmenden unterstützt durch die Therapeutin oder den Therapeuten mittels Imagination vergangenen Trauma Ereignissen und den damit verbundenen kognitiven und emotionalen Prozessen und dem Erleben aussetzen. Ein weiterer Teil besteht darin, ein Gefühl der Sicherheit zu schaffen, um Expositionen von Situationen oder Aktivitäten im realen Leben durchzuführen, die von den Teilnehmenden aus Angst vor negativen Gefühlen vermieden werden.
- **VRE:** Gleicher Ablauf und gleiche Unterstützung wie bei PE. Der Unterschied ist, dass von der therapeutischen Fachperson aufgrund der Erzählungen von vergangenen Trauma Ereignissen eine virtuelle Realität mithilfe eines Computerprogramms kreiert wurde, welche die TN mit einer Displaybrille sehen und sich darin bewegen können.

Ziele: Posttraumatische Belastung resp. die kognitiven und emotionalen Reaktionsmuster darauf als ursächliche Faktoren für die psychotischen Symptome wie das Stimmenhören behandeln, so dass die Symptome schwächer werden oder verschwinden.

Qualifikation, Training und Supervision der Fachpersonen:

Alle Therapeuten waren promovierte klinische Psycholog*innen.

Alle erhielten einen zweitägigen Workshop zu PE und VRE und den studienspezifischen Aspekten der Interventionen. Zudem führten alle mindestens zwei virtuelle Behandlungen unter Supervision durch, bevor sie die Intervention im Rahmen der Studie durchliefen.

Während der Durchführung der Intervention erhielten die Therapeut*innen wöchentliche Supervision durch erfahrene, spezifische Therapeut*innen.

Anzahl Sitzungen und Behandlungsdauer:

Pro Studienteilnahme wurden zehn 90- bis 120-minütigen Sitzungen zu PE oder VRE durchgeführt.

Ergebnisse – Erfahrung mit oder Wirksamkeit der Intervention:

Auch wenn sich im Verlaufe der Studie die Häufigkeit der Angaben *oft oder häufiger* Stimmen zu hören von 39.1% auf 26.8%. reduzierte, war die Veränderung nicht statistisch signifikant. Es wurden keine Effektstärken berechnet.

8. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Es konnte eine Studie eingeschlossen werden, in welcher EMDR bei Menschen, die Stimmen hören, transdiagnostisch eingesetzt wurde (Matthijssen et al., 2019).

Dabei handelt es sich um eine Interventionsstudie, in welcher an derselben Person zwei verschiedene EMDR Interventionen (visuelle und auditive Taxierung) und eine Kontrollintervention durchgeführt und an zwei Messzeitpunkten ihre Wirksamkeit überprüft wurden (within-subject Design). In die Studie konnten 36 stimmenhörende Teilnehmende eingeschlossen werden.

Inhalte der Intervention: EMDR bedeutet ins Deutsche übersetzt etwa Verarbeiten und Desensibilisierung durch Augenbewegungen und wird als eine Intervention beschrieben, die ursprünglich für die Therapie von PTSD entwickelt wurde.

- Das Schlüsselement von EMDR besteht darin, dass die Teilnehmenden innerlich eine emotional beunruhigende Erinnerung abrufen und dabei gleichzeitig die Augen horizontal hin- und herbewegen. Eine Erklärung, wie EMDR seine Wirkung erzielt, geht auf die Erkenntnis zurück, dass das Arbeitsgedächtnis (AG) nur eine begrenzte Kapazität hat. Durch die gleichzeitige Aufgabe kommt es zu einem Wettbewerb im AG und es kann nicht mehr alles verarbeitet werden. Dadurch sowie durch weitere Faktoren nimmt die Emotionalität der Erinnerung ab.
- Wegen der Ähnlichkeit der Symptomatik wird EMDR nebst PTSD auch bei Psychosen angewendet.
- In der Studie wurden zwei verschiedenen Unterarten von EMDR untersucht. Diese wurden durchgeführt während dem Abrufen einer Erinnerung mit starker auditiver Modalität oder einer, die mit Stimmenhören verbunden war und der dazu gehörenden negativen Emotionen:
Visuelle Taxierung (VT): Einsatz von zyklischen Augenbewegungen im Sekundentakt bei gleichzeitigem Abrufen der entsprechenden Erinnerung und Emotionen.
Auditive Taxierung (AT): Lautes Rückwärtszählen von der Zahl 1000 bei gleichzeitigem Abrufen der entsprechenden Erinnerung und Emotionen.
- Innerhalb einer Sitzung werden die verschiedenen Taxierungsmethoden über fünf verschiedene Sequenzen abwechselnd für jeweils fünf Minuten durchgeführt.

Ziele: EMDR zielt nicht direkt auf die Reduktion oder das Verschwinden der Stimmen, sondern auf die Reduktion der Emotionalität, die mit Stimmenhören verbunden ist.

Qualifikation, Training und Supervision der Fachpersonen: Keine Angaben.

Anzahl Sitzungen und Behandlungsdauer: Alle Teilnehmenden durchliefen eine Sitzung, in der die beiden Interventionen sowie die Kontrollintervention abwechselnd zweimal für fünf Minuten durchgeführt wurden.

Ergebnisse – Erfahrung mit oder Wirksamkeit der Intervention: Abgeleitet von der Zielsetzung der Intervention wurde jeweils vor und nach der Intervention eine kurze subjektive Einschätzung des Grades des Unbehagens (subjective units of disturbance [SUD]) in Bezug auf die Erinnerung mit Stimmenhören gegeben. Die Resultate zeigen, dass insbesondere die kombinierte Durchführung der beiden Interventionen (VT & AT) der Kontrollintervention signifikant überlegen ist.

9. Individuelles achtsamkeitsbasiertes Programm für Stimmenhören (iMPV)

Eine Studie befasste sich mit einer neu entwickelten individuellen, achtsamkeitsbasierten Intervention bei Stimmenhören (individual Mindfulness Program for Voices, iMPV) (Louise et al., 2019). Dabei handelt es sich um eine nicht randomisierte Pilotstudie. Neben der Überprüfung der Machbarkeit sowie der Akzeptanz der Intervention durch die Studienteilnehmenden war auch ein Ziel der Studie, erste Ergebnisse bezüglich Wirksamkeit zu liefern. Vierzehn Studienteilnehmende durchliefen das 14-wöchige Programm, welches mithilfe der Daten aus der Prä-, Post- und einer Follow-up-Messung nach zwei Monaten evaluiert wurde.

Inhalte der Intervention: Die iMBP-Intervention basiert auf Ansätzen der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT) sowie der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR) und wurde auf Menschen, die Stimmen hören angepasst.

In den Sitzungen ging es um das Vorzeigen und Anleiten von Achtsamkeitsübungen sowie um Gespräche und Übungen, um gewohnte Reaktionen auf die Stimmen mit achtsamem Reagieren zu ersetzen sowie eine nicht wertende Wahrnehmung und die Akzeptanz der Stimmen, anderer Symptome und des Selbst zu etablieren. Da die Stimmen in den Übungssequenzen nicht immer zuverlässig präsent waren, wurden eigene Stimmen in sehr unterschiedlicher Modalität (von langweilig bis emotional aufwühlend) auf einem Audiogerät aufgenommen, so dass sie bei Bedarf während den Übungssequenzen abgespielt werden konnten. Die Inhalte der Sitzungen werden folgendermaßen beschrieben:

- Sitzungen 1 & 2: Einführung in die Grundlagen der Achtsamkeit und erste Übungen. Während der Atemübung Stimmen wahrnehmen und beschreiben. Arbeit mit eher einfachen, langweiligen Stimmen.
- Sitzungen 3 & 4: Spezifischer Fokus auf das Verstehen und Üben von achtsamem Reagieren auf die Stimmen. Während der Atemübung Stimmen wahrnehmen und nicht wertend beschreiben. Arbeit mit mehreren und emotional belastenden Stimmen. Hausaufgaben besprechen und spezifische Übungen repetieren.
- Hausaufgaben: Übungen zu Hause durchführen und ein Protokoll führen. Hilfsmittel wie Handouts, Audio-Aufnahmen von angeleiteten Achtsamkeitsübungen auf einem MP3-Gerät und ein Übungsprotokoll für zu Hause wurden zur Verfügung gestellt.

Die Achtsamkeitsübungen wurden auf maximal 15 Minuten begrenzt und die Teilnehmer wurden angewiesen, mit offenen Augen und gesenktem Blick zu üben, wenn sie sich dabei wohler fühlten.

Ziele:

Qualifikation, Training und Supervision der Fachpersonen:

Im Artikel wurde bei der Angabe des Therapeuten, der die Intervention durchgeführt hat, kein Hinweis auf die entsprechende Profession gemacht. Er erhielt vor der Durchführung ein spezifisches Training in MBCT und absolvierte davor schon eine Ausbildung in CBT-p und ACT für Psychosen.

Anzahl Sitzungen und Behandlungsdauer:

Die iMPV-Intervention umfasste vier wöchentliche einstündige Sitzungen. Zudem wurden Aufgaben und Übungen für zu Hause mitgegeben, die zwischen den Sitzungen durchgeführt werden sollten.

Ergebnisse – Erfahrung mit oder Wirksamkeit der Intervention:

Bezüglich dem Gesamtscore der PSYRATS-AH-Skala, die als das Ergebniskriterium zur Erfassung der Stimmen verwendet wurde, konnte zwischen Prä- und Postintervention keine signifikante Verbesserung erreicht werden. Die Effektstärke (0.24) bewegte sich in einem tiefen Bereich. Die Analyse der einzelnen Items der Skala ergab beim Item *Lebensbeeinträchtigung* eine positive signifikante Veränderung zugunsten der Intervention mit einer mittleren bis hohen Effektstärke (0.43).

Neben den quantitativen Ergebnissen werden in der Studie auch noch qualitative Rückmeldungen der Teilnehmenden präsentiert. Alle Studienteilnehmenden

gaben an, dass sie die Intervention auch anderen Personen, die Stimmen hören empfehlen würden. Besonders betont wurde die Intervention als Möglichkeit, trotz der negativen Stimmen zur Ruhe zu kommen und die Aufmerksamkeit von den Problemen und Schwierigkeiten zu lösen und sich vermehrt auf das Wohlbefinden zu fokussieren.

3.4.5 Zusammenfassende Darstellung relevanter Ergebnisse

Neben der Darstellung der Ergebnisse des Reviews bezogen auf die verschiedenen Ansätze oder Interventionen sollen im Folgenden einige relevant erscheinende Ergebnisse integriert über alle Ansätze dargestellt werden, um einen besseren Gesamtblick zu erhalten, auch für den weiterführenden Teil dieser Arbeit.

3.4.5.1 Umfang der Interventionen

Die Synthese der verschiedenen untersuchten Interventionen offenbart einige, teils deutliche Unterschiede bezüglich des Umfangs der Interventionen. Dieser reicht von einer Sitzung bei EMDR (Matthijssen et al., 2019) über 4 Sitzungen beim achtsamkeitsbasierten Programm (iMPV) (Louise et al., 2019) und bei der Smartphone CFI (Bell et al., 2018), 6 bis 7 Sitzungen bei der AVATAR-Therapie (Aali et al., 2020; Stefaniak et al., 2019), bis zu 10 Sitzungen bei der prologierten resp. virtual-reality Expositionstherapie (Buck et al., 2019) und 40 Termine bei EFC. Teilweise zeigte sich auch zwischen verschiedenen Studien zur gleichen Intervention eine große Bandbreite bezüglich des Umfangs. So werden bei der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Brown et al., 2020) ein Umfang von 1 bis 15 Sitzungen angegeben, bei KVT-p zwischen 5 und 25 Sitzungen (Literatur Anhang D), bei der Relating-Therapie (Hayward et al., 2017; Hayward et al., 2009) 12 bis 16 Termine und bei der Erfahrungsfokussierten Beratung (EFC) (Schnackenberg et al., 2016) resp. beim Making Sense of Voices (MsV) Ansatz (Steel et al., 2019) 18 bis 40 Gesprächstermine.

3.4.5.2 Qualifikation, Training und Supervision der Fachpersonen als Durchführende der Interventionen

Bezüglich der Qualifikation der die Intervention durchführenden Fachpersonen zeigen sich einige Unterschiede. So handelt es sich in der Regel bei den KVT Interventionen wie KVTp (Literatur siehe Anhang D, Synthese), Smartphone CFI (Bell et al., 2018), ACT (Brown et al., 2020), bei PE und VRE (Buck et al., 2019) und bei MsV (Steel et al., 2019) um Psychog*innen mit Masterabschluss oder Doktorat. In sieben der in die Synthese eingeschlossenen Artikel wurden Pflegefachpersonen als Durchführende der Intervention genannt, wobei zwei Artikel zwei unterschiedliche Teile derselben Studie beinhalten (Schnackenberg et

al., 2016; Schnackenberg, Fleming, Walker, et al., 2018). In einigen Studien zu KVTP (Jolley et al., 2015; Kråkvik et al., 2013; Law et al., 2014) oder einer Relating-Therapie (Hayward et al., 2017) wurden neben Psycholog*innen auch Pflegefachpersonen genannt, wobei diese meist einen kleinen Anteil der Therapeut*innen ausmachten. Bei Schnackenberg et al. (2016) wurde die EFC-Beratung zum größten Teil von Pflegefachpersonen durchgeführt und bei einer Studie zu kognitiven Pflegeinterventionen (England, 2007) waren es ausschließlich Pflegefachpersonen.

Die interventionsspezifischen Trainings und Supervisionen sind bei vielen Studien nicht sehr umfangreich beschrieben. Bei allen Interventionen gibt es Hinweise auf ein spezifisches Training außer bei Smartphone CFI (Bell et al., 2018) und EMDR (Matthijssen et al., 2019). Bei der EFC-Beratung (Schnackenberg et al., 2016) resp. beim MsV-Ansatz (Steel et al., 2019) wird ein spezifisches Training von sechs resp. acht Tagen beschrieben und bei der Studie zu PE und VRE (Buck et al., 2019) eines im Umfang von zwei Tagen. Bei den restlichen fehlen Angaben zum Umfang. Bezüglich Supervision fehlen Angaben bei den Studien zu Smartphone CFI (Bell et al., 2018), zu iMPV (Louise et al., 2019), zu Relating-Therapie (Hayward et al., 2017; Hayward et al., 2009) sowie zu EMDR (Matthijssen et al., 2019). Bei ACT (Brown et al., 2020), EFC (Schnackenberg et al., 2016), MsV (Steel et al., 2019) sowie bei PE und VRE (Buck et al., 2019) wird regelmäßige Supervision ohne Angaben zum Umfang beschrieben. Bei den KVTP-Studien (Literatur siehe Anhang D, Synthese der eingeschlossenen Artikel) sowie bei der Avatar-Therapie (Aali et al., 2020; Stefaniak et al., 2019) wird der Umfang der Supervision mit ein- bis zweiwöchentlich angegeben.

3.4.5.3 Wirksamkeit der Interventionen

Bezüglich Wirksamkeit wurden bei den in die Synthese eingeschlossenen Studien qualitative und quantitative Ergebnisse mit klarem Bezug zu Stimmenhören berücksichtigt.

Quantitative Ergebnisse:

Eine signifikante Überlegenheit der Intervention gegenüber der Kontrolle zeigte sich bei den KVTP mit Effektstärken im Bereich von klein bis groß. So auch bei der AVATAR-Therapie, jedoch ohne Angaben von Effektstärken resp. der Relating-Therapie ohne Angaben bezüglich Signifikanzlevel. Bei der Smartphone CFI konnte bezüglich dem Gesamtsummenscore der verwendeten Skala keine signifikante Überlegenheit der Intervention gegenüber der Kontrolle bei einer

mittleren Effektstärke gezeigt werden, wobei bei der Subskala zur Lebensbeeinträchtigung durch die Stimmen eine signifikante Überlegenheit der Intervention gegenüber der Kontrolle mit einer mittleren Effektstärke gezeigt werden konnte. Bei EFC resp. MsV, der iMPV-Intervention sowie PE und VRE konnte keine signifikante Überlegenheit der Intervention gegenüber der Kontrolle erreicht werden, wobei die Effektstärken bei den ersten beiden über alle Bereiche verteilt sind (EFC resp. MsV: tief bis hoch; iMPV: tief). Bei PE und VRE wurden keine Effektstärken berichtet, dafür eine Reduktion der Anzahl an Studienteilnehmenden von 39,1% auf 26,8%, die angaben, überhaupt Stimmen zu hören. Zu ACT sowie zu EMDR wurden keine stimmenspezifischen quantitativen Ergebnisse berichtet, wobei bei EMDR eine signifikante Verbesserung im Bereich des Unbehagens bei Erinnerung an die Stimmen erreicht werden konnte.

Qualitative Ergebnisse:

Die qualitativen Ergebnisse zeigen, dass die Interventionen dazu führen können, mehr Kontrolle und Macht gegenüber den Stimmen zu entwickeln (KVT-p, EFC resp. MsV), die Intensität und Belastung der Stimmen zu reduzieren (ACT), trotz dem Vorhandensein der Stimmen zur Ruhe zu kommen und die Aufmerksamkeit auf Positives und das Wohlbefinden zu lenken (iMPV) sowie die Stimmen im Kontext des Lebens und ihre Bedeutung besser zu verstehen (EFC resp. MsV). Zudem wurde von den Teilnehmenden ein Zusammenhang zwischen der subjektiv eingeschätzten Verbesserung und dem besseren Verständnis und mehr Kontrolle über die Stimmen beschrieben (EFC resp. MsV) und die Interventionen von den Teilnehmenden (ACT, iMPV, EFC resp. MsV) wie auch von Fachpersonen (EFC resp. MsV) als sehr hilfreich erlebt und weiterempfohlen (ACT, iMPV).

3.5 Diskussion

3.5.1 Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse

In dieser Übersichtsarbeit zu gesprächsbasierten Ansätzen und Interventionen zur Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören und unter dieser Erfahrung leiden, konnten 77 Artikel eingeschlossen werden. In etwas mehr als der Hälfte dieser Artikel wurden neun verschiedene Ansätze identifiziert, die sich explizit an Menschen richten, die Stimmen hören. Bei den übrigen wurde mindestens ein Ergebniskriterium gefunden, das sich auf das Stimmenhören bezog. Die meisten Studien wurden zu KVTp durchgeführt. Es wurden jedoch auch neuere Entwicklungen in der Tradition der KVT wie die AVATAR-Therapie, die Relating-Therapie, ACT und Smartphone-basierte CFI identifiziert. Weitere beinhalteten auch Trauma-fokussierte Ansätze wie EMDR oder PE und VE sowie die

Einzelgesprächsansätze MsV und EFC, die der Stimmenhörbewegung entstammen. Die verschiedenen Ansätze unterschieden sich stark in Bezug auf die Anzahl der Sitzungen und die Zeitdauer, über welche die Interventionen durchgeführt wurden. Die meisten Ansätze wurden von Psychologen mit Master- oder Dokortitel durchgeführt. In einigen Studien zu KVTp und MsV sowie EFC wurden auch Pflegefachpersonen als Durchführende der Intervention genannt. In den meisten Fällen wurden eine ansatzspezifische Fort- und Weiterbildung und Supervision für die Durchführenden der Intervention beschrieben. Bei der Quantifizierung von Schulung und Supervision wurde eine große zeitliche Bandbreite festgestellt. Die meisten Ansätze zeigten positive Ergebnisse in Bezug auf stimmenbezogene Ergebniskriterien bei einer großen Bandbreite an Effektstärken von gering bis groß. In den eingeschlossenen ACT- und EMDR-Studien wurden keine stimmbezogenen Ergebnismessungen verwendet oder berichtet.

3.5.2 Ergebnisse im Kontext schon bestehender Übersichtsarbeiten

Die Ergebnisse des vorliegenden Reviews zeigen eine breite Palette der aktuellen gesprächsbasierten Interventionen zur Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören, die auch ein paar neue Ansätze enthalten, die erst in den letzten Jahren Eingang in die Forschung gefunden haben. So identifizierten Thomas et al. (2014, S. S205) in ihrer Übersicht noch keine Studien, aber bestehende Studienprotokolle zu neueren Interventionen wie die Avatar-Therapie oder beziehungsorientierte Interventionen wie die Relating-Therapie, aber auch Protokolle zu größeren Reviews zu spezifischer KVT oder ACT sowie zu Trauma-fokussierten Interventionen wie die PE oder EMDR. Die meisten dieser Studien wurden in der Zwischenzeit abgeschlossen sowie publiziert und konnten nun im vorliegenden Review identifiziert und integriert werden. Weiter verweisen Thomas et al. (2014) (ebd.) auf Entwicklungen aus der Stimmenhörbewegung bezüglich Unterstützung und Beratung von Menschen, die Stimmen hören, die darauf fokussieren, ein sinnhaftes Verständnis der Stimmen im Kontext von Lebensereignissen zu etablieren. Dabei konnten sie sich aber noch nicht auf eine Interventionsstudie beziehen. Auch Schnackenberg and Martin (2014) konnten in ihrem Review zu diesem Ansatz noch keine interventionsspezifischen Untersuchungen identifizieren. Es lassen sich also auch in diesem Bereich Entwicklungen erkennen, was sich in den vier in der vorliegenden Übersichtsarbeit eingeschlossenen Artikeln zu EFC resp. MsV zeigt, auch wenn dieser Bereich vom Umfang des Forschungskorpus und der methodischen Verfahren erst am Anfang

einer möglichen Entwicklung steht und bezüglich Verallgemeinerung der Ergebnisse Vorsicht geboten ist.

3.5.3 Berücksichtigung subjektiver Sichtweisen und des sozialen Umfeldes

Die meisten der identifizierten Ansätze gehören zur «Familie» der kognitiven Verhaltenstherapie. Die Entwicklung von KVT in den letzten 30 Jahren wird in verschiedenen «Wellen» beschrieben (Hayes & Hofmann, 2021). Die Grundannahme der ersten beiden Wellen war, dass die Lebensprobleme der Personen hauptsächlich auf gestörtes Wahrnehmen, Denken und Verhalten als Symptom einer psychischen Erkrankung zurückzuführen sind und mit einer auf diese Bereiche korrigierende Therapie angegangen und verbessert werden können (ebd., S. 364-365), wobei bei der ersten Welle der Hauptfokus auf dem Verhalten lag und bei der zweiten das Zusammenspiel von Verhalten und Denken mehr in den Vordergrund rückte. Die zweite Welle war zudem geprägt von symptom- oder syndromspezifischen Ansätzen (ebd. S. 365), wie beispielsweise solche für Psychose oder Schizophrenie spezifische Symptome wie Stimmenhören oder Wahn (Vauth, 2010). Die meisten der eingeschlossenen Studien können dieser zweiten Welle zugeordnet werden. Dazu gehören die, welche sich explizit auf ein stimmen- oder psychosespezifisches KVT-Programm beziehen (siehe KVTp auf Tabelle im Anhang C), aber auch die Avatar-Therapie (Craig et al., 2018, S. 31) sowie die Smartphone CFI (Bell et al., 2020, S. 480) beziehen sich auf solche Second-Wave-Programme. Die dritte Welle richtete den Fokus zusätzlich auf die Emotionen und vermehrt auf die Funktion von Kognitionen und Emotionen im Kontext der Person wie dem sozialen Umfeld und schwerwiegenden Lebensereignissen und nicht nur auf deren Vorhandensein und Form. Anstatt zu versuchen, die Form, Häufigkeit oder situative Empfindlichkeit sogenannter «negativer» oder «krankhafter» Emotionen oder Gedanken zu verändern, ging es vermehrt um die Beziehung der Person zu ihrem eigenen Erleben (Hayes & Hofmann, 2021, S. 366). Zu dieser dritten Welle gehören die in der vorliegenden Übersichtsarbeit integrierten Studien zu Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Bacon et al., 2014; Brown et al., 2020) sowie einer achtsamkeitsbasierten Intervention (iMPV) auf der Grundlage von MBCT oder MBSR (Louise et al., 2019).

Diese Entwicklungswellen innerhalb des Spektrums von KVT können als Schritt in die Richtung von Forderungen nach «alternativen» Ansätzen in der Therapie und Unterstützung von Menschen mit Stimmenhören gesehen werden. Dabei geht es darum, die subjektiven Sichtweisen und Erklärungsmodelle von Stimmenhörenden

(Lonergan, 2017) sowie die Beziehung der Personen zu sich selbst, zu den Stimmen und zu den Menschen im sozialen Umfeld (McEnteggart et al., 2016) als zentralen Teil der Therapie- und Unterstützungsprogramme anzuerkennen. Diese neue Ausrichtung zeigt sich in den identifizierten Third-Wave-Ansätzen, wenn in ACT oder iMPV (Achtsamkeitsprogramm) beispielsweise versucht wird, die Stimmen oder Gedanken zu beobachten und zu akzeptieren, ohne diese zu bewerten. In einer Studie, die den Unterschied der Anwendung von spezifischen Techniken zwischen Therapeut*innen von Second- und Third-Wave-Ansätzen untersuchte (Brown et al., 2011), konnte gezeigt werden, dass Third-Wave-Therapeut*innen insgesamt mehr verschiedene Techniken anwendeten und deutlich öfter Expositions-, Achtsamkeits- und Akzeptanztechniken sowie Techniken, die sich auf das Familiensystem oder auf existenzielle menschliche Erfahrungen bezogen (ebd., S. 4 f.). Trotzdem maßen die Autor*innen den Unterschieden nur geringe praktische Relevanz zu (tiefe Effektstärken, teilweise keine signifikanten Unterschiede) und wiesen auch auf den fehlenden Unterschied bei anderen wellenspezifischen Techniken hin.

Bezüglich den bereits erwähnten Forderungen nach alternativen Ansätzen resp. mehr Berücksichtigung der subjektiven Sichtweisen und Erklärungsmodelle sowie der Beziehung der Personen zu sich selbst, zu den Stimmen und zu den Menschen im sozialen Umfeld, scheinen die weiteren identifizierten Ansätze noch einen deutlicheren Schritt weiterzugehen. So liegt bei der Relating-Therapie (Hayward et al., 2017, S. 139) der Fokus auf der Reziprozität von Beziehungsmustern zu den Stimmen und zu Personen im sozialen Umfeld und auf der Analyse und Verbesserung dieser Beziehungen. Und der EFC resp. MsV-Ansatz (Romme & Escher, 2013) scheint hier noch einen Schritt weiterzugehen. Der «Krankheitsbezug» zum Stimmenhören sowie auch eine pathologisierende Sprache werden vollständig abgelegt und ersetzt durch die Konzeption der Stimmen als eine normale menschliche Erfahrung und Reaktion im Kontext von schwerwiegenden Lebensereignissen und Traumata (Corstens et al., 2014, S. S268). In der Konsequenz dessen geht es nicht mehr darum, aktiv «negative» oder «krankhafte» Emotionen, Gedanken oder das Verhalten korrigieren zu wollen, sondern der Fokus liegt vielmehr darin, die Stimmen als eine normale, persönliche, subjektive Erfahrung anzuerkennen und sie und ihre Rolle im Kontext des Lebens verstehen zu lernen, dies unter anderem auch mithilfe des Dialoges mit den Stimmen. Mit diesem Verständnis wird mit den Stimmen zusammen nach Veränderungen und Lösungen gesucht, die sich positiv auf das Alltagsleben und die sozialen Beziehungen auswirken.

Die weiteren identifizierten Ansätze wie EMDR (Matthijssen et al., 2019) oder PE und VRE (Buck et al., 2019) stehen dem Grundverständnis bezüglich der Stimmen dem MsV- resp. EFC-Ansatz in dem Sinne nahe, dass sie Stimmen auch als eine Reaktion auf traumatische Erlebnisse sehen, auch wenn dabei im Kontext einer posttraumatischen Belastungsstörung meist wieder ein Symptombezug hergestellt wird. Das führt auch dazu, dass bei der Therapie resp. den spezifischen Techniken der Fokus wieder vermehrt auf die Stimmen als Symptom der Erkrankung und deren «Elimination» gelegt wird.

Insgesamt kann die erweiterte Breite an verschiedenen Ansätzen als eine erfreuliche Entwicklung gesehen werden, da damit Menschen mit Stimmenhören deutlich mehr unterschiedliche untersuchte Interventionen zur Verfügung stehen. Diese widerspiegeln nur den Teil der gesprächsbasierten Einzelinterventionen. Es besteht jedoch noch eine breite Palette von Gruppeninterventionen, unter welchen insbesondere der achtsamkeitsbasierte Ansatz (Hodann-Caudevilla et al., 2020) und das Metakognitive Training (Eichner & Berna, 2016) bezüglich Stimmenhören eine wichtige Rolle spielen. Zudem beschreiben McCarthy-Jones et al. (2016, S. 4) mit dem Fokus auf Stimmen ergänzend computerbasierte neurobiologische Therapien wie transkranielle Magnetstimulation (tMS) oder Neurofeedback und Parker et al. (2021) verweisen zusätzlich noch auf verschiedene andere experimentelle und kreative Ansätze zum Umgang mit Stimmenhören wie beispielsweise Tanzen, Theater spielen oder auch Gedichte schreiben und vortragen (S. 329 ff.).

3.5.4 Normalisierung der Stimmenhörfahrung

Neben der Breite und durchaus beachtlichen Fülle von verschiedenen Ansätzen scheint dennoch bei vielen immer noch das medizinische Krankheitsverständnis und die Pathologisierung vom Stimmenhören als Grundannahmen mehr oder weniger explizit vorzuherrschen. Die Forderungen der Stimmenhörbewegung, die Stimmen als eine normale menschliche Erfahrung anzuerkennen, als eine bedeutsame und interpretierbare Reaktion auf soziale, emotionale und interpersonale herausfordernde Umstände (Corstens et al., 2014, S. S268), liegt ganz explizit nur dem EFC- resp. MsV-Ansatz zugrunde. Diese widerspiegeln die Haltung und den Zugang eines wichtigen Teils der Stimmenhörbewegung und sollten als ihre Vertretung im «Konzert» der verschiedenen Ansätze gesehen und anerkannt werden. EFC und MsV wurden per se auf den Erfahrungen von Stimmenhörenden entwickelt (Romme & Escher, 2013) und sehen sich keiner psychologischen oder medizinischen Theorie oder Konzeption bezüglich des Phänomens Stimmenhören verpflichtet. Die Stimmenhörbewegung und ihr

Verständnis bezüglich des Umgangs mit den Stimmen kann dabei durchaus auch als ein Teil der Recovery-Bewegung (Amering & Schmolke, 2012, S. 21) verstanden werden. Der in drei Phasen gegliederte Genesungsprozess im Kontext von Stimmenhören nach Romme and Escher (1989, S. 210 ff.), der von der Phase des Erschreckens über die Organisationsphase zur Stabilisierungsphase beschrieben wird, weist einige inhaltliche Gemeinsamkeiten mit den von Leamy et al. (2011) beschriebenen Genesungsprozessen wie Identität, Empowerment oder Sinnhaftigkeit auf und ähnelt von der Prozesshaftigkeit und der inhaltlichen Beschreibung dem Recovery-Prozess, so wie er beispielweise von Andresen et al. (2003, S. 591) in den fünf Prozessschritten *Moratorium*, *Bewusstseinsbildung*, *Vorbereitung*, *Wiederaufbau* und *Wachstum* (Übersetzung durch den Autor) konzeptualisiert und beschrieben wurde. In diesem Sinne stehen der EFC- resp. MsV-Ansatz als eine Recovery-orientierte Intervention in einer Linie mit den Zielen und Forderungen aus internationalen (World Health Organization (WHO), 2013, S. 10) und nationalen Leitlinien (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.), 2018, S. 120 f.), die beinhalten, Personal Recovery als erweitertes Verständnis von Genesung anzusehen und entsprechende Interventionen in psychiatrischen Dienstleistungen und Organisationen zu integrieren und umzusetzen.

3.5.5 Involvierte Berufsgruppen und Professionen

Wie die Synthese dieser Übersichtsarbeit zeigt (siehe Anhang D sowie Abschnitt 3.3.4.3), bestehen bezüglich der Qualifikation der Intervention durchführenden Fachpersonen Unterschiede. So sind in der Regel bei den KVT Interventionen wie KVT-p, Smartphone CFI oder ACT sowie auch bei PE und VRE und bei MsV Psychog*innen mit Masterabschluss oder Doktorat als Durchführende der Intervention die Regel. Nur bei zwei Studien, einer zu EFC-Beratung (Schnackenberg et al., 2016) resp. einer zu kognitiven Pflegeinterventionen (England, 2007), wurden die Interventionen zum großen Teil resp. ausschließlich durch Pflegefachpersonen durchgeführt, aber vereinzelt auch bei Studien zu KVT-p und Relating-Therapie. Bezüglich bestehender Hindernisse beim Zugang zu therapeutischen Interventionen wird auch die Berufsgruppe als relevanter Faktor beschrieben. In einer Studie aus Großbritannien, die den Zugang von Menschen mit der Diagnose Schizophrenie zu empfohlenen Therapien untersuchte, wurde neben anderen Hindernissen ein grundsätzlicher Personalmangel aber auch ein Mangel an Mitarbeitern für spezifische Therapien und die fehlende Fachausbildung identifiziert (Ince et al., 2016, S. 334). Andere Untersuchungen aus den USA (Harvey & Gumpert, 2015), aus dem Vereinigten Königreich (Raphael et al., 2021)

sowie aus Österreich (Spitzbart, 2004) kommen zu einem ähnlichen Schluss. In Deutschland führen ähnliche Faktoren wie auch Finanzierungsregularien dazu, dass nur ein sehr geringer Anteil der Menschen mit der Diagnose Schizophrenie Zugang zu psychotherapeutischen Interventionen erhalten (Bechdolf & Klingberg, 2014, S. 9). Insbesondere bezüglich des Mangels an Fachpersonen wird nun auch im deutschen Sprachraum ein Diskurs geführt über die Möglichkeit der Durchführung von psychotherapeutischen Interventionen durch Gesundheitsfachpersonal wie der Pflege (Wabnitz et al., 2017; Wabnitz et al., 2019), wie es beispielsweise im Vereinigten Königreich schon möglich ist (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014a, S. 24). Dabei ist vorgesehen, dass Pflegende als größte Berufsgruppe in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung (Horatio, 2011) unter Supervision eines oder einer psychotherapeutischen Fachexpert*in arbeiten dürfen und weniger intensive therapeutische Interventionen anbieten als die eigentlichen Psychotherapeut*innen (Wabnitz et al., 2017).

Neben der Berufsausbildung scheinen ergänzend auch das spezifische Training und die bereits erwähnte Supervision wichtig. In den in der vorliegenden Übersichtarbeit integrierten Studien wird insbesondere das Training nur vereinzelt explizit beschrieben. Dennoch wird bei allen Ansätzen und Interventionen auf ein interventionsspezifisches Training hingewiesen, außer bei Smartphone CFI und EMDR. Bei der EFC-Beratung, bei welcher insbesondere Pflegefachpersonen als Durchführende der Intervention integriert waren, aber auch beim MsV-Ansatz wird ein spezifisches Training von sechs bis acht Tagen beschrieben, bei der Studie zu PE und VRE eines im Umfang von zwei Tagen. Bezüglich Supervision wird bei verschiedenen Ansätzen wie ACT, EFC, MsV sowie PE und VRE regelmäßige Supervision beschrieben ohne Angaben zum Umfang. Bei den KVTp-Studien und bei der Avatar-Therapie wird der Umfang der Supervision mit ein- bis zweiwöchentlich angegeben. Auch wenn die Angaben zu spezifischem Training und der Supervision nicht sehr umfassend sind, zeigt sich, dass der Einbezug von Pflegefachpersonen bei der Durchführung von gesprächsbasierten Interventionen bei Stimmenhören zumindest im Forschungssetting teilweise umgesetzt wird und dass dies mit einem mehrtägigen Training und regelmäßiger Supervision auch ohne umfassende therapeutische Ausbildung, so wie bei Psychotherapeut*innen üblich, möglich ist.

Wie zuvor aufgezeigt, könnten Pflegefachpersonen mit der Übernahme von therapeutischen und beratenden Interventionen zu einer Lösung für einen besseren Zugang von Menschen mit schweren psychischen Problemen beitragen.

Neben den therapeutischen Interventionen, die – wie zuvor in der Diskussion schon ausgeführt – den Fokus meist auf einem medizinischen oder kognitiven Verständnis von Erkrankung und Genesung liegen haben, scheinen solche wie die EFC-Beratung, der MsV-Ansatz oder auch die Relating-Therapie verschiedenen Anliegen und Kompetenzen der Pflege sowie Werten und Forderungen der Recovery-Bewegung zu entsprechen. Dies zeigt sich in ihrem Fokus auf den persönlichen Genesungsprozess der Person, im beratenden Charakter der Intervention, in der Konzeptualisierung von Stimmenhören als eine normale menschliche Reaktion auf schwierige Lebensumstände und in der Verortung der Intervention in Verbindung *mit dem* und *im* sozialen Umfeld der Person.

Folgend soll dabei zuerst auf die grundsätzliche Kompetenz der Profession Pflege bezüglich Beziehungsgestaltung mit und Partizipation von Menschen, die Hilfe und Unterstützung benötigen, eingegangen werden, welche schon seit langer Zeit in der psychiatrischen Pflege verortet wird. Im Verlaufe wird dann die Verbindung zum Konzept von Personal Recovery hergestellt. Das ursprünglich von Peplau (1992) entwickelte Modell der interpersonalen Beziehung – und die damit einhergehende Idee der Pflege als einen kooperativen, gegenseitigen und zwischenmenschlichen Prozess – hatte großen Einfluss auf die weitere Entwicklung der psychiatrischen Pflege (D'Antonio et al., 2014, S. 316). Peplau (1992, S. 17) beschreibt in einem ihrer frühen Artikel, dass die Pflege nicht zu medizinischen Erklärungen verpflichtet sei und konzeptualisiert u.a. psychotische Symptome von Menschen mit einer Diagnose Schizophrenie als Strategie im Umgang mit oder Reaktionen auf starke Ängste, die auch mit dem sozialen Umfeld zu tun hätten. Sie distanzierte sich explizit von der Idee, dass Pflegenden von außen das Verhalten der Patient*innen verändern könnten oder sollten, sondern es gehe vielmehr um eine Begleitung, in welcher mithilfe von Erkenntnissen aus der Beobachtung der gegenseitigen Beziehung und aus der teilnehmenden Beobachtung mit den Patient*innen zusammen Probleme im Verhalten und im Alltag identifiziert und angegangen werden können (Ebd, S. 14). Das viel später entwickelte und stark von der Arbeit von Peplau und anderen Vertreter*innen dieses interpersonalen Beziehungsmodells beeinflusste Gezeitenmodell (Barker & Buchanan-Barker, 2020, S. 72) bezog sich dann explizit auf Grundsätze und Forderungen der Recovery Bewegung (Ebd. S. 27). Dabei werden die interpersonelle Beziehung (Ebd., S. 76), die Rolle der Patient*innen als Experten ihrer eigenen Erfahrung (Ebd. S. 16), deren konsequenter Einbezug bei der Einschätzung der Situation und von Problemen sowie bei der Planung der Pflege (Ebd., 23) und die begleitende und beratende Rolle der Pflegefachperson im

konkreten Alltagsleben der Patient*innen (Ebd., S. 38) als zentrale Aspekte der psychiatrischen Pflege beschrieben. Auch wenn diese an der Beziehung orientierten Pflegetheorien und Modelle innerhalb der Pflege nicht unbestritten waren und sind, und gerade bezüglich der Rolle von Pflegenden als Durchführende von Interventionen kritische Diskurse geführt wurden (siehe Schulz et al. (2020, S. 153)), zeigen diese Modelle die starke Verankerung der psychiatrischen Pflege in und Orientierung an den Werten von Personal Recovery. Dabei spielen Werte wie die Partizipation der Person, der Einbezug der persönlichen, subjektiven Erfahrung der Person sowie der ganzheitliche Fokus auf den Menschen eine große Rolle, so wie sie von Farkas (2007) als Orientierung für psychiatrische Angebote an Recovery beschrieben wurden. In diesem Sinn sind die schon anfangs dieses Abschnitts erwähnten Ansätze wie die EFC-Beratung resp. der MsV-Ansatz sowie die Relating-Therapie in großem Masse prädestiniert zur Durchführung von Pflegefachpersonen.

3.5.6 Pluralität von Ansätzen und Interventionen

Ein weiterer relevanter Aspekt in dieser Diskussion scheint die Pluralität verschiedener Konzeptionen und Erklärungen zu psychischen Erkrankungen und entsprechenden Therapien resp. unterstützenden Interventionen zu sein. In einer Übersichtsarbeit zu verschiedenen Erklärungsmodellen zu psychischen Erkrankungen oder Lebensproblemen⁴ identifizieren Richter and Dixon (2022) 34 verschiedene Theorien, die fünf übergeordneten Kategorien zugeordnet werden können. Diese reichen von neurobiologischen und genetischen Erklärungsmodellen über psychologische, phänomenologische und soziale bis hin zu spirituellen und auch solchen, die aus Sicht von Menschen mit eigener Krankheits- und Genesungserfahrung entwickelt wurden (u.a. Personal Recovery) (Ebd., S. 4). Sie plädieren dafür, dass in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung die verschiedenen Konzeptualisierungen und Erklärungsmodelle viel mehr berücksichtigt werden sollten, insbesondere bezüglich der Präferenzen der betroffenen Personen. Das könnte bedeuten, dass je nach Verständnis oder präferiertem Erklärungsmodell der Person mit psychischen Problemen eine entsprechende Intervention angeboten werden kann. Mit Blick auf die Resultate des vorliegenden Reviews hätte das zur Folge, dass einer Person, deren eigenes Erklärungsmodell dem Recovery-Ansatz oder den sozialen Modellen entspricht und nicht den medizinischen oder kognitiven Ansätzen, eine Intervention aus dem Bereich EFC resp. MsV oder Relating-

⁴ Die Autoren des Artikels verwenden den Begriff Mental Health Problems [MHP] als Schirmbegriff für alle Konzepte zu dem, was in der medizinischen Psychiatrie als psychische Erkrankung definiert wird.

Therapie angeboten würde anstatt Medikamente oder einer KVT-Intervention. Richter and Dixon (2022) weisen darauf hin, dass zur Identifizierung solcher Erklärungsmodelle die Etablierung der konzeptuellen Kompetenz bei Fachpersonen vonnöten sei. Dabei berufen sie sich auf Aftab and Waterman (2021), die konzeptionelle Kompetenz im Kontext des Gesundheitswesens *«[...] als ein transformatives Bewusstsein für die Art und Weise, in der konzeptionelle Hintergrundannahmen von Fachpersonen, Patient*innen und der Gesellschaft Aspekte der klinischen Versorgung beeinflussen und formen, wie beispielsweise Bemühungen in der Behandlung, die Darstellung von Problemen, die Beurteilung, Diagnose, Behandlung und die Einstellung zu jedem dieser vorgenannten Aspekte.»* (S. 204) (Übersetzung durch den Autor). Zudem würden sich diese Vorannahmen u.a. auf implizite Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie kausale Erklärungen beziehen. Daraus abgeleitet könnte die Pflege in zwei Bereichen gleichermaßen eine relevante Rolle einnehmen: Einerseits bei der Etablierung dieser konzeptuellen Kompetenz als wichtige Grundlage zur Stärkung der pflegerischen Kompetenz bei der Berücksichtigung der individuellen Sicht und Erfahrung der Personen sowie beim Einbezug dieser bei der Planung und Durchführung entsprechender Interventionen. Andererseits aber auch bei der Weiterentwicklung und Etablierung von Interventionen wie EFC resp. MsV, die sowohl in der Forschungsliteratur als auch in der Praxis noch wenig berücksichtigt sind und sich explizit auf Erklärungsmodelle beziehen, die von Menschen mit eigener Krankheits- und Genesungserfahrung beeinflusst oder entwickelt wurden.

3.5.7 Wirksamkeit der Interventionen

Dieses Scoping-Review hatte zum Ziel, möglichst alle bisher in der Forschung untersuchten und beschriebenen gesprächsbasierten Einzelinterventionen für Menschen, die Stimmen hören zu identifizieren, unabhängig des Studiendesigns resp. der Methode sowie ohne die methodische Qualität der Studien in Bezug auf die Validität der Ergebnisse zu überprüfen (von Elm et al., 2019, S. 2). Auch wenn sich das Hauptziel der Studie nicht auf die Ergebnisse bezog und sich die methodische Qualität der Studien stark unterscheidet, soll an dieser Stelle der Blick nochmals auf einige quantitative wie auch qualitative Ergebnisse gerichtet werden. Das Hauptaugenmerk bezüglich der Ergebnisse resp. Wirksamkeit der eingeschlossenen Studien resp. Interventionen wurde auf das Ergebniskriterium Stimmen gelegt, insbesondere bei den Interventionen, die sich eher auf übergeordnete Krankheitskonzepte bezogen und nicht direkt auf das Stimmenhören (siehe Einschlusskriterien im Methodenteil). So konnte der Bezug der Intervention zum Stimmenhören zumindest bezüglich der Wirksamkeit

hergestellt werden. Trotzdem wurden in der Analyse möglichst alle verwendeten Instrumente dokumentiert. Interventionsforschung in der Psychiatrie orientiert sich zu einem großen Teil an der medizinischen Konzeption von Krankheit und Genesung und in diesem Sinne stehen bezüglich der Wirksamkeit von Interventionen die Symptome und deren Reduktion oder Elimination im Vordergrund (Andreasen et al., 2005; Yeomans et al., 2010), auch wenn andere Genesungskonzepte wie Personal Recovery an Relevanz gewonnen haben (Amering & Schmolke, 2012, S. 21) und es Hinweise gibt, dass nicht per se das Stimmenhören für die Betroffenen die Schwierigkeiten und Probleme darstellen, sondern vielmehr die Negativität oder der mehr oder weniger konstruktive Umgang mit den Stimmen (Krabbendam et al., 2005; Verdoux & van Os, 2002). Es erstaunt daher nicht, dass in knapp 60% (n=41) der in die Analyse eingeschlossenen Studien (n = 77) allgemeinere Psychopathologie wie Positivsymptome oder psychotische Symptome ohne spezifischen Fokus auf die Stimmen zur Überprüfung der Wirksamkeit erfasst wurden. In weiteren knapp 60% (n= 41) der eingeschlossenen Studien wurde aber auch explizit Stimmenhören als Outcome gemessen und dies mit Abstand am häufigsten mit der AH-Skala des PSYRATS (Kronmüller et al., 2011), neben zwei anderen spezifischen Messinstrumenten zum Stimmenhören wie dem BAVQ-R (Gmeiner et al., 2018) oder dem HPSV-Q (Van Lieshout & Goldberg, 2007) sowie verschiedenen Subskalen von Instrumenten, die die allgemeine Psychopathologie messen (siehe Tabelle 5). Auch wenn der große Anteil an psychopathologischen Messinstrumenten den Eindruck erwecken könnte, dass die Ergebnismessung in solchen Studien den alten Mustern entspricht, ermöglichen die genannten spezifischen Messinstrumente zum Stimmenhören dieses Phänomen oder Symptom in einer durchaus differenzierteren Form zu betrachten und andere Aspekte als nur die Symptomreduktion zu evaluieren. So erfassen die Skalen zum Stimmenhören sehr unterschiedliche Aspekte des Phänomens. Die AH-Skala des PSYRATS umfasst elf unterschiedliche Dimensionen, wie beispielsweise die Negativität und Belastung der sowie die Lebenseinschränkung durch die Stimmen. Auch die dreimal eingesetzte BAVQ-R misst nicht einfach das Vorhandensein oder das Ausmaß der Stimmen, sondern die subjektive Einschätzung der Böswilligkeit und des Wohlwollens der Stimmen sowie der Widerstand gegenüber oder die Bindung zu den Stimmen. Und auch die zweimal eingesetzte HPSV-Q fokussiert in diese Richtung, indem sie verschiedene Merkmale wie auch den Inhalt der Stimmen aus der Perspektive der betroffenen Person erfasst. Die quantitativen Ergebnisse bezüglich Stimmenhören sollten demnach so gelesen werden, dass es bei «verbesserten» Werten auf den Skalen auch um beispielsweise die Reduktion von

Belastungen durch die Stimmen, eine verminderte Negativität der Stimmen oder einen verbesserten Umgang mit sowie eine verbesserte Beziehung zu den Stimmen und nicht einfach um die Reduktion der Häufigkeit oder das nicht mehr Vorhandensein der Stimmen geht. Die Resultate der in der Synthese eingeschlossenen Studien, die die Interventionen und Ansätze abbilden, die sich explizit auf Stimmenhören beziehen (siehe Tabelle 3), zeigen, dass insbesondere die methodisch gut und häufig untersuchten KVTP- Interventionen aber auch andere wie die Avatar- oder Relating-Therapie spezifisch zum Stimmenhören positive signifikante Resultate liefern können, die bezüglich Effektstärken oft in einem mittleren bis hohen Bereich liegen. Aber auch die Interventionen, bei denen die Gruppenunterschiede nicht signifikant waren (EFC resp. MsV; iMPV; Smartphone CFI), bewegten sich bezüglich Effektstärken im gleichen Bereich. Ergänzend zu den quantitativen Ergebnissen weisen auch die qualitativen Ergebnisse darauf hin, dass die Untersuchungen die Stimmen und den Umgang mit ihnen in einem weiten Fokus betrachten und verschiedene Aspekte wie Kontrolle und Macht gegenüber den Stimmen, die Intensität und Belastung der Stimmen, das Verständnis und die Bedeutung der sowie den Umgang mit den Stimmen beleuchten. Wie oben bereits erwähnt, können diese Ergebnisse in einer Linie mit den Schlüsselwerten von Recovery (Farkas, 2007) gesehen werden, welche die individuelle Person und ihre subjektive Erfahrung in den Mittelpunkt stellen sowie auch mit den Erkenntnissen, dass nicht das Stimmenhören per se, sondern die Art der Stimmen, die Negativität und daraus entstehende Belastungen sowie der entsprechende Umgang der Person mit ihnen die relevanten Faktoren sind, die zu Problemen und entsprechendem Unterstützungsbedarf führen (Krabbendam et al., 2005; Verdoux & van Os, 2002, S. 184).

3.5.8 Stärken und Schwächen des Reviews

Bei genauerer Betrachtung und Reflexion der vorliegenden Übersichtsarbeit können einige Aspekte identifiziert werden, die als Stärken aber auch als Schwächen identifiziert werden können. Insbesondere der Teil der vorliegenden Studie, der über die in den eingeschlossenen Studien identifizierten Ergebnisse berichtet, sollte mit Vorsicht interpretiert werden.

Die identifizierten und in die Übersichtsarbeit eingeschlossenen Studien unterscheiden sich bezüglich methodischer Qualität und Eignung zur Generierung von verallgemeinerbarem Wissen erheblich. Aufgrund des Ziels der Studie und der Wahl des Scoping-Review-Designs wurde auf die Einschätzung der methodischen Qualität verzichtet. Daher ist es schwierig, die Wirksamkeit der Interventionen zu bewerten und zu vergleichen, insbesondere in Bezug auf ein multidimensionales

Konstrukt wie das Stimmenhören sowie die entsprechenden Einschätzungsbögen. Daher ist eine Verallgemeinerung der Ergebnisse dieser Studie in Bezug auf die Wirksamkeit der Interventionen nicht angebracht. Es war nicht das Ziel dieser Übersichtsarbeit, diesbezüglich generalisierende Aussagen generieren zu können. Dennoch ermöglichte die Auseinandersetzung mit den verwendeten Messinstrumenten und den damit generierten Ergebnissen einen ersten Einblick und Eindruck bezüglich möglicher Wirkungen, insbesondere bei den Interventionen, die durch ihre kleinen Stichprobengrößen oder die methodischen Einschränkungen bei systematischen Übersichtsarbeiten bezüglich Wirksamkeit keinen Eingang finden würden und somit beispielsweise auch nicht in relevanten Behandlungsleitlinien auftauchen.

Die Entscheidung, die Suche sehr offen zu gestalten, ist bei Scoping-Reviews ein zentrales Kriterium, um die ganze Breite des Forschungsgegenstandes beleuchten zu können (Munn et al., 2018, S. 2). Der große Umfang an identifizierten Studien in den verschiedenen Stufen des Auswahlprozesses aber auch die 77 in die Übersichtsarbeit eingeschlossenen Studien und deren Analyse bezüglich den Forschungsfragen, war mit einem großen Aufwand verbunden. Der Entscheid in der Synthese der Übersichtsarbeit nur noch die Interventionen zu berücksichtigen, die sich explizit auf Stimmenhören beziehen und die jene nicht, bei denen die Verbindung zu Stimmenhören nur über ein entsprechendes Ergebniskriterium hergestellt werden konnte, erwies sich diesbezüglich als hilfreiche Reduktion und Fokussierung. Es kann hier in Frage gestellt werden, inwiefern sich der betriebene Aufwand bezüglich Ertrag rechtfertigen lässt. Allenfalls hätte man die Suchstrategie schon zu Beginn einschränken sollen. Auch wenn nicht alle Studien für die Synthese berücksichtigt wurden, gewährt die Analyse aller eingeschlossenen Studien eine gute Übersicht über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Literatur zum Thema und kann als eine Stärke der Arbeit betrachtet werden.

Die konsequente Orientierung des Vorgehens an den Vorgaben der gewählten Leitlinien (Peters et al., 2017) soll an dieser Stelle als Stärke erwähnt sein. Insbesondere das von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführte Titel- und Abstract-Screening sowie die Überprüfung der Volltexte bezüglich Einschluss in die Studie sind wichtige Qualitätskriterien in solchen Übersichtsarbeiten (von Elm et al., 2019, S. 5) und trugen ihren Teil zu einer guten Validität und Qualität bei.

3.6 Schlussfolgerung und Implikationen für die Praxis und die weitere Forschungsarbeit

In der vorliegenden Übersichtsarbeit konnte eine Vielzahl von gesprächsbasierten Ansätzen zur Unterstützung von Stimmehörenden identifiziert werden. Dieses Wissen scheint für die Praxis sehr wichtig und wertvoll. Die Ergebnisse sollten von der klinischen Praxis genutzt werden, um die bestehenden Institutionen, Dienste und Angebote in Bezug auf die Heterogenität der Ansätze zur Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören und dadurch belastet sind, einzuschätzen. Die Resultate dieser Übersichtsarbeit können Argumente liefern, um klinische und politische Entscheidungsträger davon zu überzeugen, dass ein breiteres Spektrum an Interventionsansätzen erforderlich ist. Dies ist notwendig, um die Heterogenität der Konzeptualisierungen und des Verständnisses in Bezug auf psychische Gesundheitsprobleme wie Stimmenhören (Richter & Dixon, 2022) sowie auch die damit verbundenen Empfehlungen und Anforderungen von Menschen mit eigener Krankheits-, Stimmehör- und Genesungserfahrung zu berücksichtigen (Lonergan, 2017; McEnteggart et al., 2016). Zudem zeigen die Resultate und die Ausführungen in der Diskussion, dass für die Durchführung solcher Interventionen verschiedene Berufsgruppen einbezogen und vermehrt in der täglichen Umgebung der Betroffenen angeboten werden sollten. Hier scheint die Pflege als größte Berufsgruppe in der Psychiatrie und in ihrer starken theoretischen sowie Wertebasis in Bezug auf Personal Recovery, Beziehungsgestaltung sowie Alltagsunterstützung eine wichtige Rolle spielen zu können.

Diese Übersichtsarbeit unterstreicht den Bedarf an fortlaufender Forschung. Dies sicherlich auch im Hinblick darauf, wie gut erforschte Ansätze wie KVT verbessert werden können. Viel wichtiger erscheint es aber, die Ansätze weiter zu untersuchen, die sich in den ersten Phasen des Entwicklungsprozesses befinden und die erst wenige Ergebnisse in Bezug auf Wirksamkeit liefern. Als Alternative zu gut etablierten Interventionsansätzen der zweiten und dritten KVT-Welle sollte sich die Forschung in Zukunft mehr auf Ansätze fokussieren, die alternative Verständnisse und Werte wie die aus der Stimmehörbewegung beinhalten wie EFC resp. MsV. Darüber hinaus sollte sich der professionsspezifische Schwerpunkt weg von monoprofessionellen hin zu transprofessionellen Hintergründen verlagern. Zudem scheint es wichtig, dass sich die Forschung weg von reinen Labor-RCT-Studien hin zu pragmatischeren Forschungsdesigns entwickelt, die im realen Alltagsleben von Menschen, die Stimmen hören, durchgeführt werden. Die Pflege als größte Berufsgruppe in der psychiatrischen Versorgung und ihre Kompetenzen, die sich auf Aufgaben des täglichen Lebens

konzentrieren, können in dieser Richtung eine wichtige Rolle spielen. Schließlich ist eine systematische Überprüfung der Wirksamkeit des breiten Spektrums an Interventionsansätzen für Menschen, die Stimmen hören und dadurch belastet sind wichtig, sobald methodisch hochwertige Studien zu den neueren, sich noch in der Entwicklung befindenden Ansätzen verfügbar sind. Dies soll in der Praxis als Grundlage dienen für eine informierte Entscheidung der Personen, die auf eine spezifische Unterstützung bezüglich Stimmenhören angewiesen sind.

4 Pilotstudie zur Erfahrungsfokussierten Beratung (EFC) durch Pflegefachpersonen bei Menschen die Stimmen hören

4.1 Einleitung

4.1.1 Stimmenhören als Symptom oder normale Wahrnehmung

Stimmenhören oder akustische Halluzinationen gelten in der Psychiatrie als Hauptsymptom bei den Diagnosen Psychose und Schizophrenie (Schneider, 2007). Mit Punkt- und Jahresprävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung von 1.5 bis 5.9 pro 1'000 (Kirkbride et al., 2012; McGrath et al., 2008; Rössler et al., 2005) gilt die Diagnose Schizophrenie als eine seltene, aber lang andauernde Erkrankung, wobei ca. 70% der Menschen mit einer solchen Diagnose auch Stimmen hören (Sartorius et al., 1986; Thomas et al., 2014). Stimmenhören wird im Rahmen der psychiatrischen Diagnostik der Schizophrenie als ein abnormes Erleben definiert, dem in der Regel kein Bezug zum Lebenskontext beigemessen wird (Schneider, 2007). Neuere Untersuchungen zeigen nun, dass Stimmenhören bei anderen, nicht psychotischen Störungen (Aleman & Laroi, 2008) und auch in der Allgemeinbevölkerung viel häufiger auftritt als bisher angenommen. Je nach Definition der Stimmen geht man von Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung zwischen 7 und 18 % aus (Beavan et al., 2011; Kråkvik et al., 2015; McGrath et al., 2015). Auch scheint sich die Unterscheidung zwischen „Pseudohalluzinationen“, die im Lebenskontext verstehbar sind und die traditionell mit neurotischen oder dissoziativen Störungen verbunden werden, und den nicht verstehbaren, als real wahrgenommenen Halluzinationen, die traditionell als Beleg einer schizophrenen Störung galten, in der neueren Forschung nicht zu bestätigen, sondern eher theoretischer Natur zu sein (Aleman & Laroi, 2008; McCarthy-Jones, 2012; Moskowitz & Corstens, 2008). Im Rahmen dieses Diskurses ist auch die Kritik an der Validität der Konzeption von psychiatrischen Diagnosen, insbesondere die der Schizophrenie, zu sehen (Bentall, 2009; Kaymaz & van Os, 2010; Kendell & Jablensky, 2003) sowie auch die in den letzten Jahrzehnten angenommene, aber immer noch weitgehend unbefriedigend belegte Annahme der Schizophrenie als eine primär biologisch resp. genetisch begründete neurologische Erkrankung (McCarthy-Jones, 2012). Dies alles legt nahe, dass die bisherige kategoriale Unterscheidung der Stimmen zwischen der Allgemeinbevölkerung oder Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen und Menschen mit der Diagnose Schizophrenie unangemessen ist und man eher von einem Spektrum verschiedener Ausprägungen ausgehen sollte.

4.1.2 Klinisches und persönliches Verständnis von Recovery

Bezüglich der Inanspruchnahme von psychiatrischer Hilfe bei Menschen, die Stimmen hören konnte aufgezeigt werden, dass nicht so sehr die Präsenz der Stimmen, sondern der jeweilige eher vermeidende oder eher konstruktive Umgang mit den Stimmen relevant ist (van Os et al., 2009). Hier setzen die Forderungen der internationalen Stimmenhörbewegung (HVM; Hearing Voices Movement) an, die als Teil der Recovery-Bewegung gesehen werden kann. Die Begründung der Recovery-Bewegung war die Unzufriedenheit von Menschen mit Psychiatrieerfahrung sowie auch von deren Angehörigen aufgrund der vorherrschenden paternalistisch und medizinisch ausgerichteten psychiatrischen Angebote (Slade, 2009b). Sie setzten sich für mehr Rechte und ihren stärkeren Einbezug in die Behandlung und Gestaltung der psychiatrischen Dienstleistung ein. Dabei erhielt Personal Recovery als ein alternatives Konzept zu *clinical Recovery*, der traditionellen medizinischen Idee von Heilung, eine zentrale Bedeutung (Amering & Schmolke, 2012). Personal Recovery zählt heute zu den wichtigsten Konzepten zum Verständnis der Genesung von langanhaltenden psychischen Erkrankungen und wird als ein ergebnisoffener Prozess beschrieben, bei welchem Verbundenheit, Hoffnung und Optimismus bezüglich Zukunft, Identität, Sinn und Bedeutung des Lebens sowie Selbstbefähigung zentrale Aspekte darstellen (Leamy et al., 2011). Zur Entwicklung psychiatrischer Dienstleistungen, die diese persönlichen Genesungsprozesse unterstützen können, definierte Farkas (2007) die Schlüsselwerte Hoffnung, Personenorientierung, Betroffenenpartizipation sowie Selbstbestimmung und Wahlfreiheit, die mittlerweile so auch u.a. in verschiedenen europäischen nationalen Versorgungsleitlinien (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.), 2018; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014b) verankert sind. Die HVM verlangen nun auch einen neuen Umgang mit und ein neues Verständnis spezifisch bezüglich der Stimmen (Corstens et al., 2014). Im Sinne von Recovery solle Stimmenhören nicht als ein Symptom einer Erkrankung angesehen werden, sondern vielmehr als eine normale, verstehbare Wahrnehmungsvariation. Bei Problemen durch negative Erfahrungen mit den Stimmen sei es wichtig, den Fokus bezüglich Ursachen und Lösungen vielmehr auf die subjektive Wahrnehmung, den Lebenskontext und die psychosoziale Situation der Person, wie zum Beispiel auf schwierige negative Lebensereignisse wie Traumata, zu legen.

Wie im theoretischen Teil sowie dem Scoping-Review dieser Arbeit schon beschrieben, zeigt sich, dass die bisherige Praxis aber auch die untersuchten Interventionen oder Ansätze wenig auf die von der HVM ausgedrückten

Bedürfnisse und Forderungen von Menschen, die Stimmen hören ausgerichtet sind. Eine aktuelle qualitative systematische Übersichtsarbeit und thematische Analyse zeigt, dass Pflegefachpersonen die Beziehungsgestaltung und Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören, als sehr herausfordernd empfinden (McCluskey et al., 2022). Neben dem Aufbau einer Beziehung oder dem ins Gespräch kommen sowie Bedenken bezüglich der Gefahr resp. der Sicherheit im Kontakt mit Menschen, die Stimmen hören, werden auch Unsicherheiten und Selbstzweifel sowie auch fehlendes Wissen und Fertigkeiten der Pflegefachpersonen im Umgang mit Stimmenhörenden beschrieben (Ebd., S. 401 f.). Die Erfahrungsfokussierte Beratung (EFC) kann dabei als Ansatz identifiziert werden, der aus der Erfahrung von Menschen mit Stimmenhören entwickelt wurde und entsprechend die Forderungen und Verständnisse aus der HVM und der Recovery-Bewegung berücksichtigt. Zudem bietet EFC als Ansatz auch eine gute Möglichkeit für Pflegefachpersonen, sich mit dem Thema Stimmenhören vertraut zu machen, Ängste und Unsicherheiten abzubauen, mehr Sicherheit im Umgang mit Stimmenhörenden zu erlangen und spezifische Fertigkeiten zu entwickeln. Wie im Scoping-Review empfohlen, befasst sich der vorliegende Teil dieser Arbeit mit der weiteren Erforschung von EFC als Ansatz und Intervention. Dabei sollen die Pflege als relevante Berufsgruppe, der Alltagsbezug der Intervention und des Forschungsdesigns sowie relevante Konzepte für die Überprüfbarkeit der Intervention berücksichtigt werden.

4.1.3 Erfahrungsfokussierte Beratung bei Stimmenhören

EFC geht insbesondere auf die Forschungen von Romme and Escher (2013) aus Maastricht sowie auf die Erfahrungen sehr engagierter Stimmenhörerinnen und Stimmenhörer wie Ron Coleman (1999), Jacqui Dillon (2010), Peter Bullimore (2010) und Eleanor Longden (2010) zurück, die als Grundsatz hervorheben, Stimmen als eine verstehbare menschliche Wahrnehmungsvariation anzuerkennen. Der Stimmenhörprozess wird dabei als einen drei Phasen (Phase des Erschreckens, Organisationsphase und Stabilisierungsphase) beinhaltenden Recovery-Prozess beschrieben (Romme & Escher, 2013). Im Kern geht es bei EFC darum, diesen Prozess bestmöglich zu unterstützen – also nicht primär um eine Reduktion oder um ein Verschwinden der Stimmen, obwohl dies auch als eine mögliche Auswirkung der Beratung beschrieben wird, sondern um das Vermindern von Leidensdruck durch die Stimmen und mehr Kontrolle der und Verständnis für die Stimmen. Die EFC besteht aus dem *Maastrichter Interview*, in dem die Erfahrungen bezüglich des Stimmenhörens mithilfe eines Fragebogens umfassend im lebensweltlichen Kontext ausgekundschaftet wird. Daraus entsteht in einem zweiten Schritt der *Stimmenbericht*, der die im Interview

zusammengetragenen Informationen zur Stimmenhörgeschichte der Person in ihrer Sprache zusammenfasst. Aufgrund der Erkenntnisse aus dem Bericht wird von der stimmenhörenden und der beratenden Person ein *Konstrukt* erstellt, in welchem geklärt wird, wen oder was die Stimmen im Lebenskontext der stimmenhörenden Person repräsentieren und welche Fragen, Probleme oder kritischen Situationen damit verbunden sind. Parallel dazu werden neue Strategien im Umgang mit den Stimmen gesucht, entwickelt und auch ausprobiert. Eine dieser Strategien ist der Stimmendialog (Corstens et al., 2012). Dabei geht es darum, dass die stimmenhörende Person lernen kann, mit den Stimmen in einen konstruktiven Dialog zu treten und so ein besseres Verständnis bezüglich der Stimmen zu entwickeln.

4.1.4 Pflege als Berufsgruppe zur Durchführung von EFC-Beratung

Wie bereits im theoretischen Teil sowie im Scoping-Review dargestellt, wird die psychiatrische Pflege als geeignete Berufsgruppe zur Durchführung der EFC-Beratung eingeschätzt. Dabei spielen einerseits ihre theoretische Basierung aber auch ihre Expertise in der Alltagsunterstützung sowie ihre Größe als Berufsgruppe in der Psychiatrie eine zentrale Rolle.

Die theoretische Verortung der psychiatrischen Pflege in der interpersonalen Beziehung nach Peplau (1992) – wo schon früh auf die Eigenständigkeit der Pflege gegenüber der Medizin und ihren Konzeptionen von Krankheit und Gesundheit hingewiesen wird, so auch in Bezug auf Stimmenhören (Ebd., S. 17) – bildet eine wichtige Grundlage für die Einschätzung der Eignung zur Durchführung von therapeutischen Interventionen, aber insbesondere für EFC. Weiter passt die im Gezeitenmodell (Barker & Buchanan-Barker, 2020) definierte Rolle der psychiatrischen Pflege als Beraterin bei der Unterstützung von Menschen mit psychischen Problemen auf ihrem Recovery-Prozess (Ebd. S. 61) zum Verständnis der Beratung und Begleitung, wie sie in der EFC-Beratung beschrieben ist. Dabei wird in der akuten Phase (Anm. d. Verf.: diese kann auch mit der Phase des Erschreckens im Genesungsprozess von Stimmenhörenden verglichen werden; Siehe Kapitel 2.2.2, S. 39) ein lösungsorientierter und kurzfristiger Beratungsansatz beschrieben, in welchem es darum geht, mit der Person zusammen herauszufinden, was geschehen muss, um ihre physische und emotionale Sicherheit sicherzustellen. Bei der längerfristigen Wachstumsbegleitung liegt die besondere Betonung auf dem mittel- bis längerfristigen Unterstützen der Person beim Entwickeln von Fähigkeiten oder Wegen im Umgang mit Lebensproblemen u.a. in Form von Einzelberatung,

Psychotherapie aber auch Selbsthilfeangeboten. Schnackenberg and Burr (2017) beschreiben die Rolle der Fachperson bei EFC wie folgt:

«Die Fachperson übernimmt hier die Rolle einer 'unwissenden', beratenden und begleitenden Person, die ihre eigenen Erfahrungen, Sichtweisen und Kompetenzen der zu begleitenden Person in den verschiedenen Phasen des Begleitprozesses passend zur Verfügung stellt.» (S. 52).

Neben sonstigen Ähnlichkeiten zeigt sich bei beiden Ansätzen die Partizipation, wie sie von Farkas (2007) für Recovery orientierte psychiatrische Dienstleistungen als Schlüsselwert beschrieben wurden.

Neben den beschriebenen Aspekten der theoretischen Verortung und der Rolle der Pflege ist die Expertise der psychiatrischen Pflege in der Alltagsbegleitung von zentraler Bedeutung. Peplau (1992, S. 14) wie auch Barker and Buchanan-Barker (2020, S. 38) weisen in ihren Ausführungen immer wieder auf jene Expertise hin und Sauter und Richter (1999) führen das Thema in ihrem Buch sehr umfangreich aus. Romme und Escher (2017) weisen als Begründer*innen und Entwickler*innen des EFC-Ansatzes darauf hin, dass sich EFC insbesondere für die Pflege und andere Berufsgruppen eignet, die in einem kontinuierlichen, alltagsbezogenen Kontakt mit den entsprechenden Personen arbeiten und daher meist einen etablierten Umgang mit Krisen im Alltag haben und das Üben oder Umsetzen von Neuem oft viel besser gelingt (Ebd., S. 10). Neben der praktischen Relevanz der Alltagsorientierung für die betroffenen Personen wird diese auch bezüglich Hürden und mangelnder Umsetzung von psychotherapeutischen Interventionen für Menschen mit Stimmenhören (Thomas et al., 2014) aber auch allgemeiner bei der psychotherapeutischen Unterstützung von Menschen mit psychischen Problemen in der psychiatrischen Versorgung erwähnt (Bach-Mortensen et al., 2018). Dabei wird auf die Pflege als Berufsgruppe verwiesen, die diese Lücke füllen könnte (Wabnitz et al., 2019).

4.1.5 Konzepte zur Überprüfung der Wirksamkeit von EFC-Beratung

Betrachtet man die Erkenntnisse aus der HVM sowie der Recovery-Bewegung und den entsprechenden Definitionen von Genesungsprozessen, so ist es für die Evaluation der Praxis aber auch bei der Definition und Auswahl von Endpunkten in der Interventionsforschung relevant, sich an diesen Konzepten zu orientieren. Wie bereits im theoretischen Teil ausgeführt, orientierte sich die psychiatrische Forschung in der Vergangenheit stark an einem klinischen oder medizinischen Verständnis von Genesung. Dementsprechend wurden und werden primär Psychopathologie oder beispielsweise Rückfälle sowie die erneute stationäre Behandlung (Wiederaufnahme) als Endpunkte in der Forschung verwendet. Es

stellt sich die Frage, welche Konzepte in Bezug auf die Hintergründe und theoretische Basierung von EFC aber auch bezüglich Personal Recovery als alternatives Verständnis von Genesung verwendet werden sollten.

Bei Betrachtung des EFC-Ansatzes und seiner Begründung in den Vorstellungen und Forderungen der HVM scheint es wichtig, dass Stimmenhören möglichst in einer umfassenden Form erfasst und beschrieben werden kann und die Beeinträchtigung des Alltags durch die Stimmen und die Kontrolle der Person über die Stimmen berücksichtigt werden. Bezüglich der Hintergründe und Konzeptualisierung von Personal Recovery bietet der konzeptuelle Rahmen von Recovery (Leamy et al., 2011) eine gute Grundlage zur Identifikation von relevanten Konzepten zur Überprüfung von Veränderungen im Genesungsprozess (Ebd., S 449). Von den fünf beschriebenen Dimensionen von Recovery werden in Bezug auf den spezifischen Genesungsprozess von stimmenhörenden Personen für die vorliegende Studie *das Gefühl der Verbundenheit, Hoffnung* sowie *Sinn und Bedeutung* als besonders relevante Konzepte erachtet, die berücksichtigt werden sollten. Folgend werden die genannten Konstrukte genauer definiert, außer *Stimmenhören* und *Recovery als Prozess*, die bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit umfangreich beschrieben wurden (Kapitel 2.2.2, S. 35 ff.):

Kontrolle über die Stimmen: Wie im theoretischen Rahmen dieser Arbeit kurz ausgeführt, spielt bei einem konstruktiven Umgang mit den Stimmen die Kontrolle über die Stimmen respektive das Sich-Nichtmehr-Kontrolliert-Fühlen durch die Stimmen eine wichtige Rolle, wie dies auch Swyer and Powers (2020) ausführen. Entgegen dem traditionellen Verständnis, dass auditive verbale Halluzinationen resp. Stimmenhören außerhalb des Einflusses der bewussten Kontrolle liegen, zeigen sie auf, dass Menschen, die Stimmen hören unterschiedliche Grade der Kontrolle über ihre Stimmen ausüben können (Ebd., S. 2). In ihrer Übersicht beschreiben sie die Unterscheidung zwischen direkter und indirekter Kontrolle. Zu den indirekten Kontrollstrategien gehören solche, die die Häufigkeit oder die Auswirkungen der Stimmen beeinflussen, indem andere damit verbundene Faktoren wie Aufmerksamkeit oder Gefühle beeinflusst resp. reguliert werden. Direkte Kontrolle beschreibt die Fähigkeit, den Beginn und das Ende der Stimmenhörfahrung zu beeinflussen, indem man direkt mit den Stimmen interagiert, beispielsweise, indem man mit ihnen Grenzen aushandelt oder ihnen sagt, sie sollen verschwinden. Mourgues et al. (2020) identifizierten in ihrer Grounded-Theory-Studie vier Einflussfaktoren bezüglich der Wirksamkeit der Kontrolle über die Stimmen: 1. *Stimmungsschwankungen*, 2. *Änderungen im Lebensstil*, 3. *Überzeugungen und Erklärungen bezüglich der Stimmen* sowie 4.

Selbstfürsorge (Ebd. S. 7). Zudem beschreiben sie fünf Phasen des Prozesses zur Entwicklung der Kontrolle über die Stimmen (Ebd., S. 9). Der Ausgangspunkt dabei ist *die erste Erfahrung mit Stimmenhören*, die in der Regel mit Gefühlen von Überraschung, Ratlosigkeit und Verzweiflung verbunden ist. Die nächste Phase, *der Erfahrung einen Sinn geben*, beinhaltet zwei verschiedene Erklärungsrahmen, einen spirituellen und einen pathologisierenden. Der spirituelle zeichnet sich dadurch aus, dass die Personen die Stimmen als von spirituellen Wesen, Toten oder einfach von Energie aus kommend erklären und sie in der Regel als positiv und hilfreich empfinden. Im pathologisierenden Rahmen wurden die Erfahrungen mit dem Stimmenhören als falsch oder abnormal wahrgenommen. Als nächstes werden *Wendepunkte* beschrieben, die die Suche nach Hilfe oder einem neuen Weg zum Verständnis der Erfahrung des Stimmenhörens auslösen. Diejenigen, die einen spirituellen Rahmen verwendeten, haben diese Wendepunkte mit einer spirituellen Suche oder einer Lebenskrise verbunden, während diejenigen mit einem pathologisierenden Verständnis die Erfahrung als eine Form psychischer Krise oder Erkrankung verstanden. In der nächsten Phase, *der Suche nach Unterstützung*, suchten die Teilnehmer häufig nach Hilfe, um mit ihren Stimmen klarzukommen, beispielsweise indem sie sich Selbsthilfegruppen anschlossen oder Informationen über ihre Erfahrungen mit dem Stimmenhören sammelten. Insbesondere der offene, nicht wertende Austausch in den Selbsthilfegruppen trug zu einem Gefühl der Gemeinschaft und Normalisierung bei. Die letzte *Akzeptanzphase* bestand im Akzeptieren der Erfahrungen mit dem Stimmenhören, was häufig durch soziale Unterstützung unter anderem durch Peer-Gruppen besser gelang.

Soziale Verbundenheit: Garofalo (2013, S. 4) definiert soziale Verbundenheit als Erfahrung der Zugehörigkeit zu einer sozialen Beziehung oder einem sozialen Netzwerk. In der Theorie des Selbst wird soziale Verbundenheit als ein Attribut des Selbst betrachtet, das Kognitionen einer dauerhaften zwischenmenschlichen Verbundenheit mit der sozialen Welt in ihrer Gesamtheit widerspiegelt (Lee et al., 2001, S. 310). Diese soziale Verbundenheit wird als ein grundlegendes menschliches Bedürfnis angesehen und beschrieben. Lee und Robbins (1995, S. 233) weisen darauf hin, dass die Entwicklung eines Gefühls der Verbundenheit bereits früh in der Jugend beginnt und sich über das gesamte Erwachsenenleben hinzieht. Dabei geht es darum, sich außerhalb der Familie in einem größeren sozialen Kontext zu bewegen sowie sich wohl und sicher zu fühlen. Das Gefühl der Verbundenheit ermöglicht den Menschen, sich als Mensch unter Menschen zu fühlen, zu sein und sich mit anderen zu identifizieren. Fehlt dieses

Zugehörigkeitsgefühl oder fühlt man sich nicht zugehörig, so fällt es viel schwerer, soziale Rollen und Verantwortlichkeiten zu übernehmen, was zu sozialer Isolation führen kann. Von der WHO wird die soziale Verbundenheit als eine Determinante für psychische und körperliche Gesundheit eingeschätzt (Wilkinson et al., 2003, S. 11). Leamy et al. (2011) identifizieren in ihrem konzeptuellen Rahmen zu Personal Recovery die soziale Verbundenheit als einen von fünf zentralen Prozessen für Personal Recovery (S. 448).

Auf der persönlichen Ebene werden oft Ängste vor Verlust, Zurückweisung oder Unverständnis als Gründe für ein fehlendes Zugehörigkeitsgefühl, den sozialen Rückzug und die soziale Isolation beschrieben (Hine et al., 2018, S. 676; Lee & Robbins, 1995, S. 233). Auf gesellschaftlicher Ebene spielen u.a. ein niedriger Bildungsstatus, ein tiefer Lohn oder eine tiefe Rente, Arbeitslosigkeit, ein tiefer Wohnstandard oder Wohnungslosigkeit eine wichtige Rolle bei der Entstehung von sozialer Exklusion und den daraus folgenden gesundheitlichen Problemen (Richter & Hoffmann, 2019, S. 428 & 431).

Hoffnung: Das Konzept Hoffnung wird als äußerst vielschichtig beschrieben. Krafft (2018, S. 111) weist daraufhin, dass neuere Ansätze davon ausgehen, dass das Verständnis und Empfinden von Hoffnung, kulturell und von spezifischen diskursiven Praktiken geprägt ist, was eine universelle Konzeptualisierung nicht möglich macht. Zudem seien die Zusammenhänge und Unterschiede zwischen Hoffnung, Optimismus, Erwartungen und Wünschen nicht geklärt (Ebd., S. 111). Bezugnehmend auf Erikson und seine schon früh entstandene sozialpsychologische Konzeption der Hoffnung, wird Hoffnung als eine menschliche Grundtugend beschrieben, welche in der frühen Kindheitsphase aus dem Konflikt zwischen einer tief verankerten Urangst des Menschen und dem durch eine vertraute Bezugsperson wie der Mutter entstehenden Urvertrauen hervorgeht (Ebd., S. 111). Dieses Urvertrauen und damit die Hoffnung gründen unter anderem auf Gefühlen der Verlässlichkeit, Berechenbarkeit und Vorhersagbarkeit der Zukunft. In der Folge entstanden weitere psychologische Konzeptionen, die Hoffnung als ein kognitives Phänomen beschrieben, welches im Laufe des Lebens entwickelt und ein Teil der Persönlichkeit wird (Ebd., 124). Das Ausmaß der Hoffnung wird dabei als die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit der Erreichung bedeutungsvoller Ziele definiert, welche durch unterstützende soziale Beziehungen, ein Gefühl der Kontrolle und Stärke positiv beeinflusst werden kann. Auf die beiden vorgestellten Konzeptionen folgten weitere Entwicklungen, die auch als Kritik auf die etwas enge Fokussierung auf Tugend und Kognition der bestehenden Theorien verstanden wurden (Ebd., 125). Eine

wichtige Frage bezog sich dabei auf die Grundbeschaffenheit von Hoffnung als Charaktereigenschaft oder als situative Befindlichkeit. Daraus entstand unter anderem die Definition nach Dufault und Martocchio in Krafft (2018), in welcher: *„Hoffnung als eine multidimensionale Lebenskraft, die durch eine zuversichtliche, wenn auch unsichere Erwartung einer zukünftigen Zielerreichung charakterisiert ist, die der hoffenden Person realistischerweise möglich und persönlich bedeutsam erscheint.“* (S. 127). In diesem Sinne geht es hier eher um ein prozessorientiertes Phänomen und nicht mehr nur um eine Charaktereigenschaft. Neben den schon beschriebenen Konzeptionen fokussierten weitere auf Hoffnung als Emotion, als Antizipation und Verwirklichung von Sinn oder als religiösen, spirituellen und säkularen Glauben (Ebd., S. 130 f.), was den multidimensionalen Charakter von Hoffnung verdeutlicht. Diese wurden in der Folge in verschiedenen multidimensionalen Konzeptualisierungen rezipiert, so u.a in der pflegewissenschaftlichen Konzeption von Cutcliffe in Krafft (2018, S. 137). Dabei wird Hoffnung *„als Inspiration, als aktivierende Reflexion, durch die der Wert des menschlichen Lebens in seiner Ganzheit und besonders im Aufbau von Partnerschaft und sozialen Beziehungen bejaht wird“* definiert (Ebd., S. 137). Auffallend hier ist, dass die soziale Umwelt der Person eine wichtige Rolle spielt. Krafft (2018) weist dabei auf eine Untersuchung von Nekolaichuk, Jevne und Maguire hin, in welcher verschiedene Bedeutungen von Hoffnung identifiziert werden konnten, so wie sie von gesunden Menschen und solchen mit chronischen Erkrankungen sowie vom Pflegepersonal empfunden wurden (Ebd., S. 137). Sie beschrieben dabei drei Dimensionen von Hoffnung, die sich auf die Person, auf die Situation und auf die Beziehung zu anderen Menschen beziehen. In der ersten, *dem persönlichen Geist*, wird Hoffnung im Kontext von Sinnhaftigkeit beschrieben und als etwas, das von den Personen als wertvoll, wünschenswert und ermutigend empfunden wird. Die zweite Dimension, *Risiko*, handelt von zwei Konzeptclustern in Bezug auf die Situation: der Vorhersagbarkeit verbunden mit Erwartung, Gewissheit und Stabilität sowie dem Mut verbunden mit Furchtlosigkeit und Zuversicht. Die letzte handelt von *authentischer Fürsorge* durch Menschen im sozialen Umfeld, die mit Glaubwürdigkeit im Zusammenhang mit Vertrauen und Realität beschrieben wird sowie mit Wohlbefinden verbunden mit Einfühlsamkeit, Wärme und Fröhlichkeit. Auch im Kontext von Recovery finden sich in Bezug auf Hoffnung das Prozesshafte sowie der Bezug zum sozialen Umfeld. Hoffnung und Optimismus bezüglich der Zukunft wurde als einer von fünf Kernprozessen identifiziert (Leamy et al., 2011, S. 480). Dabei geht es um den Glauben an die Möglichkeit zu genesen, die Motivation für Veränderung, Hoffnung-inspirierende Beziehungen, positives Denken und das Wertschätzen von Erfolgen sowie Träume

und Ziele zu haben. Patricia Deegan, Mitbegründerin der Recovery-Bewegung in den USA sowie Mitentwicklerin des Recovery-Konzeptes und Forscherin zum Thema Hoffnung im Kontext von Recovery (Deegan, 1996) weist in einem Interview bezüglich der Frage der Unterscheidung von Hoffnung und Optimismus auch in Bezug auf die Arbeit und Rolle von Fachpersonen darauf hin, dass Hoffnung nicht Cheerleader-Optimismus ist. Mit optimistischen Aussagen von Fachpersonen wie ‚es komme schon gut‘ würde man so tun, als könne man die Zukunft voraussehen. Im Unterschied zu einem solchen Optimismus definiert sie Hoffnung als eine zuversichtliche Einstellung, im Hier und Jetzt bereit zu sein gegenüber dem, was die unsichere Zukunft mit sich bringen wird – ob positiv oder negativ (Burr et al., 2012, S. 16).

Sinn und Bedeutung: Die Sinnsuche oder der Willen zum Sinn (Frankl in Bock et al. (2014b, S. 19) wird im Kontext von Psychotherapie und der Überwindung von schwierigen Lebensereignissen oder auch psychischen Erkrankungen als eines der wichtigsten Motive des Menschen beschrieben. Das von Antonovsky and Franke (1997) entwickelte Salutogenese-Modell fokussiert auf Faktoren, die Gesundheit im Kontext von belastenden Lebensereignissen aufrechterhalten oder fördern. Neben anderen Faktoren wird das Kohärenzgefühl als zentraler Aspekt definiert. Es wird als Lebensorientierung beschrieben, «die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes, aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann.» und besteht aus drei Komponenten (Ebd., S 15). Dazu gehört auch die Sinnhaftigkeit, die das Vorhandensein und Erleben eines Lebenssinnes und von Lebenszielen beinhaltet, die sich motivational auf die Person auswirken. Dieser Blick darauf, was Gesundheit aufrechterhält, scheint gut anschlussfähig an Personal Recovery als Konzept von Genesung, das stark auf subjektive Aspekte der Person fokussiert. Wie die Übersichtsarbeit von Leamy et al. (2011) zeigt, scheint Sinn und Bedeutung auch da ein wichtiger Aspekt zu sein. Sie beschreiben dies in der Kategorie *Meaning in life*, was so viel bedeutet wie Lebenssinn respektive Sinn oder Bedeutung des Lebens (S. 448). Darunter erscheinen Subkategorien zu den Themen Sinn oder Bedeutung der Erkrankung, Spiritualität, Lebensqualität, bedeutsame Rollen im Leben oder Lebensziele sowie Wiederaufbau des Lebens (Ebd.). Sinnsuche wird im Kontext von Stressforschung aber auch als eine Bewältigungsstrategie zur Überwindung von kritischen Lebensereignissen

beschrieben (Bock et al., 2014b, S. 25), die sich nachhaltig positiv auf die Bewältigung und Genesung auswirkt (Ebd., S. 27 f.).

Im Kontext von Schizophrenie und Psychosen beschreiben Bock et al. (2014b), dass Betroffene durch verändertes Wahrnehmen, Denken und Verhalten (Anm. d. Autors: was zusammengefasst auch als Eigensinn der Psychose beschrieben wird) um einen neuen Sinn all dessen ringen müssen (S. 32). Dieser innere, selbst kreierte «Eigensinn» scheint sehr wichtig für die Bewältigung dieser Erfahrung und gilt es in der Begleitung von Menschen mit Psychosen verstehen zu lernen. Auch im Kontext von Stimmenhören scheint das Thema Sinn und Bedeutung insbesondere aus Sicht von Stimmenhörenden sehr relevant. Der von Romme and Escher (1989, S. 212) beschriebene Prozess zu einem konstruktiven Umgang mit den Stimmen beinhaltet in der zweiten (Organisationsphase) und dritten (Stabilisierungsphase) Phase einige Hinweise dazu, auch wenn sie sich nicht direkt auf Sinn oder Bedeutung beziehen. In der zweiten Phase wird die Fokussierung auf die positiven Stimmen und der Versuch, sie im Kontext des eigenen Lebens zu verstehen, als die erfolgreichste Strategie beschrieben. Und weiter beschreibt die dritte Phase, dass die Stimmen von der Person immer mehr als etwas zum eigenen Leben oder zu sich Gehörendes verstanden werden. EFC oder MsV⁵ als Beratungsansatz, der aus diesen Erkenntnissen von Stimmenhörenden entwickelt wurde (Romme & Escher, 2013), zielt auf das Verstehen der subjektiven Bedeutung und des subjektiven Sinns der Stimmen im Kontext des Lebens ab (Romme & Morris, 2013, S. 267). Die hier beschriebenen Erkenntnisse zur Funktion und zu den Auswirkungen von Sinn und Bedeutung im Kontext von psychischen Problemen können sich unter anderem positiv auf die Motivation der Person aber auch auf das Kohärenzgefühl auswirken, das ein Gefühl des Vertrauens und der Sicherheit beinhaltet.

4.1.6 Diskurs relevanter Aspekte der Interventionsforschung

4.1.6.1 Methoden zur Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen

In der Medizin und so auch in der Psychiatrie gilt für die Wirksamkeitsforschung von Interventionen das randomisierte kontrollierte Design (Randomised Controlled Trial, RCT) als Goldstandard (Fetz, 2021, S. 19) und wird mit der höchsten Evidenzstufe für Einzelstudien bewertet (Ebd., S. 20). Das RCT-Design wurde ursprünglich für die Medikamentenforschung entwickelt, wobei es darum ging, einen Kausalzusammenhang zwischen einer Intervention und einem definierten

⁵ Making Sense of Voices ist der Begriff, der für die EFC-Beratung im angelsächsischen Sprachraum genutzt wird

Ergebniskriterium herstellen zu können und dabei möglichst alle anderen Einflüsse zu eliminieren (Meldrum, 2000, S. 750). Das Ausmaß, zu dem eine Veränderung im Ergebniskriterium ausschließlich auf die Intervention zurückzuführen ist, wird als interne Validität bezeichnet. Um diese interne Validität zu erhöhen, werden RCT's so geplant, dass möglichst alle externen Einflüsse auf ein Minimum reduziert oder ausgeschlossen werden. Da aber eine Situation eines Menschen im sozialen Kontext nie vollumfänglich erfasst werden kann, sind potenziell immer unbekannte Einflüsse vorhanden. Die Randomisierung bildet hier die zentrale Maßnahme, da sie dafür sorgt, dass unbekannte Einflüsse zufällig und in diesem Sinne gleichmäßig auf die Vergleichsgruppen (Intervention und Kontrolle) verteilt werden (Windeler et al., 2008, S. 323). Ein stark eingegrenztes Setting, enge Einschlusskriterien der Teilnehmenden, ein möglichst standardisierter Studienablauf sowie eine Standardisierung der Intervention bilden weitere Maßnahmen zur Erhöhung der internen Validität (Thorpe et al., 2009, S. 466) und tragen dazu bei, dass bei Studien, die unter solchen Bedingungen durchgeführt werden, auch der Begriff Laborstudien oder Laborbedingungen verwendet wird (Leichsenring & Rüger, 2004, S. 208). Ein weiteres wichtiges Merkmal einer Interventionsstudie (und so auch bei der RCT) ist die externe Validität. Diese bezeichnet das Ausmaß, zu dem in der jeweiligen Studie gefundene Ergebnisse generalisiert werden können (Fetz, 2021, S. 25). Um die Generalisierbarkeit zu erhöhen, sollte beispielsweise ein möglichst breites, heterogenes Spektrum von Teilnehmenden eingeschlossen werden, welches möglichst repräsentativ für das interessierende Kollektiv ist oder das Setting sollte möglichst der Breite des in der Realität anzutreffenden Settings gleichen. Die interne und die externe Validität stehen in Konkurrenz zueinander, eine Erhöhung des Ausmaßes der einen führt zwangsläufig zur Reduktion des Ausmaßes der anderen. Die unter idealtypischen Verhältnissen generierten Ergebnisse von klassischen RCT's sind nur begrenzt auf die meist nicht idealtypischen Bedingungen in der klinischen Praxis übertragbar (Ebd., S. 29). Trotzdem bildet gerade der Evidenzgrad resp. die interne Validität einer Studie ein wichtiges Merkmal zur direkten Aufnahme von Versorgungs- oder Behandlungsleitlinien oder indirekt zur Berücksichtigung für die Aufnahme in Reviews oder Metanalysen, die wiederum als Grundlage für Versorgungs- und Behandlungsleitlinien gelten. Zur Planung und Umsetzung einer Interventionsstudie im Kontext der bisherigen Ausführungen stellt sich also die Frage, ob eine Studie auf Kosten der Übertragbarkeit ins reale klinische Setting möglichst idealtypisch konzipiert oder ob bei der Planung eher auf ein hohes Ausmaß an externer Validität geachtet werden soll, mit dem Risiko einer eingeschränkten Berücksichtigung der Ergebnisse in relevanten

Übersichtsarbeiten oder Versorgungs- oder Behandlungsleitlinien. Aufgrund dieses Diskurses wird vermehrt auf pragmatische Ansätze in der klinischen Forschung verwiesen, die sich mehr an der externen Validität orientieren (Ford & Norrie, 2016). Den dadurch entstehenden Problemen bei der internen Validität soll durch eine transparente Dokumentation begegnet werden, so dass die gemachten Konzessionen bezüglich der internen Validität im Prozess der Generalisierung berücksichtigt werden können (Behrens, 2015, S. 255 f.). Thorpe et al. (2009) propagieren für diese Problematik zwischen der internen und externen Validität ein dimensionales und nicht kategoriales Verständnis und legen mit der Entwicklung des Preci-Tools einen Einschätzungsbogen vor, der zur Entwicklung und Beurteilung eines Studienplans bezüglich der beiden Dimensionen genutzt werden kann und somit Hinweise zum Ausmaß der Generalisierbarkeit resp. Übertragbarkeit der Resultate einer Studie liefern kann.

4.1.6.2 Verbindung von externer und interner Evidence – Mixed Methods Ansätze

Die Verbindung externer mit interner Evidenz resp. die Übertragung von Forschungsergebnissen aus kontrollierten Studien auf die individuelle Situation einer Person wird als eine der größten Herausforderungen in der Umsetzung und Nutzung von Forschungsergebnissen beschrieben (Behrens, 2015, S. 258). Um diese Verbindung zu erleichtern, wird vorgeschlagen, in denselben Studien parallel zu den quantitativen Verfahren auch qualitative Methoden anzuwenden. Als Ergänzung zu den quantitativen Methoden, die auf Mittelwertsunterschiede einer Skala zwischen zwei Gruppen fokussieren, sollen diese qualitativen Methoden mehr subjektive Erkenntnisse der einzelnen Studienteilnehmenden identifizieren wie beispielsweise die persönliche Einschätzung der Wirksamkeit einer Intervention oder ihr Erleben während der Intervention. Neben dem direkten Nutzen dieser qualitativen Ergebnisse für die Entscheidung über die Durchführung einer Intervention zwischen Klient*innen oder Patient*innen und Fachpersonen können qualitative Methoden auch helfen, *«1. bislang unbekannte Störvariablen zu identifizieren, die einen Interventionseffekt überdecken, 2. Umstände zu ermitteln, die dazu führen, dass sich die Effekte aus RCTs nicht oder nicht zureichend in der Versorgung abbilden, 3. zu vermeiden, dass Effekte dort gefunden werden, wo sie faktisch gar nicht vorhanden sind, oder 4. zu vermeiden, dass tatsächliche Effekte und Interventionsmöglichkeiten selbst dann übersehen werden, wenn man eine ausreichende Studienplanung zur Kontrollierung des Fehlers zweiter Art vorgenommen hat»* (Kelle & Krones, 2010, S. 635). Dieser Methodenpluralismus scheint also zentral für die Gewährleistung einer möglichst passenden Übertragbarkeit der Ergebnisse einer Interventionsstudie auf die

individuelle Situation eines einzelnen Menschen. Im nächsten Abschnitt wird auf den aktuellen Forschungsstand der EFC-Beratung eingegangen und abgeleitet, was ein nächster Schritt in der weiteren Entwicklung von externer Evidenz ist.

4.1.6.3 Barrieren und Herausforderungen bei der Umsetzung von randomisiert-kontrollierten Studien

In der Literatur werden verschiedene Herausforderungen für die Umsetzung und Durchführung von kontrollierten Interventionsstudien beschrieben (Kasenda et al., 2014). Dazu gehören unzureichende Kenntnisse über die klinische Forschung und die Forschungsmethoden, fehlende Finanzierung, übermäßiges Monitoring, restriktive Datenschutzgesetze und mangelnde Transparenz, komplexe regulatorische Anforderungen und unzureichende Infrastrukturen. Aus den Ausführungen der Autor*innen kann abgeleitet werden, dass es insbesondere bezüglich der verschiedenen regulatorischen Hürden (u.a. Monitoring, Datenschutz) wichtig sei, einen möglichst pragmatischen Umgang mit diesen zu etablieren und zwischen dem Schutz der Studienteilnehmenden, dem Einhalten der Regularien und der Umsetzbarkeit einer Studie im Sinne von pragmatischen klinischen Studien abzuwägen (Ebd., S. 1, 6 & 7). Zudem scheint der Fokus auf eine hohe methodische Kompetenz sowie eine gesicherte Finanzierung für die Studien wichtig.

Ein anderes relevantes Problem bei RCT's ist die Abbruchrate und die damit zusammenhängenden Rekrutierungsprobleme. Rund ein Viertel aller RCT's werden nicht beendet und der häufigste Grund sind Rekrutierungsprobleme (Amstutz et al., 2017; Kasenda et al., 2014). Eine geplante tiefere Stichprobengröße, Investigator-Finanzierung sowie nicht multizentrische Studien haben eine größere Wahrscheinlichkeit für Rekrutierungsprobleme resp. abgebrochen zu werden (Kasenda et al., 2014, S. 1049).

4.1.7 Aktueller Forschungsstand zu EFC-Beratung

In einer Übersichtsarbeit zum Thema EFC bei Stimmenhören identifizieren Schnackenberg and Martin (2014) fehlende wissenschaftliche Evidenz zu EFC (siehe auch Kapitel 2, Scoping-Review). Sie empfehlen mehr Studien zu dieser Intervention und die Verwendung von traditionellen qualitativen und quantitativen Verfahren, um die Wirksamkeit noch besser zu belegen und um auch den derzeitigen Ansprüchen an eine wissenschaftliche Evidenz zu genügen. Dies als Ergänzung zu den bisherigen Berichten und Untersuchungen, die EFC als eine hilfreiche Intervention beschrieben haben.

In einer randomisierten kontrollierten Pilot-Interventionsstudie (Schnackenberg et al., 2016) wird die EFC-Beratung als eine sichere Methode mit einem positiven

klinischen Potential eingeschätzt, die in noch größeren Studien untersucht werden sollte. Bezüglich Umsetzbarkeit einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) empfehlen sie für höhere Rekrutierungsraten Unterstützung durch eine Studienassistentin (Study-Nurse) sowie auch ein Versprechen den Stimmenhörenden gegenüber, dass nicht mit einer Erhöhung der Medikation auf die Offenlegung von Erfahrungen reagiert wird. Die Studienassistentin könne dazu beitragen, die fehlenden Werte bei den Messungen zu verringern und eine verblindete Erfassung der Daten zu ermöglichen. Zudem weisen sie auf die Wichtigkeit von Follow-up Messzeitpunkten hin, um auch die langfristige Wirkung der Beratung aufzeigen zu können. Bezüglich Wirksamkeit konnten in dieser Pilotstudie signifikant bessere Effekte von EFC gegenüber TAU bezüglich des Leidens, der Einschränkung durch die Stimmen und der allgemeinen Psychopathologie aufgezeigt werden, auch wenn diese Ergebnisse durch die sehr tiefe Anzahl an Teilnehmenden vorsichtig zu interpretieren sind. Außerdem gab es eine deutlich größere Bereitschaft in der EFC-Gruppe, traumatische Erlebnisse zu berichten. Durch einige methodische Mängel u.a. tiefe Teilnehmerzahl und Rekrutierungsrate (n=12 in 48 Monaten), keine Verblindung der Assessoren, unklare Richtlinien bezüglich TAU und Verwendung von nicht validierten Assessmentinstrumenten bleiben einige Fragen offen, die vor der Durchführung einer größer angelegten Studie im deutschsprachigen Raum geklärt werden sollten. Zudem könnte auch das Schweizer Gesundheitssystem (starke Fragmentierung der Settings) sowie die nationalen und regionalen Spezifika der Bildung der Pflegefachpersonen einen Einfluss auf die Umsetzbarkeit der Studie und der Intervention haben, indem es beispielsweise das Weiterführen der Intervention vom stationären Setting in den ambulanten Bereich erschwert oder die Pflegefachpersonen noch andere Inhalte oder einen anderen Umfang der Weiterbildung für die Umsetzung der Intervention brauchen. Aufgrund der Ausführungen der Autoren kann davon ausgegangen werden, dass eine weitere Anpassung des Studienablaufs und des Designs notwendig ist und diese zuvor noch einmal „getestet“ werden sollte, um sicher zu gehen, dass sie in einer größeren Studie erfolgreich umgesetzt werden kann. Eine weitere quantitative Studie zu EFC mit einem Case-Series-Design wurde 2019 veröffentlicht (Steel et al.). In dieser wurde die Intervention durch klinische Psycholog*innen durchgeführt und der Ansatz fokussierte viel früher im Prozess und viel stärker auf den Stimmendialog (Corstens & Romme, 2004). Es konnten 15 Personen eingeschlossen werden und die Ergebnisse zeigten eine Verbesserung bezüglich Belastung durch die Stimmen und bei der PSYRATS, einer stimmenspezifischen Skala. Die Autor*innen der Studie konkludieren, dass zukünftige Studien mit

parallelen Kontrollbedingungen erforderlich sind, um die Ergebnisse dieser Studie zu bestätigen und externe Einflussfaktoren zu reduzieren. Beide der hier genannten Studien führten parallel noch qualitative Erhebungen durch (Schnackenberg, 2017b; Schnackenberg, Fleming, & Martin, 2018; Steel et al., 2020). Diese fokussierten einerseits auf die Praktikabilität der Schulung sowie der Durchführung der Intervention aus Sicht der Fachpersonen und Stimmenhörenden (Schnackenberg, 2017b), andererseits auf die Einschätzung der Auswirkungen der Intervention auf die Person sowie die persönliche Bewertung der Intervention bezüglich Nützlichkeit (Schnackenberg, Fleming, & Martin, 2018; Steel et al., 2020). Auch eine Masterarbeit (Freitag, 2019) setzte sich mit einem qualitativen Verfahren mit EFC auseinander und ging der Frage nach, wie Stimmenhörende EFC erlebt haben und welche Veränderungen im Erleben und im Umgang mit den Stimmen sie während und nach EFC beschreiben. Die meisten der Befragten erlebten EFC als anspruchsvolle, aber hilfreiche Unterstützung. Zudem gaben viele an, dass sie alle vorhergehenden Angebote als nicht so hilfreich erlebt hätten. Keine der vier genannten qualitativen Studien beschäftigte sich mit Fragen zum Ablauf der Studie, zur Belastung durch die Teilnahme oder auch zu Empfehlungen bezüglich Ablauf der Studie oder Auswahl der Fragebogen, um die Belastung allenfalls zu senken und damit die Attraktivität zur Teilnahme zu erhöhen. In Bezug auf die im vorhergehenden Kapitel beschriebenen Herausforderungen und Barrieren zur Umsetzung von RCT's scheinen solche Fragen aber relevant für die weitere Forschung.

4.2 Zielsetzung und Fragestellungen

Die oben genannten und weiteren Fragen sollen in einer methodisch verbesserten Pilotstudie in einem RCT-Design geklärt werden. Pilotstudien haben gemäß Arain et al. (2010, S. 5) das Ziel, als kleine Versionen von Hauptstudien zu klären, ob die wichtigen Komponenten wie die Rekrutierung, die Randomisierung, die Intervention und die Assessments gut zusammen funktionieren und sie sich für die Umsetzung im Rahmen einer Hauptstudie eignen. Zudem können explorative Datenanalysen erste Erkenntnisse bezüglich Wirksamkeit liefern und statistische Auswertungen der Daten auch als Hilfestellung für die Berechnung der Power für eine allfällige Hauptstudie genutzt werden. Falls das gesamte Studiendesign bei einer Folgestudie nicht verändert wird, können die erhobenen Daten in jener Hauptstudie genutzt werden. Dabei spricht man von einer internen Pilotstudie (Ebd.). Für die vorliegende Pilotstudie werden folgende Fragestellungen definiert:

1. Rekrutierung

- Wie viele Studienteilnehmende können im Rahmen eines definierten Zeitrahmens für die Teilnahme zur Studie rekrutiert werden?
- Wie hoch ist die Anzahl der Teilnehmenden, die eine Studienteilnahme ablehnen oder die während der Studie ihre Teilnahme abbrechen?

2. Assessmentinstrumente

- Ist aus Sicht der Studienteilnehmenden der zeitliche Aufwand für das Ausfüllen der gewählten Assessmentinstrumente angemessen und mit den vorhandenen Ressourcen zu bewältigen?
- Sind aus Sicht der Studienteilnehmenden die relevanten Themen durch die Assessmentinstrumente abgedeckt? Gibt es Vorschläge für Veränderungen oder Anpassungen?

3. Durchführung der Intervention

- Gelingt es bei den im stationären Setting rekrutierten Studienteilnehmenden die Beratung auch nach dem Austritt ins ambulante Setting zu beenden?
- Wird die Intervention mit den vorhandenen Fachpersonen so durchgeführt, wie sie in der Schulung vermittelt wird und gemäß den Unterlagen durchgeführt werden sollte?

4. Durchführung und Finanzierung der Studie

- Sind die Organisation und die Finanzierung von Studienort-spezifischen Study-Nurses umsetzbar?
- Kann die geplante Studie insgesamt ohne größere Probleme durchgeführt werden?

5. Wirksamkeit

- Wie wirkt sich EFC auf die Studienteilnehmenden in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe aus?

4.3 Methode

4.3.1 Design

Aufgrund der bisherigen Ausführungen wurde für die vorliegende Studie ein RCT-Design gewählt, welches im Rahmen einer Pilotstudie überprüft werden soll. Neben der Überprüfung des Grunddesigns der Studie und deren Umsetzbarkeit in der realen Forschungspraxis ist ein weiterer Fokus, die Wirksamkeit von EFC in der realen Praxis im Sinne eines pragmatischen Ansatzes zu untersuchen (Ford & Norrie, 2016). Bei dieser Art von Studie können Probleme bei der internen Validität entstehen, da unter natürlichen Bedingungen nicht alle Einflüsse kontrolliert werden können. Dies im Gegensatz zu rein erklärenden Interventionsstudien unter „Laborbedingungen“, die eher wegen ihrer fehlenden externen Validität kritisiert werden. Deshalb ist es wichtig, die Einschränkungen im Methodenteil so

transparent zu beschreiben, dass die gemachten Konzessionen bezüglich interner und externer Validität im Prozess der Generalisierung berücksichtigt werden können (Behrens, 2015). In diesem Sinne soll in dieser Studie eine möglichst hohe interne Validität erreicht werden, die im realitätsnahen Rahmen einer solchen Studie, also im Feld, möglich ist. Gleichzeitig soll eine differenzierte Beschreibung der Methodik möglichst präzise Rückschlüsse auf die Stärke der internen und externen Validität zulassen. Für diese transparente Darstellung kann eine Einschätzung bezüglich interner und externer Validität der Studie mit dem PRECIS-Tool (Thorpe et al., 2009) hilfreich sein. Vor allem aber sollten bei der Verschriftlichung neben den zusätzlichen Anforderungen des CONSORT-Statements bei Pilotstudien (Eldridge et al., 2016) auch die der Practical-Trials (Zwarenstein et al., 2008) berücksichtigt werden. Diese sollen im Rahmen der Verschriftlichung dieser Untersuchung genutzt werden, um die Stärken und auch Einschränkungen transparent zu machen und diese dann im Prozess der Generalisierung berücksichtigen zu können.

4.3.2 Stichprobe

An der Studie teilnehmen konnten Menschen mit psychischen Problemen, die Stimmen hören und darunter leiden, zum gegebenen Zeitpunkt in einer psychiatrischen Einrichtung Unterstützung und Behandlung erhielten und bereit waren, in Gesprächen über die Stimmen zu sprechen. Aus bereits genannten Gründen wurde auf eine ICD-10-Diagnose als Ein- oder Ausschlusskriterium verzichtet. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 8 detailliert dargestellt. Bezüglich Stichprobengröße werden in der Literatur sehr unterschiedliche Angaben zu Pilotstudien gemacht. Ähnliche Pilotstudien weisen Stichprobengrößen zwischen 15 und 28 auf (Gordon et al., 2017; Leff et al., 2013; Seki et al., 2016). Es gibt Empfehlungen, dass die Größe der Stichprobe der Pilotstudie 10% von jener der Hauptstudie entsprechen sollte (Cocks & Torgerson, 2013). Da es bei Pilotstudien auch um die Identifikation von unerwarteten Ereignissen beim Ablauf aber allenfalls auch bezüglich der Intervention geht, schlagen Viechtbauer et al. (2015) vor, die Berechnung der Stichprobengröße darauf auszurichten (n=60). Da der vorliegende Studienplan aufgrund der Erfahrungen und Empfehlungen aus der Pilotstudie von Schnackenberg et al. (2016) bereits angepasst wurde, wurde die Empfehlung von Viechtbauer et al. (2015) etwas reduziert und eine Stichprobengröße von 40 Teilnehmenden definiert (20 pro Studienort innerhalb von 24 Monaten).

Tabelle 8: Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Stichprobe

Einschlusskriterium	Operationalisierung (Quelle)	Begründung
Alter: >18 / <65	Aus der Dokumentation	Die Forschung, auf der EFC aufbaut, bezieht sich auf erwachsene Personen in diesem Altersspektrum.
Vorhandensein von Stimmenhören als eine Wahrnehmung ohne äußere Reizquelle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Einschätzung der Bezugsperson 2. Aus Dokumentation 3. Fragen der potenziellen studienteilnehmenden Personen 	Indikation zur Durchführung von EFC als Intervention
Leiden unter den Stimmen	Falls Stimmenhören vorhanden: Item 8, 9, oder 10 des PSYRATS (Kronmüller et al., 2011) = > 1	Stimmen allein sind oft nicht problematisch. Das Leiden unter den Stimmen führt zu Problemen.
Bereitschaft regelmäßige Teilnahme an Gesprächen zum Thema Stimmenhören	Erfragen im Studieninformationsgespräch	Entspricht der Realität in der Praxis – sorgsamer Umgang mit den Ressourcen
Ausschlusskriterium	Operationalisierung (Quelle)	Begründung
Urteilsunfähigkeit	Ärztliche Einschätzung aus Krankenakte	Informed-Consent kann nur von urteilsfähiger Person unterschrieben werden.
Mangelnde Deutschkenntnisse	Einschätzung Bezugsperson und aufgrund Studieninformationsgesprächen	Intervention wird nur von deutschsprachigen Fachpersonen angeboten.
Akuität – aktuell in akuter psychischer Krise	Nach Einschätzung der Bezugs- oder ärztlichen Person: <ul style="list-style-type: none"> • Aktuell akute Krise • Person kann nicht einem 1/4-stündigem Gespräch konzentriert folgen 	EFC ist stark auf verbale Interaktion ausgerichtet. Deshalb sind gewisse kognitive Voraussetzungen für die Teilnahme wichtig.

Diese Zahl ist als Richtwert zu verstehen. Gemäß Fragestellung geht es darum, für eine Hauptstudie herauszufinden, wie viele Teilnehmende innerhalb von 24 Monaten an einem Studienort rekrutiert werden können. Damit kann aufgrund der durch eine Power-Analyse definierte Anzahl an benötigten Studienteilnehmenden

abgeschätzt werden, wie viele ähnliche Studienorte benötigt werden, um in einer definierten Zeit auf die entsprechende Anzahl an Teilnehmenden zu kommen. Aufgrund der Corona-Pandemie und entsprechender Einschränkungen bei der Durchführung der Studie musste die Rekrutierungszeit auf 12 Monate verkürzt werden. Entsprechend wurde auch die Stichprobengröße auf die Hälfte reduziert (n=10 pro Studienzentrum).

4.3.3 Setting

Diese Pilotstudie wurde an zwei Studienzentren in Deutschland und der Schweiz durchgeführt. Zum einen handelte es sich um die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des evangelischen Klinikums in Bethel in Bielefeld, eine große psychiatrische Klinik im Nordwesten von Deutschland. In der Schweiz war es die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der UPD AG Bern. Beide Kliniken bieten psychiatrische Behandlung und Unterstützung umfassend über alle Behandlungssettings hinweg an. In Deutschland lief die Rekrutierung hauptsächlich über drei spezifische Stationen, von wo aus die Studienteilnahme gestartet und dann im ambulanten Setting (psychiatrische Institutionsambulanz) weitergeführt und beendet wurde. In der Schweiz wurde die Rekrutierung direkt in den drei sozialpsychiatrischen Klinikambulanzen durchgeführt. Ursprünglich war ein zweites Studienzentrum in Deutschland vorgesehen, damit sich diese beiden Zentren die Rekrutierung der Studienteilnehmenden aufteilen. Im Verlaufe der Studie wurde jedoch klar, dass sich jene zweite Klinik nicht an der Studie beteiligen konnte.

4.3.4 Randomisierung und Zuteilung

Um bei der Zwischenauswertung im Verlaufe der Studie eine ähnliche Verteilung der Studienteilnehmenden in die Interventions- und Kontrollgruppe zu erreichen, wird wie in der Fachliteratur empfohlen (Schulgen & Schmoor, 2007; Schulz & Grimes, 2007) die Methode der Block-Randomisierung angewendet. Diese erfolgt nach Abgabe der informierten Zustimmung, dem Einschluss in die Studie und der Baseline-Erhebung. Die Randomisierung wurde nicht computerbasiert durch eine nicht an der Studie beteiligten unabhängigen Person durchgeführt.

Zur Vorbereitung der Randomisierung und Zuteilung wurden folgende Schritte durchgeführt:

1. Definieren der Blockgrößen pro Studienort: Da zu Beginn der Studie davon ausgegangen wurde, dass in Deutschland zwei Studienzentren teilnehmen, die sich die 10 Studienteilnehmenden aufteilen, wurde die Blockgröße für die beiden Zentren in Deutschland auf n=4 definiert. Für den Studienort Schweiz wurde die Blockgröße auf n=6 festgelegt. Um auf die definierte Anzahl an

Studienteilnehmenden zu kommen, wurden für die Studienzentren in Deutschland drei und in der Schweiz zwei Blöcke vorbereitet.

2. Erstellen einer Zufallszahlenliste für jeden Block entsprechend der Blocklänge mittels Zufallsgenerator.
3. Erstellen einer gleich großen Anzahl an Karten pro Block mit einem Aufdruck, der den Hinweis gab, ob die Zuteilung in die Interventions- oder Kontrollgruppe erfolgen soll. Die Karten wurden in Umschlägen verschlossen verpackt. Diese wurden gemischt und zufällig mit den Zahlen der Zufallszahlenliste pro Block versehen.

Ablauf der Randomisierung und Zuteilung während der Studie:

- Sobald eine Person in die Studie eingeschlossen wurde (Einschlusskriterien erfüllt und Informed-Consent unterschrieben), wurde dies der zuständigen Person gemeldet.
- Die zuständige Person zog einen Umschlag aus dem entsprechenden Block, öffnete ihn und teilte das Ergebnis (Interventions- oder Kontrollgruppe) der für die Studienkoordination zuständigen Person im jeweiligen Zentrum mit.

4.3.5 Rekrutierung

Alle Mitarbeitenden auf den entsprechenden Einheiten in den beiden Kliniken wurden über die Studie und die ungefähren Einschlusskriterien informiert. Dazu erhielten sie einen Flyer mit den wichtigsten Informationen zur Studie, den sie interessierten Patient*innen oder Klient*innen abgeben konnten. Die Mitarbeitenden der Station empfahlen der Study-Nurse dann Patient*innen oder Klient*innen, die übersichtsmäßig den Einschlusskriterien entsprachen und an der Studie interessiert waren. Von diesen wurde eine Liste erstellt. Die Study-Nurse, die nicht zum Behandlungsteam gehörte, klärte dann vor Ort mit den entsprechenden Personen die Einschlusskriterien, informierte sie mündlich und schriftlich über die Pilotstudie und fragte sie zur Teilnahme an. Bei Einverständnis unterschrieben die Studienteilnehmenden die Einverständniserklärung. Die Rekrutierungszeit am Schweizer Studienort lief von November 2020 bis März 2022, also über 15 Monate. Am Studienort in Deutschland konnte wegen Verzögerungen beim Ethikvotum mit der Rekrutierung erst im Juni 2021 begonnen werden. Sie lief bis Mai 2022, also über 12 Monate.

4.3.6 Intervention

4.3.6.1 Erfahrungsfokussierte Beratung bei Stimmenhören

EFC stellt eine Form der psychosozialen Begleitung dar, in der es um die mögliche Integration der oft verstörenden Erfahrung des Stimmenhörens in die eigene

Biografie geht (Romme & Escher, 2013). Neuere Forschungsergebnisse (Corstens et al., 2014, S. S287) bestätigen Erfahrungen von Stimmehörenden, dass Stimmen oft auf ungelöste traumatische, missbräuchliche, Identitäts- oder ähnlich schwierige Konflikte hinweisen. Dies zeigt sich auch daran, dass Stimmen oft dann im Leben auftauchen, wenn Menschen sich einer überfordernden Situation gegenübersehen. Mit diesem Verständnis kann ein konstruktiver Umgang mit den Stimmen gefunden werden, was in der Regel zu einem verringerten Leiden führt.

Die formalisierte EFC-Arbeit (Romme & Escher) beinhaltet das „Maastrichter Interview“, den „Maastrichter Bericht“, das „Maastrichter Konstrukt“ sowie den Stimmendialog.

Maastrichter Interview

Das Maastrichter Interview soll zum einen ein konstruktives Gespräch über die Stimmehörerfahrung ermöglichen und zum anderen, im Sinne einer Informationssammlung, die involvierte stimmehörende Person und die Fachperson dabei unterstützen, sich ein möglichst detailliertes Bild der Stimmenerfahrungen im Lebenskontext der betroffenen Person zu machen. Es beinhaltet folgenden Themen:

1. Art der Erfahrung
2. Eigenschaften der Stimmen
3. Persönliche Stimmehörgeschichte
4. Auslöser der Stimmen
5. Inhalt (was die Stimmen sagen)
6. Theorien über die Stimmen
7. Auswirkungen der Stimmen
8. Gleichgewicht der Beziehung
9. Bewältigungsstrategien
10. Kindheitserfahrungen
11. Behandlungsgeschichte
12. Soziales Netzwerk
13. Fragen

Im Rahmen dieser Informationssammlung sollte so wenig wie möglich interpretiert werden. Es geht in erster Linie um einen sowohl strukturierten wie auch kreativen Prozess zur Erkundung der Stimmen. Dabei kann die Durchführung und die damit einhergehende Strukturierung des Erzählten eine zunehmende Klärung der Erfahrung und Reduzierung des durch die Stimmen verursachten und von vielen betroffenen Personen beschriebenen Durcheinanders bewirken.

Maastrichter Stimmenbericht

Der Maastrichter Stimmenbericht hat die Funktion, das Interview geordnet zusammenzufassen. In der Regel wird der Stimmenbericht von der begleitenden Fachperson geschrieben. Der Text sollte die Erfahrung und die Sprache der stimmenhörenden Person möglichst genau widerspiegeln. Das bedeutet für die Fachperson, den Bericht mit der stimmenhörenden Person so lange zu überarbeiten, bis diese bestätigen kann, dass ihre Erzählungen und Erfahrungen korrekt wiedergegeben werden.

Maastrichter Konstrukt

Das Maastrichter Konstrukt versucht zwei Fragen zu beantworten:

- Wen oder was repräsentieren die Stimmen im Lebenskontext der stimmenhörenden Person?
- Was für Fragen, Probleme oder kritische Situationen sind damit verbunden?

Um diese Fragen zu beantworten, wird aufgrund des Berichtes über die möglichen Funktionen der Stimmen gesprochen. Hier ist das erste Mal die begleitende Fachperson aufgefordert, eine oder mehrere mögliche Interpretationen anzubieten. Die Interpretation wird aber immer nur als Vorschlag angeboten und jede Rückweisung von der stimmenhörenden Person sollte akzeptiert werden. Dies schließt eine prinzipielle Offenheit dahingehend ein, dass es möglicherweise keine Verbindung zum Lebenskontext der Person gibt. Es geht nicht um den Anspruch von Wahrheit oder nicht Wahrheit, sondern mehr darum, ob eine Erklärung aus Sicht der Stimmenhörerin als hilfreich bewertet oder als bedeutsam oder sinnvoll erachtet wird.

Stimmendialog

Beim Stimmendialog geht es darum, mit den Stimmen in einen Dialog zu treten (Corstens & Romme, 2004). Theorien, die hinter diesem Ansatz stehen, gehen u.a. zurück in die Psychologie des Selbst oder des Ichs in der Psychoanalyse (Jung), Gestalttherapie und Transaktionsanalyse (Corstens et al., 2012, S. 2). Stone and Stone (1989) beschreiben entgegen der Annahme einer einzigen monolithischen, ungeteilten Identität eine Methode, wie mit den verschiedenen Selbst (in engl.: selves) in einen Dialog getreten und so deren verschiedene Rollen und bestehende innere Konflikte erforscht werden kann. Diese Selbst werden auch „innere Stimmen“ genannt. Sie gehen davon aus, dass diese Stimmen aus individuellen Lebenserfahrungen entstehen und ein System verschiedener innerer Stimmen bilden, mit denen wir uns teilweise identifizieren können. Einige werden auch abgelehnt. Voice Dialogue als Methode im Umgang mit diesen inneren

Stimmen unterstützt die Betroffenen darin, sich mehr und mehr diesen inneren Teilpersönlichkeiten anzunehmen und sie im Kontext des Lebens zu verstehen. Von Stimmenhörenden aber auch Therapeuten wurde dieser Ansatz auch im Umgang mit extern wahrgenommenen Stimmen eingesetzt und als sehr hilfreich empfunden (Corstens et al., 2012, S. 3). Es werden zwei verschiedene Arten von Dialogen empfohlen.

- **Indirekter Stimmendialog:** Die Beratungsperson spricht zur Stimme. Die stimmenhörende Person horcht, was die Stimme dazu sagt und gibt es dann möglichst genau in ihren Worten wieder.
- **Direkter Stimmendialog:** Die Beratungsperson spricht zur Stimme. Die stimmenhörende Person antwortet direkt mit dem, was die Stimme sagt. Es wird empfohlen, dass sich die stimmenhörende Person dafür an einen Ort im Raum setzt, den sie als am passendsten für die entsprechende Stimme empfindet.

Der direkte Stimmendialog wird von den Stimmenhörenden teilweise als beängstigend wahrgenommen, da ein eigener Kontrollverlust befürchtet wird. Deshalb ist mit der stimmenhörenden Person gut zu klären, zu was sie sich imstande fühlt.

Grundhaltungen und Grundannahmen

In der Literatur werden verschiedene Grundhaltungen und -annahmen zu EFC beschrieben, die Schnackenberg und Burr Schnackenberg and Burr (2017, S. 32 ff.) folgendermaßen zusammenfassen:

- **Es gibt keine falschen oder kranken Gedanken, Emotionen, Stimmen** oder ein falsches oder krankes Erleben.
- **Menschen können ihr Leiden selbst überwinden.** Der stimmenhörenden Person mit der Zuversicht begegnen, dass sie stark genug ist, ihr Leiden zu überwinden.
- **Jedes Verhalten einer Person macht Sinn**, auch wenn im Moment nicht alles verstehbar ist. Letztlich stellt dieses Verhalten immer den bestmöglichen Versuch dar, sich selbst und die eigenen Gefühle und Gedanken auszudrücken. Somit machen auch die Stimmen Sinn.
- **Den Sinn der Stimmen definieren die Stimmenhörenden.** Interpretationen durch die beratende Person sollten angeboten und etwaige Ablehnungen dieser Interpretationen durch die stimmenhörende Person sollten jederzeit akzeptiert werden.

- **Courage zeigen.** Erfahrungen mit Stimmen sind oft beängstigend und anstrengend. Indem Fachpersonen Vertrauen in ihr eigenes Durchhaltevermögen und das der Stimmenthörer demonstrieren, laden sie diese ein, sich selbst und dem Leben zu vertrauen.
- **Widerstand ist nicht typisch, aber normal.** Immer wieder kommt es vor, dass Stimmenthörer*innen sich nicht auf die EFC-Beratung einlassen wollen. Zunächst einmal gilt es, das zu respektieren. Im Regelfall stecken aber Ängste dahinter. Es gilt sie zu entdecken und ihnen vertrauenswürdig zu begegnen.

Umfang und Dauer

Im Rahmen dieser Studie wurde die EFC-Beratung folgendermaßen angeboten:

- während maximal 20 Wochen
- maximal 20 Sitzungen insgesamt
- maximal 2-mal pro Woche
- maximal 60 Minuten pro Woche
- minimal 15 Minuten und maximal 60 Minuten pro Sitzung

Diese Angaben sind als Richtwerte zu verstehen, widerspiegeln in etwa die Vorgaben der Pilotstudie (Schnackenberg et al., 2016) und sollen auch die Umsetzbarkeit in der Praxis berücksichtigen. Von der beratenden Person wurde die Anzahl Sitzungen und die Minuten pro Sitzung laufend erfasst und dokumentiert.

4.3.6.2 Die EFC-Schulung

Alle Pflegefachpersonen, die in der Studie die EFC-Beratung als Intervention durchgeführt haben, absolvierten die sechstägige dreiteilige Grundausbildung in erfahrungsfokussierter Beratung bei Stimmenthören sowie einen zweitägigen Workshop in Stimmendialog, so wie sie vom EFC-Institut standardmäßig angeboten wird (Schnackenberg, 2013):

Teil 1: Vermittlung von theoretischen und praktischen Grundlagen zu einem konstruktiven Umgang mit den Stimmen. Als Hilfsmittel dafür dient das Arbeitsbuch „Stimmenthören verstehen und bewältigen“ von Coleman und Smith Coleman and Smith (2014).

Teil 2: Vermitteln und Üben des Maastrichter Stimmenthörerinterviews und des Maastrichter Stimmenberichtes in Theorie und Praxis.

Teil 3: Vermitteln und Üben eines systematischen und praktischen Zugangs zur Dekodierung der Stimmen. Mithilfe der Erstellung eines Konstruktes können die

beiden Fragen beantwortet werden, wen und welche Probleme die Stimmen repräsentieren.

Zu Teil 2 und 3 bildet das Buch „Stimmenhören verstehen“ (Romme & Escher, 2013) die Grundlage.

Stimmendialog Workshop: Vermitteln der theoretischen Grundlagen und Grundannahmen des Stimmendialoges und Üben der Methode.

Supervision: Während der Weiterbildung und über die gesamte Dauer der Studie erhielten die EFC-Berater*innen Supervision durch einen EFC-Supervisor. Während der Schulung fand die Supervision jeweils zwischen den vier Weiterbildungsteilen statt. Während der Durchführung der EFC-Beratung im Rahmen der Studie war die Inanspruchnahme von Einzel- und Gruppensupervisionen verpflichtend und sollte mindestens drei Mal und insgesamt für mindestens drei Stunden in Anspruch genommen werden. In den Supervisionsterminen ging es um folgende Inhalte:

- Beantwortung und Bearbeitung von Fragen der Beratenden aus der Praxis
- Einschätzung des Supervisors bezüglich der richtigen Anwendung des Ansatzes
- Geben von Hinweisen zu Änderungen oder Anpassungen aufgrund der Erzählungen der EFC-Beratenden durch den Supervisor

Die Supervision wurde telefonisch oder per Videogespräch zu individuell vereinbarten Zeitpunkten angeboten. Die in Anspruch genommenen Supervisionsleistungen pro Intervention wurden von den EFC-Beratenden in der Studiendokumentation erfasst.

4.3.6.3 Überprüfung der Behandlungsintegrität der EFC-Beratenden

Die Behandlungsintegrität oder auch Therapietreue sollte in Interventionsstudien erhoben werden, um den erwarteten Effekt auch wirklich der Intervention zuordnen zu können (Perepletchikova, 2009). Behandlungsintegrität wird in der Literatur in den drei verschiedenen Aspekten Adhärenz, Differenzierbarkeit und Kompetenz beschrieben (Weck et al., 2011). Adhärenz meint das Ausmaß, in dem der Therapeut die Interventionen anwendet, wie sie im Behandlungsmanual beschrieben sind. Die Differenzierbarkeit definiert, inwiefern sich die Behandlung von anderen Behandlungsformen unterscheidet (falls unterschiedliche Behandlungen durchgeführt werden; ist in dieser Untersuchung nicht der Fall) und die Kompetenz meint, dass der Therapeut die Interventionen auch gekonnt umsetzt. Gemäß den Empfehlungen von Weck et. al. (2011) sind in der

vorliegenden Studie für die Überprüfbarkeit der Behandlungsintegrität die beiden Bereiche Adhärenz und Kompetenz relevant.

Definition der Behandlungsintegrität:

Adhärenz beschreibt, inwieweit die verschiedenen Teile der EFC-Beratung wie Interview, Bericht, Konstrukt sowie Stimmendialog eingesetzt werden.

Kompetenz ist die Fähigkeit und das Geschick des EFC-Beratenden, die Intervention kompetent unter Berücksichtigung der beschriebenen Grundhaltungen und -annahmen durchzuführen.

Messung der Behandlungsintegrität

Da kein spezifisches Instrument zur Erfassung der Behandlungsintegrität bei EFC-Beratung vorlag und die Entwicklung eines solchen aufgrund mangelnder Ressourcen nicht möglich war, wurde entschieden, ein pragmatisches Vorgehen anzuwenden. Im Rahmen der Supervisionstermine beurteilt der Supervisor die Adhärenz und Kompetenz der EFC-Beratenden und dokumentiert diese Einschätzung. Zusätzlich wird von den EFC-Beratenden auf einem Erfassungsbogen jeweils die Anwendung der entsprechenden Teile der Intervention pro Termin erfasst.

Supervision als Stärkung der Behandlungsintegrität

Supervision, wie sie in dieser Studie als Teil der Intervention vorgesehen ist, wird als wichtiger Teil zur Verbesserung der Behandlungsintegrität angesehen (siehe auch Ausführungen bei der Beschreibung der Supervision im Kapitel 4.3.6 Die EFC-Schulung).

4.3.6.4 Die EFC-Beratenden

Als EFC-Beratende wurden in dieser Studie Pflegefachpersonen zugelassen, die diese oder ähnliche Beratungen in der realen Praxis auch anbieten würden. Dabei wurde als Bedingung in der Schweiz mindestens ein Pflegefachdiplom einer höheren Fachschule (HF) oder Fachhochschule (FH) festgelegt und in Deutschland dementsprechend ein Fachkrankenpflegediplom oder ein Bachelordiplom.

4.3.6.5 Kontrollintervention: Übliche Behandlung

Aus Ressourcengründen, aber auch weil es in der Interventionsforschung üblich ist, wurde auf eine aktive Kontrollintervention verzichtet. Übliche Behandlung bedeutet, dass die Studienteilnehmenden, die der Kontrollgruppe zugeteilt wurden, weiterhin die Behandlung und Unterstützung erhielten, wie das auch schon zuvor üblich war.

4.3.7 Evaluation der Studie

4.3.7.1 Qualitative Evaluation der Pilotstudie

Ursprünglich war eine umfassendere qualitative Evaluation mit Fokusgruppeninterviews geplant. Diese wurde aber durch die Ethikkommission nicht bewilligt mit der Begründung, dass die zusätzliche Belastung für die Studienteilnehmenden nicht gerechtfertigt sei.

Um einen Teil der Fragenstellungen bezüglich der Durchführbarkeit der Pilotstudie zu beantworten, wurde eine qualitative Evaluation aus Sicht der Studienteilnehmenden durchgeführt. Diese befasst sich mit den folgenden Themen:

- Belastung der Studienteilnehmenden durch die Teilnahme an der Studie insgesamt
- Belastung in den und durch die Assessmenttermine
- Inhaltliche Fokussierung der Fragebögen und Evaluation
- Änderungs- und Anpassungsvorschläge zur Studie insgesamt sowie zu den Inhalten der Fragebögen und Assessmentinstrumente

Die Fragen wurden beim Messzeitpunkt nach Abschluss der Intervention (T2) bearbeitet. Die im Gespräch mit den Studienteilnehmenden erhaltenen Antworten werden von der Person, die die Assessments durchführt, auf einem entsprechenden Formular dokumentiert.

Die in Fließtext erfassten Antworten der Studienteilnehmenden werden aufgeteilt in Interventions- und Kontrollgruppe inhaltlich zusammengefasst und pro Thema kurz beschrieben.

4.3.7.2 Quantitative Evaluation der Intervention

Die vorliegende Studie beinhaltet die Verwendung von Messinstrumenten für eine quantitative Evaluation zur Wirksamkeit der Intervention, wie das auch in einer allfälligen Folgestudie der Fall wäre. Hier werden die entsprechenden Endpunkte, die dafür verwendeten Fragebögen sowie die durchzuführenden Analysen beschrieben. Tabelle 9 gibt eine Übersicht über die verschiedenen Messzeitpunkte und die entsprechend verwendeten Messinstrumente.

Primäres Ergebniskriterium

Stimmenhören

Als primäres Ergebniskriterium wird *Stimmenhören* definiert. Dabei geht es um verschiedene qualitative Aspekte der Stimmen. Das *Stimmenhören* wird mit der deutschen Version (Kronmüller et al., 2011) der Psychotic Symptom Rating Scale

(PSYRATS) (Haddock et al., 1999 & Faragher, 1999) erhoben. Die PSYRATS erfasst den Wahn (nicht geteilte Realitäten) und akustische Halluzinationen (Stimmenhören) bei Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose in zwei Subskalen. Die Skala zur Erfassung der akustischen Halluzinationen resp. der Stimmen wird als PSYRATS-AH bezeichnet. Das Stimmenhören wird im Rahmen eines semistrukturierten Interviews in den folgenden elf Dimensionen in Bezug auf die Erfahrungen der letzten Woche erfasst: Häufigkeit, Dauer, Ort, Lautstärke, Vorstellungen über die Ursache der Stimmen, das Ausmaß negativer Inhalte der Stimmen, Grad negativer Inhalte, Höhe der Belastung, Intensität der Belastung, Lebensbeeinträchtigung, Kontrollierbarkeit der Stimmen sowie einer beschreibenden Auflistung der verschiedenen Stimmen. Bei den Fragen nach den Ursachen sowie nach der Lautstärke der Stimmen sollte allerdings die momentane Einschätzung der Person erfragt werden. Die Einschätzungen erfolgen jeweils auf einer Skala von 0 bis 4 (0=kein/schwächster Ausprägungsgrad; 4=stärkster Ausprägungsgrad). Durch die Ergebnisse der parametrischen Testung der deutschen Version des PSYRATS (Kronmüller et al., 2011) kann für die PSYRATS-AH die interne Konsistenz mit einem Cronbachs Alpha von 0.75 bei einer sehr guten Interrater-Reliabilität (ICC-Wert: 0.98) als gut bezeichnet werden. Auch die inhaltliche Validität des Gesamtsummenscores kann mit signifikanten Werten beim Vergleich mit anderen relevanten Instrumenten als gut bezeichnet werden. Das ursprünglich angenommene Drei-Faktoren-Modell (Haddock et al., 1999) konnte in der auf Deutsch übersetzten Version nicht bestätigt werden. Die entsprechende Analyse ergab ein Vier-Faktoren-Modell mit den folgenden Subskalen: emotionale Aspekte, körperliche Aspekte und Kontrolle sowie kognitive Interpretation.

Die PSYRATS gilt als ein weit verbreitetes Instrument, um das Ausmaß des Leidens durch die und den Umgang mit den Stimmen zu erfassen. Neben den einzelnen Items und Faktoren kann auch ein Gesamtsummenscore errechnet und genutzt werden.

Sekundäre Ergebniskriterien

Gefühl der Kontrollierbarkeit

Zur Einschätzung des Gefühls der Kontrollierbarkeit resp. zur Kontrollüberzeugung bezüglich der Stimmen wurde die Multidimensional Health Locus of Control Scale Form C (MHLC Form C) verwendet. Dabei handelt es sich um einen weit verbreiteten Selbsteinschätzungsbogen zur Messung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung. Sie wurde von Wallston et al. (1978) entwickelt und validiert und beinhaltet drei Subskalen. Bei der Internalität (IHLC) geht es darum, wie stark

die Überzeugung ist, dass man selbst Einfluss auf oder Kontrolle über seine Gesundheit hat. Die zufällige Externalität (CHLC) schätzt ein, inwiefern man Veränderungen bezüglich der Gesundheit dem Glück oder dem Zufall zuschreibt und bei der Andere-Personen-Externalität (PHLC) geht es um den Einfluss von anderen Personen im Umfeld auf die eigene Gesundheit. Die angepasste Form C wurde später als allgemeines Instrument zur Einschätzung der Kontrollüberzeugung bei Erkrankungen wie Diabetes oder chronischen Schmerzen entwickelt (Wallston et al., 1994). Dabei wurde die Subskala PHCL auf drei Items reduziert und eine neue, drei Fragen beinhaltende Subskala hinzugefügt, bei der es um die Einschätzung des Einflusses der Ärztin oder des Arztes resp. von medizinischen Fachpersonen bezüglich der Krankheit oder dem Symptom geht. Die Autoren empfehlen, dass bei der Verwendung des Instruments in einem spezifischen Bereich (wie hier beim Stimmenhören) bei den Items der Begriff *Erkrankung* mit dem entsprechenden Phänomen oder der entsprechenden spezifischen Erkrankung ersetzt werden soll (Wallston, 2013, S. 1267). Gemäß einer persönlichen Mitteilung des Autors (siehe Schnackenberg (2017a, S. 104) sei die Skala bisher nicht in Studien in der Psychiatrie verwendet oder in dieser Population spezifisch psychometrisch getestet worden. Die MHLC Form C wurde von Schnackenberg (2017a, S. 105) im Rahmen seiner Dissertation ins Deutsche übersetzt. Dabei wurde anstatt dem weit verbreiteten Übersetzungs- und Rückübersetzungsansatz der von Harkness (2003) beschriebene Expertenkomitee-Ansatz gewählt.

Die MHLC Form C besteht aus 18 Items auf einer 6-stufigen Likert-Skala. Die Antworten reichen von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 6 (stimme voll und ganz zu). Die Skala besteht aus den bereits beschriebenen vier Subskalen. Höhere Werte in jeder der vier Unterskalen (Intern: Selbst; Extern: Zufall – Glück; Extern: andere Personen und Extern: Ärzt*innen) weisen auf einen stärkeren Glauben an den Bereich der jeweiligen Unterskala in Bezug auf die Kontrolle über Gesundheit und Krankheit hin (Wallston, Stein und Smith, 1994).

Personal Recovery

Personal Recovery wurde mit der Questionnaire About the Process of Recovery (QPR) gemessen (Law et al., 2014). Der QPR ist ein Selbsteinschätzungsbogen, der unter Einbezug von Menschen mit eigener Krankheits- und Genesungserfahrung mit Psychose entwickelt wurde. In einer systematischen Übersichtsarbeit (Shanks et al., 2013) wurde er als einziges Instrument zur Messung von Recovery definiert, das alle fünf von Leamy et al. (2011) identifizierten zentralen Aspekte von Recovery (CHIME-Framework)

berücksichtigt. Die Version von Law et al. (2014) entstand im Rahmen einer psychometrischen Testung des Originalfragebogens (Neil et al., 2009). Die im Original postulierte Zwei-Faktoren-Struktur konnte nicht bestätigt werden. Aufgrund von schlechter Face-Validität und tiefen Ladungen auf die Ein-Faktoren-Struktur (Trennschärfe, korrigierte Item-Skala-Korrelation <0.60) wurde der Fragebogen um 7 auf 15 Items reduziert. Diese 15 Items bestehen aus Aussagen, die auf einer 5-Stufigen Skala von 0 (Stimme gar nicht zu) bis 4 (Stimme voll zu) eingeschätzt werden. Ein höherer Gesamtscore deutet auf eine stärkere Ausprägung von Recovery hin. Die Testung der englischsprachigen 15-Items-Version (Law et al., 2014) zeigt gute Werte bezüglich interner Konsistenz (Cronbachs Alpha: 0.93) und Test-Retest-Reliabilität ($r=0.70$). Zur inhaltlichen Validität zeigten die Analysen hohe Korrelationen mit verschiedenen anderen Instrumenten. Höhere Werte bei Recovery (QPR) waren mit einem höheren positiven Selbstwertgefühl und einer höheren Funktionsfähigkeit verbunden sowie mit einer Abnahme der Werte für allgemeine Psychopathologie, Hoffnungslosigkeit und Depression (CDSS). Im Rahmen einer Studie (Elhilali et al., in Review) wurde der QPR auf Deutsch übersetzt und psychometrisch getestet. Die interne Konsistenz zeigte mit einem Cronbachs Alpha von 0.93 einen ähnlichen Wert wie in der Originalversion. Insgesamt waren die Ladungen der einzelnen Items etwas tiefer als in der Originalversion (Trennschärfe, korrigierte Item-Skala-Korrelation 0.49 bis 0.73), jedoch hatten alle außer Item 2 Werte von über 0.52 und können demnach als gut eingeschätzt werden (Kelava & Moosbrugger, 2012, S. 86). Es wurden in dieser Studie keine Analysen zur Sensitivität resp. Test-Retest-Reliabilität und inhaltlicher Validität durchgeführt.

Subjektiver Sinn

Um den Sinn und die Bedeutung der Stimmenhörfahrung und den dazugehörenden Aspekten zu messen, wurde der Fragebogen zum Subjektiven Sinn von Psychosen (SUSI) verwendet (Bock et al., 2014a). Die Skala ist ein Selbsteinschätzungsinstrument und wurde im Rahmen eines Triolog-Forschungsprojekts für Menschen mit Psychose-Erfahrung unter Einbezug von Betroffenen und Angehörigen entwickelt. Sie misst verschiedene Aspekte der Erfahrung und Bedeutung von Psychosen innerhalb von fünf Subskalen, die positive und negative Bedeutungen im Verlauf psychotischer Phasen darstellen. Diese sind auf die drei Zeitebenen vergangene und gegenwärtige Erfahrung sowie zukünftige Erwartungen aufgeteilt. Die in dieser Studie verwendete gekürzte Version des Originals (Klapheck et al., 2012) besteht aus 28 Items in den folgenden fünf Subskalen, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala beantwortet

werden: biografische Integration; positive und negative, belastende Erfahrungen der Symptome (z.B. Stimmenhören); positive und negative Folgen der Psychose. Die interne Konsistenz kann mit einem Cronbachs Alpha zwischen 0.73 und 0.86 als zufriedenstellend bis gut bewertet werden. Die Test-Retest-Reliabilität liegt nach sechs Monaten zwischen 0,66 und 0,84 (Bock et al., 2014a, S. 86). Für die Konstruktvalidität wurde der Zusammenhang der Subskalen mit verschiedenen Coping-Stilen berechnet (Klapheck et al., 2012, S. 68 f.). Es zeigte sich, dass unabhängig von der Schwere der Störung die Bewältigungsstrategie des religiösen Glaubens und der Suche nach Sinn signifikant mit einer stärkeren Zustimmung zu den drei SUSI-Subskalen der positiven Bedeutung *Attribution auf Lebensereignisse* ($r=0.32$), *positives Erleben der Symptome* ($r=0.24$) und *positive Auswirkungen der Psychose* ($r=0.49$) in Zusammenhang stehen. Dagegen stand ein depressiver Coping-Stil eher im Zusammenhang mit *negativem Symptomerleben* ($r=0.19$) und *negativen Auswirkungen der Psychose* ($r=0.52$). Zudem bestehen starke korrelative Zusammenhänge zwischen den Subskalen *Attribution auf Lebensereignisse* und *konstruktive Auswirkungen* ($r=0.49$) und *positives Symptomerleben* und *konstruktive Auswirkungen* ($r=0.44$) sowie zwischen *negativem Symptomerleben* und *destruktiven Auswirkungen* ($r=0.39$) (Bock et al., 2014a, S. 87).

Tabelle 9: Ergebnisvariablen, Messinstrumente und Messzeitpunkte

Ergebnisvariablen	Messinstrumente	T0	T1	T2	T3
Soziodemografische und gesundheitsbezogene Daten	Selbstentwickelter Fragebogen	X	X	X	X
Art und Belastung der Stimmen	Psychotic Symptom Rating Scale PSYRATS	X	X	X	X
Gefühl der Kontrollierbarkeit	Fragebogen zur Erhebung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (MHLC, Form-C)	X	X	X	X
Recovery	Questionnaire about the process of Recovery (QPR)	X		X	X
Sinnhaftigkeit	Hamburger Fragebogen zu subjektivem Sinn und Bedeutung von Psychosen (SuSi)	X		X	X
Antipsychotische Medikation	Anzahl Neuroleptika und Chlorpromazin-Äquivalenzdosen	X		X	X
Psychopathologie	Brief Psychiatric Rating Scale Expanded (BPRS-E)	X		X	X

Psychopathologie

Entgegen den theoretischen Annahmen hängt die Subskala *unbelastete Vergangenheit* mit keiner der anderen Subskalen zusammen (Ebd.).

Die *Psychopathologie* wurde mit der Brief Psychiatric Rating Scale – Expanded Version (BPRS-E) erhoben (Velligan et al., 2005; Ventura et al., 1993). Diese misst das *allgemeine Ausmaß der psychischen Störung* in den vier Dimensionen Angst und Depression, Anergie (emotionale Abflachung, Zurückgezogenheit u.a.), positive Symptome (akustische Halluzinationen, Denkstörung u.a.) sowie Aktivierung, Feindseligkeit und Misstrauen. Es ist eine sehr häufig eingesetzte Skala zur Einschätzung der Psychopathologie. Dabei werden 24 Aussagen (Items) auf einer 7-stufigen Likert-Skala von 1 = *nicht vorhanden* bis 7 = *extrem stark* eingeschätzt. Werte von ≥ 4 werden als klinisch relevant eingestuft. Eine Studie zur psychometrischen Testung resp. zur Reliabilität und Validität einer deutschen Version liegt nicht vor. Es wird aber angenommen, dass es eine solche gibt, da diese beispielsweise schon in einer Studie in Deutschland verwendet wurde (Schaub et al., 2013). Die deutsche Version der ursprünglichen BPRS-Version mit 18 Items bestätigte die vier Faktoren der englischen Version und weist bezüglich interner Konsistenz Cronbachs Alpha von 0.65 bis 0.71 auf (Maß et al., 1997).

Weitere erfasste Daten

Soziodemographische und gesundheitsbezogene Daten: Zur Beschreibung der Vergleichbarkeit der Gruppen, zum Einbeziehen allfälliger beeinflussender Faktoren bei der Analyse sowie zur Beschreibung von Veränderungen über die Zeit zwischen den beiden Gruppen werden die folgenden Daten erfasst. Die Auswahl orientiert sich an ähnlichen Interventionsstudien in der Psychiatrie (Beebe et al., 2011; Crowe et al., 2012) und an der Pilotstudie von Schnackenberg et al. (2016):

- **Alter:** in Jahren
- **Geschlecht:** männlich, weiblich, anderes
- **Zivilstand:** ledig, verheiratet, getrennt, geschieden, verwitwet, anderes
- **Wohnsituation:** allein, mit Partner, mit Partner und Kindern, nur mit Kindern jeweils mit oder ohne Unterstützung (ambulante psychiatrische Pflege, Wohnunterstützung u.a.); in betreuter WG oder Wohnheim offen (mit Anwesenheits- / Schlafbereitschaft); anderes
- **Bildungsstatus** (höchster Bildungsabschluss): kein Schulabschluss; Grund- / Hauptschule; Realschule (mittlere Reife); Gymnasium (Abitur); Berufslehre;

Berufs-, Berufsfach- oder Handelsschule; Fachschule; Fachhochschule; Universität; Promotion; anderes

- **Arbeitsstatus:** Vollzeitstelle; Teilzeitstelle; arbeitslos, Arbeitslosengeld; berentet (Invalidenversicherung, Hartz IV u.a.); pensioniert; anderes
- **Hauptdiagnose ICD-10:** nach Hauptgruppen F1-F9
- **Dauer mit Diagnose:** Anzahl an Jahren seit aktuelle Hauptdiagnose gestellt
- **Alter bei Beginn des Stimmenhörens:** in Jahren
- **Alter beim ersten Kontakt mit psychiatrischer Dienstleistung:** in Jahren
- **Anzahl stationäre Aufenthalte in den letzten 12 Monaten:**
- **Stationäre Aufenthalte:** Anzahl insgesamt; Anzahl in den letzten 12 Monaten
- **Antipsychotische Medikation:**
 - aktuelle Anzahl verschiedener antipsychotischer Medikamente (Neuroleptika)
 - Chlorpromazin-Äquivalenzdosen (CPÄD). Diese werden mit der aktualisierten Umrechnungstabelle von Stefan Leucht der Technischen Universität München berechnet (Klinikum rechts der Isar, 2022). Die Umrechnungstabelle zu den CPÄD basiert auf dem Artikel von Leucht et al. (2016) und entspricht den neusten Erkenntnissen bezüglich Umrechnung von Medikamentendosen in eine vergleichbare Äquivalenzdosis.

Erfassung Anzahl und Zeit für EFC und TAU: In der Interventionsgruppe wurden von den Durchführenden der EFC-Beratungen folgende Angaben erfasst:

- Anzahl der Sitzungen
- Dauer pro Sitzung
- Teil der Intervention, der in der entsprechenden Sitzung angewendet wurde
- Anzahl Termine und Zeit für die Pflege außerhalb der Intervention (TAU)

In der Kontrollgruppe wurden von den Bezugspersonen oder Studienkoordinator*innen folgende Angaben erfasst:

- Anzahl an pflegerischen Terminen und Dauer dieser während der Interventionszeit von 20 Wochen (TAU)

Erfassung von unerwünschten Ereignissen: In einem Formular wurden alle Studienabbrüche sowie auch unerwünschten Ereignisse wie Wiederaufnahmen, Krisen und andere von den Teilnehmenden geäußerten unerwünschten Ereignisse inkl. die dazu geäußerten Gründe erfasst.

4.3.7.3 *Study-Nurse, Studienkoordination und Rater-Training*

Wie von Schnackenberg et al. (2016) empfohlen wurde pro Studienort eine Studienassistentenperson (Study-Nurse, SN) eingesetzt. Diese erhob an den geplanten Messzeitpunkten die Daten mithilfe der definierten Instrumente und unterstützte die Teilnehmenden beim Ausfüllen der Selbsterfassungsbögen. Die Erfassung der Instrumente geschah verblindet, insbesondere bei den Messzeitpunkten im weiteren Verlauf der Studie nach der Baseline resp. nach der randomisierten Zuordnung in die beiden Gruppen. Das bedeutet, dass die SN nicht wusste, welcher Gruppe die Studienteilnehmenden zugeordnet waren, die sie befragte. Um eine möglichst hohe Interrater-Reliabilität der Messungen zu erreichen, absolvierten die SN angelehnt an das Vorgehen in der bestehenden Pilotstudie (Schnackenberg et al., 2016) ein Rater-Training. Mithilfe von Schulungsvideos zu den beiden Fremdeinschätzungsinstrumenten (PSYRATS und BPRS-E) wurden die Einschätzungen geübt. Auf der Basis von Testdurchläufen wurde zum Schluss die Interrater-Reliabilität zwischen den Einschätzungen der geschulten Personen und den Einschätzungen von erfahrenen Ratern berechnet. Dieser Goldstandard wurde durch die Einschätzung von drei erfahrenen Kontrollratern ermittelt. Dabei handelte es sich um einen erfahrenen Psychiater, eine erfahrene Psychotherapeutin sowie einen Pflegewissenschaftler mit langjähriger klinischer Erfahrung. Von den drei Einschätzungen wurde jeweils der Median-Wert pro Item für den Goldstandard übernommen. Für die Berechnung der Interrater-Reliabilität wurde wie von Hemmerich (2019) empfohlen die Cohen's Kappa verwendet. Ziel war es, mindestens einen Übereinstimmungswert von 0.6 zu erreichen, da ein solcher als substantielle Übereinstimmung gewertet werden kann (Landis & Koch, 1977, S. 165). Bei Nichterreichen wurde mit den entsprechenden Ratern geschaut, wo die größten Abweichungen waren. Sie schauten sich die Instruktionen noch einmal an und führten die Testbewertung des Schulungsvideos erneut durch.

4.3.8 Hypothesen und statistische Verfahren

Wie bei Pilotstudien üblich (Arain et al., 2010) steht auch bei dieser Studie nicht das Hypothesentesten im Vordergrund. Deshalb wurde auf eine Power-Analyse verzichtet und die Stichprobenzahl bezieht sich auf andere Aspekte (siehe Stichprobe). Trotzdem werden nun die beiden Hypothesen beschrieben, welche das Vorgehen und die Analyse in einer folgenden Hauptstudie leiten sollten.

4.3.8.1 Hypothesen

Die Belastung und das Bewältigen der Stimmenhörfahrung der davon betroffenen Personen nach der Intervention ist das Hauptergebnis dieser

Pilotstudie. Diese werden mit dem PSYRATS-Fragebogen erfasst. Es werden folgende statistische Hypothesen aufgestellt:

H0 (Nullhypothese): Zwischen den Patientinnen und Patienten aus der Interventionsgruppe (EFC) und denen aus der Kontrollgruppe besteht kein Unterschied in Bezug auf die Veränderung der Belastung und Bewältigung der Stimmenhörfahrung zu den verschiedenen Messzeitpunkten.

H1 (Alternativhypothese): Bei den Patientinnen und Patienten aus der Interventionsgruppe (EFC) zeigt sich bei den Messzeitpunkten während und nach der Intervention eine weniger ausgeprägte Belastung in Bezug auf die Stimmenhörfahrung und sie können besser mit den Stimmen umgehen als die Patientinnen und Patienten aus der Kontrollgruppe.

4.3.8.2 Analyse

Im Sinne einer ersten explorativen Datenanalyse werden die Daten deskriptiv ausgewertet und pro Messzeitpunkt (Baseline vor der Intervention (T0), während der Intervention (T1: nach 10 Wochen) und nach Abschluss der Intervention (T2: nach 20 Wochen)) und pro Gruppe dargestellt. Kategoriale Daten werden in absoluten und relativen Häufigkeiten (n, %), metrische Daten in Mittelwerten (mw), Standardabweichungen (sd) und Spannbreiten (range) dargestellt. Veränderungen über die Zeit werden mit Differenzen zwischen den Messzeitpunkten abgebildet. Zum Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe zu Beginn der Studie (T0) werden die soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Daten sowie auch die Daten der standardisierten Instrumente verglichen. Bei normalverteilten metrischen Daten wird dafür ein Mittelwertvergleichstest (t-Test) angewendet, bei verteilungsfreien Daten ein Mann-Whitney-U-Test (Rangsummen-Test) (Methodenberatung, 2022b). Bei kategorialen Variablen (nominal- oder ordinalskalierte) wird dafür ein Chi-2-Test mit der Korrektur nach Yates ($n < 20$) oder der exakte Test nach Fischer (erwartete Zellohäufigkeiten sind ≤ 5) verwendet (Methodenberatung, 2022a). Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS Version 27 von IBM durchgeführt.

4.3.9 Ablauf der Studie

Nach dem positiven Votum der zuständigen Ethikkommission und der entsprechenden Zustimmung des Studienortes resp. der Klinikleitung, in der die Studie durchgeführt wurde, konnte mit der Studie begonnen werden. Die entsprechenden Fachpersonen in der Klinik wurden von einem Studienmitarbeiter über den Start informiert. Die für die EFC-Beratung definierten Personen waren entweder schon ausgebildet oder erhielten einen durch die Studie finanzierte

Weiterbildung in EFC und Stimmendialog. Die SN sowie die Studienkoordinator*innen erhielten eine Schulung zur Ablauf- und Koordinationsplanung des gesamten Prozesses von der Meldung von potenziellen Studienteilnehmenden durch die entsprechende Stelle in der Institution (Aufnahme Team oder Teamleiter der Einheiten) bis zur Erfassung der jeweiligen Daten bei Studien- resp. Interventionsende sowie die Schulung bezüglich Anwendung der Messinstrumente. Nach der Schulung und Evaluation des Rater-Trainings wurde mir der Rekrutierung begonnen. Folgend wird der Prozess des Einschlusses in die Studie, der Zuteilung in die entsprechende Gruppe sowie der Durchführung der Intervention und der Erfassung der Daten zu den weiteren Messzeitpunkten beschrieben.

1. Meldung einer potenziell geeigneten Person durch die an den Studienorten definierten Personen, anhand einer groben Überprüfung der Einschlusskriterien. Nach der Zustimmung der potenziellen Studienteilnehmer*in an einem Informationsgespräch teilnehmen zu wollen, wurde dies der SN gemeldet.
2. Die SN überprüfte die Einschlusskriterien. Falls diese zutrafen, wurde das Informationsgespräch durchgeführt und die Studieninformationen abgegeben. Die schriftliche Studieneinwilligung wurde danach innerhalb von drei Tagen eingeholt.
3. Sobald die schriftliche Studieneinwilligung unterschrieben vorlag, führte die SN die Baseline-Erhebung (T0) durch. Nach Abschluss der T0-Erhebung wurde die für die unabhängige Zuteilung zuständige Stelle informiert und führte die randomisierte verdeckte Zuteilung der TN in die entsprechende Gruppe durch.
4. Nach der Zuteilung erhielt die für die Studienkoordination zuständige Person die Mitteilung direkt von der entsprechenden Stelle und informierte den oder die EFC-Berater*in. Diese startete innerhalb einer Woche mit der Intervention.
5. Entsprechend der definierten Frist für die T1-Erhebung (nach 10 Wochen) beziehungsweise der T2-Erhebung (nach 20 Wochen) wurden die weiteren Erhebungen durch die SN mit den TN geplant und durchgeführt. Die SN informierte die TN bei jedem Termin, dass sie nicht darüber informiert werden darf, in welcher Gruppe die TN eingeteilt wurden.
6. Bei einem Abbruch oder bei sonstigen negativen unerwünschten Ereignissen wurde der oder die Studienkoordinator*in informiert und füllte das dafür vorgesehene Formular aus.

Es war geplant, die Rekrutierung zu beenden, sobald die angestrebte Zahl an TN erreicht war.

4.3.10 Ethische Überlegungen

4.3.10.1 Patienteninformation und Einverständniserklärung

Die Durchführung der Studie oblag der Zustimmung der für den Studienort zuständigen Ethikkommission. Für den Studienarm in der Schweiz handelte es sich um die Kantonale Ethikkommission Bern (Gesundheits- Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (GSI), 2022). Beim Studienort in Deutschland war es die Ethikkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelms-Universität (Westfälische Wilhelms-Universität Münster, 2022). Für beide Studienorte liegt ein Ethikvotum der entsprechenden Kommission vor; in Bern unter der Registrierungsnummer 2019-0109, in Deutschland unter 2021-001-f-S. Die finalen Voten sind im Anhang E zu finden. Die Studie wurde gemäß den Vorgaben und Gesetzen der beiden Länder, in Übereinstimmung mit den Prinzipien der Deklaration von Helsinki (World Medical Association, 2013) und den Richtlinien der Good Clinical Practice (International council for harmonisation of technical requirements for pharmaceuticals for human use (ICH), 2016) durchgeführt. Alle TN wurden über die Art und den Zweck der Studie, die Intervention, die voraussichtliche Dauer, die potenziellen Risiken und den Nutzen sowie alle Unannehmlichkeiten, die sie mit sich bringen kann, mündlich und schriftlich informiert. Die schriftliche Einverständniserklärung (siehe Anhang F) musste unterzeichnet abgegeben werden, bevor mit der Durchführung der studienrelevanten Befragung begonnen werden konnte. Alle Teilnehmenden hatten das Recht, ihre Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen. Es wurde gewährleistet, dass ein solcher Rückzug keinen Einfluss auf die weitere Behandlung und Betreuung der entsprechenden Person haben wird. Die Studie wurde bei BioMed Central unter der folgenden Nummer registriert: ISRCTN17990518.

4.3.10.2 Risiken

Eine umfassende Risikoanalyse sowie der Umgang mit diesen Risiken wurden in den beiden Ethikanträgen umfassend beschrieben. Dabei handelt es sich um folgende Aspekte zur Sicherheit und einzuhaltenden Regularien:

- Monitoring und Umgang mit schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen
- Vorzeitige Beendigung der Studie
- Versicherung der Studienteilnehmenden
- Qualitätssicherung und -überprüfung zur Durchführung der Studie
- Datenerhebung, -ablage und -archivierung sowie das dazu verwendete Datenmanagementsystem

Diese sind im Studienprotokoll des Ethikantrags des Schweizerstudienarms in Bern in den Kapiteln 5 bis 7 beschrieben. Das Protokoll wurde mit einigen Anpassungen unter Berücksichtigung der landesspezifischen Gesetze und Regularien für die deutsche Studienseite übernommen und von der entsprechenden Kommission gutgeheißen.

Trotzdem soll an dieser Stelle noch auf allfällige spezifische Risiken der Intervention eingegangen werden. Bei der in der Studie untersuchten Intervention handelt es sich um eine psychosoziale Beratungsintervention, die von den Prinzipien her psychologischen oder auch pflegerischen Interventionen ähnelt, die bereits in der klinischen Praxis eingesetzt werden wie beispielsweise der pflegerischen Adherence-Therapie (Schulz et al., 2013) oder kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen (Klingberg et al., 2012). Daraus geht hervor, dass nicht mit einem direkten Schaden oder Nebenwirkungen durch die Intervention gerechnet werden musste. Dies zeigen auch Erfahrungen verschiedener in EFC ausgebildeten Berater*innen sowie die Pilotstudie von Schnackenberg et al. (2016). Trotzdem ist davon auszugehen, dass die vertiefte Auseinandersetzung mit den Stimmen anspruchsvoll ist und es dabei zu Krisen kommen kann. Sollte es im Rahmen der Beratungen zu einer klinischen Verschlechterung oder sonstigen Problemen kommen, sollte der behandelnde Psychiater, die behandelnde Psychiaterin oder auch andere Fachpersonen, welche nicht Teil der Studie, aber in die direkte Behandlung und Betreuung involviert sind, einbezogen werden. Dabei kann mit den entsprechenden Teilnehmenden der Ausstieg aus der Studie diskutiert werden. Dieses Vorgehen wurde im Rahmen der Studieninformation mit den Teilnehmenden besprochen.

4.3.10.3 Erwarteter Nutzen

Bei der geplanten Studie kann neben den identifizierten Risiken auch ein Nutzen für die involvierten stimmenhörenden Teilnehmenden, für die Fachpersonen als Beratende, für die Institutionen aber auch für die Pflege als Beruf identifiziert und beschrieben werden.

Erwarteter Nutzen für die involvierten stimmenhörenden Teilnehmenden

- Das Erhalten einer Beratung zum Thema Stimmenhören, die zumindest als EFC nicht zur Standardbehandlung gezählt werden kann.
- Die Beratung kann für die Teilnehmenden dazu führen, dass sie einen besseren Umgang mit den Stimmen entwickeln können und dass sich das Leiden bezüglich der Stimmen verringert.

- Durch die Teilnahme tragen sie dazu bei, eine Intervention bezüglich ihrer Effektivität zu untersuchen. Sich dafür zur Verfügung zu stellen und ein Teil eines „Projektes“ zu sein, kann ein Zugehörigkeitsgefühl auslösen sowie dazu führen, sich nützlich zu fühlen.

Erwarteter Nutzen für teilnehmende Fachpersonen / Institutionen

- Die Fachpersonen erhalten eine Weiterbildung, die ihre Beratungsfertigkeiten zum Thema Stimmenhören verbessert. Dies kann dazu führen, dass sie sich als Fachperson kompetenter fühlen und auch andere Mitarbeitende im Umgang mit Stimmenhörenden unterstützen können.
- Die Fachpersonen haben die Möglichkeit, sich im Rahmen einer Studie für die Weiterentwicklung einer psychosozialen Intervention zur Verfügung zu stellen. Ein Teil eines „Entwicklungsprojektes“ zu sein, kann ein Zugehörigkeitsgefühl auslösen sowie dazu führen, sich nützlich zu fühlen.
- Die Klinik erhält die Möglichkeit, im Rahmen der Studie eine neue Intervention systematisch einzuführen und umzusetzen. Gegen innen kann dies zu einer besseren Qualität bei der Behandlung und Unterstützung von Menschen führen, die Stimmen hören und darunter leiden. Dies kann auch gegen außen wirken, indem die Behandlung in der Klinik als fortschrittlich und qualitativ gut wahrgenommen wird.

Erwarteter Nutzen für die Pflege

- Auch wenn es für andere Fachpersonen möglich ist, die EFC-Beratung als Intervention anzubieten oder durchzuführen, scheint es einige schon genannte Gründe zu geben (u.a. Alltagsorientierung, Beziehungsgestaltung als zentrale Kompetenz), die dafürsprechen, dass die Pflege dafür prädestiniert ist. Dies kann dazu beitragen, dass die Pflege als eine Profession wahrgenommen wird, die auch auf Interventionsebene spezifische inhaltliche Unterstützungsarbeit leisten und somit einen wichtigen Beitrag bei der Unterstützung von Menschen mit psychischen Problemen übernehmen kann.
- Interventionsstudien in der Pflege sind immer noch rar. Diese Studie kann dazu beitragen, den nationalen und auch internationalen Forderungen (Bekhet et al., 2018; Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP/APSI, 2019) nachzukommen, mehr in diesem Feld zu forschen. Zudem kann mit dieser Studie ein kleiner Beitrag zur Verbesserung der Erfahrungen und Erkenntnisse geleistet werden, wie in der realen Praxis solche Studien effizient durchgeführt werden können.

4.3.11 Kosten und Finanzierung

Es wurde geplant, die nicht gedeckten Kosten für die Studie über Drittmittel zu finanzieren. Die nicht gedeckten Kosten können in die folgenden Bereiche eingeteilt werden:

- Study-Nurse: zeitlicher Aufwand für die Schulung sowie die Durchführung der Assessments
- EFC-Beratende: mehrteilige Weiterbildung sowie der zeitliche Aufwand für die Durchführung der EFC-Beratungen in der Interventionsgruppe
- Studienkoordination: zeitlicher Aufwand der Studienkoordinator*in, sofern dieser nicht vom Projektleiter (Doktorand) abgedeckt werden konnte

Dafür wurden verschiedene Gesuche an Stiftungen und andere Institutionen zur finanziellen Unterstützung gestellt (einfache Kostenaufstellung siehe Anhang G).

Tabelle 10: Ablaufplan der Studie vom 2019 bis 2022

Jahr	2019		2020				2021				2022		
Quartal	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3
Vorbereitungsphase (inkl. Ethikantrag)													
Schulung Pflegende													
Schulung SN													
Rekrutierungsphase inkl. IC und T0*													
T1-T3 Messungen*													
Analyse und Berichterstattung													

* IC = Informed-Consent; T0 = Baseline-Messung; T1 = Messung nach 10 Wochen; T2 = Messung nach 20 Wochen; T3 = Follow-up-Messung 6 Monate nach T2

4.3.12 Zeitplanung, Meilensteine

Für die Studie wurde einerseits eine grobe Gesamtplanung erstellt (Tabelle 10). Diese beinhaltete die Vorbereitungsphase, die Schulung der EFC-Beratenden sowie der SN, die Rekrutierungs- und Interventionsphase inkl. der Baseline-Erhebungen (T0), die Datenerhebungsphasen T1-T3 und die Analyse- und Berichterstattungsphase. Weiter wurde eine Detailplanung erstellt, die alle verschiedenen Arbeiten mit einem beschreibenden Titel sowie den genauen Angaben zu den jeweiligen Zeitpunkten enthielten (siehe Anhang H).

4.4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie beschrieben und dargestellt. In einem ersten Teil werden die verschiedenen Fragen zur Evaluation der

Durchführung der Pilotstudie beantwortet (siehe Kapitel 4.2 Zielsetzung und Fragestellungen). Danach folgt die Beschreibung der EFC-Beratenden, die Ergebnisse bezüglich deren Behandlungsintegrität sowie die Analyse des Trainings der SN bezüglich der Einschätzungen mit Hilfe der Fragebögen. Zum Abschluss wird die Stichprobe bei Baseline beschrieben und über die Ergebnisse (soziodemografische und gesundheitsbezogene Daten und standardisierte Fragebögen) zwischen den beiden Gruppen über die verschiedenen Messzeitpunkte berichtet. Wegen dem verzögerten Start der Rekrutierung durch die Corona-Maßnahmen sowie dem Ethikvotum in Deutschland und einer entsprechenden Verlängerung der Rekrutierungszeit bis März resp. Mai 2022 beziehen sich die Resultate auf aller Studienteilnehmenden, von denen bis am 30. April 2022 die Daten der T2 Messung vorlagen. Eine Analyse und Publikation der gesamten Daten ist nach Abschluss der Follow-up Messungen (T3) aller Studienteilnehmenden im Frühjahr 2023 geplant.

4.4.1 Evaluation der Durchführung der Pilotstudie

4.4.1.1 Rekrutierung

Anzahl Studienteilnehmende und Studienorte

Zwischen November 2020 und Mai 2022 konnten in den beiden Studienzentren 21 Studienteilnehmende in die Studie eingeschlossen werden. Am Studienort in Deutschland waren es 10 Studienteilnehmende innerhalb von 12 Monaten, in der Schweiz 11 über 15 Monate. Beim Studienzentrum in Deutschland wurde auf fünf psychiatrische Akutstationen mit Kapazitäten von zwischen 21 bis 26 Betten und einer psychiatrischen Institutionsambulanz (PIA) rekrutiert. Vier TN wurden ambulant rekrutiert. Von diesen wurden bei dreien die ganze Studie ambulant durchgeführt. Bei einer gab es einzelne Termine, die auch stationär stattgefunden haben, wegen einer regelmäßig stattfindenden stationären Behandlung. Die restlichen TN wurde alle stationär rekrutiert und die Studie wurde stationär begonnen. Bei einer TN wurde die Studie nach der Hälfte der Zeit im ambulanten Bereich fortgesetzt und abgeschlossen. Bei den restlichen fand der Großteil der Studien im stationären Bereich statt. In der Schweiz waren zu Beginn zwei sozialpsychiatrischen Ambulanzen in der Gemeinde involviert mit ungefähr 350 Patient*innen, die da eine Behandlung und Unterstützung wegen psychischen Problemen erhielten. Nach der Hälfte der Rekrutierungszeit, kam dann noch eine dritte ähnliche Ambulanz dazu. Alle TN wurden ambulant rekrutiert und auch die Studie bei allen auch in diesem Setting durchgeführt und abgeschlossen.

Ablehnungen zur Teilnahme, Dropouts, Aufhebung der Verblindung und SAE's

Am Studienort in der Schweiz wurde eine systematische Erfassung vorgenommen, von der ersten Information mittels Flyer über die Überprüfung der Einschlusskriterien und die umfassende Studieninformation bis hin zum Einschluss in die Studie. Am Studienort in Deutschland wurde nur die Anzahl an mittels Flyer informierten potenziellen Studienteilnehmenden erfasst und die in die Studie eingeschlossenen. Ab dem Einschluss in die Studie wurden alle Dropouts mit Gründen erfasst. Von den 21 eingeschlossenen Studienteilnehmenden konnten die Daten von 14 Personen in die Analyse zum Messzeitpunkt nach Intervention (T2) verwendet werden. 4 Teilnehmende haben die Studie abgebrochen (Interventionsgruppe n=2; Kontrollgruppe n=1) und bei dreien war der Zeitpunkt für den T1 oder T2 Assessmenttermin noch nicht fällig (siehe Flow-Chart Abbildung 5; da der Autor dieser Arbeit beim Studienzentrum in der Schweiz auch die Funktion als Rater innehatte, wurden diese Daten bei T2 nicht getrennt nach Gruppe ausgezählt und dargestellt, um die Verblindung nicht aufzuheben). Die Gründe für den Abbruch bei T1 waren in der Interventionsgruppe ein schweres unerwünschtes Ereignis (gemäß Einschätzung vor Ort keine Verbindung mit der Intervention wahrscheinlich) sowie bei einer Person die Befürchtung, dass die EFC-Beratung zu einer Verstärkung der negativen Stimmen führen könnte. In der Kontrollgruppe war der Grund fehlende Motivation. Der Abbruch bei T2 wurde nicht nach Gruppe erfasst und ebenfalls mit fehlender Motivation begründet. Bei drei Studienteilnehmenden wurde die Verblindung aufgehoben (Studienorte: D = 1; CH = 2). In zwei Fällen handelte es sich um TN der Interventionsgruppe und in einem um die Kontrollgruppe. Gründe für die Aufhebung waren je einmal, dass die TN die Zuteilung im Rahmen eines Assessment-Termins offenbarte, die Abklärung eines schweren, unerwünschten Ereignisses (SAE), was die Aufhebung erforderte sowie dass eine andere Person im Kontakt mit TN sich in Anwesenheit der SN versprach. Im Verlaufe der Studie wurden zwei SAE's registriert, analysiert und der entsprechenden Ethikkommission gemeldet. Bei beiden Vorfällen handelte es sich um TN der IG. Nach der Analyse kam man in beiden Fällen zum Schluss, dass der Vorfall mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mit der Intervention in Zusammenhang stand. Eine TN wurde danach von der Studie ausgeschlossen, da einige Einschlusskriterien über eine längere Zeit nicht eingehalten werden konnten.

4.4.1.2 Bewertung der Assessmentinstrumente und Durchführung der Studie durch Studienteilnehmende

Zum Messzeitpunkt nach Intervention (T2) wurden die Studienteilnehmenden bezüglich ihrer Einschätzung zu den Assessmentterminen und -instrumenten

sowie auch etwas allgemeiner zur Studie befragt. Im Folgenden werden die Rückmeldungen inhaltlich zusammengefasst, aufgeteilt in Interventions- und Kontrollgruppe.

Rückmeldungen der Studienteilnehmenden der Interventionsgruppe (n=6)

Zeitlicher Aufwand und Belastung allgemein: Vier Teilnehmende empfanden die Studie als Ganzes nicht belastend. Sie wurde als gut bewältigbar und nicht zu aufwändig eingeschätzt. Einmal wurde geäußert, dass es Sinn mache, an solchen Studien mitzumachen. Zwei Personen fanden, die Teilnahme habe ihnen geholfen und sei spannend gewesen. Eine Person erläuterte, dass ihr die Gespräche und die Tipps zum Stimmenhören geholfen hätten und sie ein ganz anderer Mensch geworden sei. Sie spreche jetzt mit den Stimmen und frage was los sei. Zwei Teilnehmende fanden die Teilnahme an der Studie aufwändig und belastend. Diese Belastung sei verbunden mit dem eigenen Zustand. Insbesondere zu Beginn der Studie, als es einer Teilnehmenden noch nicht so gut ging, empfand sie die Termine als sehr anstrengend. Die andere Person verband die Belastung mit den teilweise sehr persönlichen Fragen und einem Ungleichgewicht zwischen der Beratungsperson und ihr als Teilnehmenden bezüglich den Informationen zur Studie.

Zeitlicher Aufwand und Belastung Assessmenttermine: Vier Teilnehmende empfanden die Assessmenttermine während der Studie nicht als aufwändig und belastend resp. gut bewältigbar. Die benötigte Konzentrationsfähigkeit sei da gewesen. Zudem seien die Fragebögen hilfreich gewesen, die eigene Situation zu evaluieren. Doch auch wenn es gut bewältigbar gewesen sei, wurden die Termine von einer Person als anstrengend empfunden. Eine weitere empfand die Termine als recht lang und vor allem zu Beginn der Studie sei sie dabei an ihre Grenzen gestoßen. Zudem hätten sie die Fragebögen inhaltlich an Themen und Erlebnisse in ihrer Vergangenheit, die sie beschäftigten, herangeführt. Dies sei nicht immer einfach gewesen.

Verbesserungsvorschläge: Vier Teilnehmende fanden, es gäbe nichts zu verändern. Eine Person fand es wichtig, möglichst viele Personen zu einer Teilnahme an einer solchen Studie motivieren zu können, so dass sich diese Art der Unterstützung für Betroffene stärker verbreitet. Eine andere Person betonte, dass es ihr sehr geholfen habe, dass alles bei ihr zu Hause durchgeführt werden konnte, da sie nicht mobil sei. Zudem sei es gut, dass alles schriftlich dokumentiert worden sei und sie dies dann bei sich zu Hause gehabt habe.

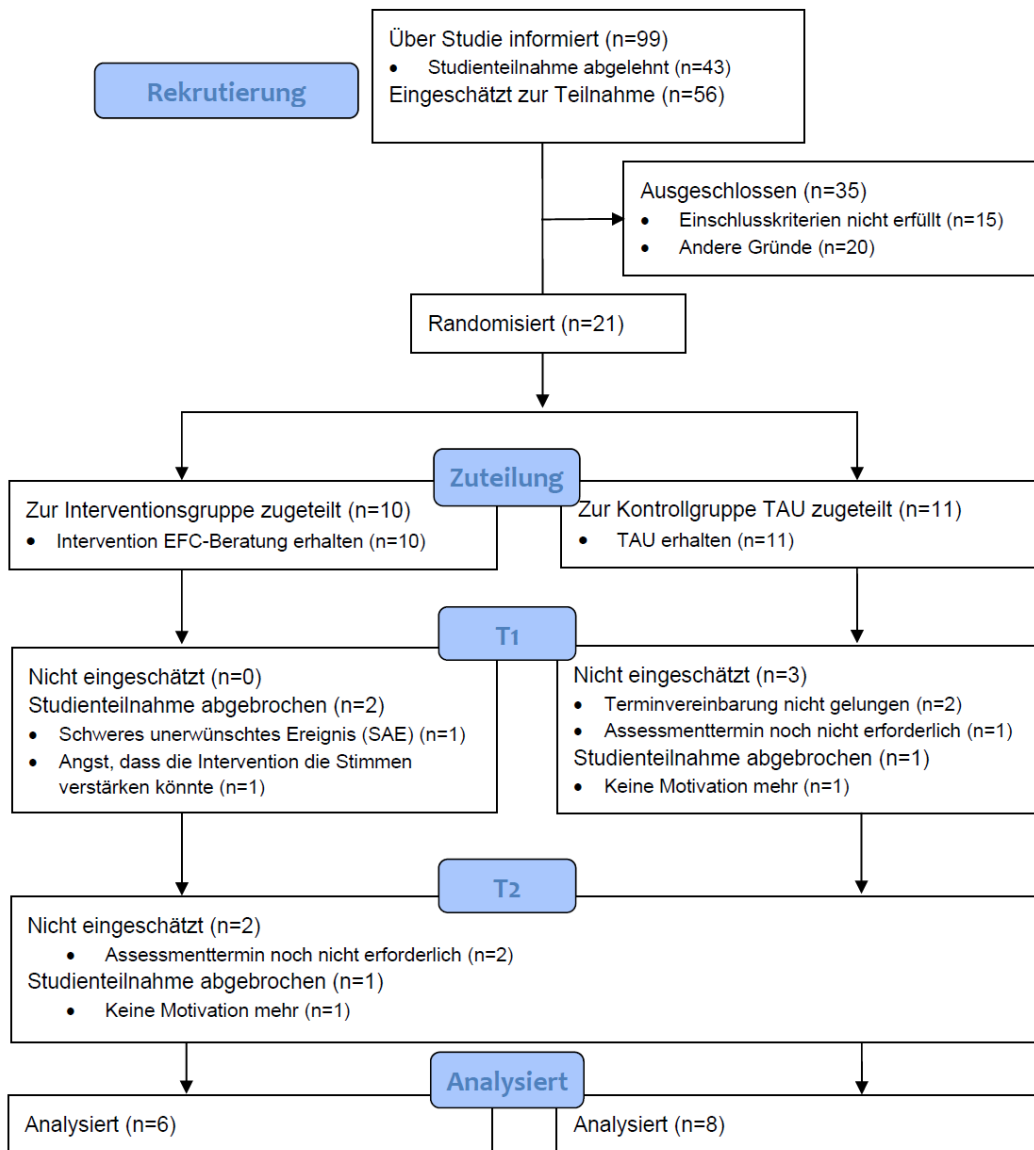


Abbildung 5: Flussdiagramm von der Studieninformation bis zur Analyse

Bezüglich Veränderungsideen äußerten sich zwei Personen. Eine fand die Fragebögen inhaltlich gut und passend, empfahl aber ergänzend, mit den Teilnehmenden den Prozess zu evaluieren. Man könnte mit den Personen, die die Intervention bekommen haben, schauen, was im Prozess geholfen hat und was allenfalls auch herausfordernd und schwierig war. Zudem fand sie die Vorgabe von 20 Wochen und 20 Terminen zu starr und würde sich mehr Flexibilität wünschen, so dass die Intervention den Bedürfnissen der Stimmenthörenden besser angepasst werden könne. Eine andere Person würde sich noch mehr Möglichkeiten wünschen, Themen und Inhalte aus dem Interview für sich bearbeiten zu können, ohne alles im Gespräch mit der Fachperson teilen zu müssen.

Rückmeldungen der Studienteilnehmenden der Kontrollgruppe (n=8)

Zeitlicher Aufwand und Belastung allgemein: Grundsätzlich wurde der Aufwand von allen in einem gut machbaren Rahmen eingeschätzt. Die Teilnahme sei keine große Belastung gewesen und auch nicht zu umfangreich.

Zeitlicher Aufwand und Belastung Assessmenttermine: Fünf Teilnehmende gaben an, dass die Assessmenttermine – wenn auch teilweise etwas anstrengend – vom Umfang und der Belastung her gut bewältigbar gewesen seien. Eine Person fand es spannend und hilfreich, sich mit den Fragen auseinanderzusetzen. Als hilfreich wurde es auch eingeschätzt, dass man die Möglichkeit hatte, die Fragen in einem Gespräch zu beantworten und die Fragebögen nicht einfach allein auszufüllen. Die Fragen resp. die Fragebögen würden die wichtigen Themen behandeln. Zwei Personen empfanden die Fragebogentermine etwas viel, teilweise zu lang und anstrengend. Eine Person fand es sprachlich recht anspruchsvoll, obwohl sie gut deutsch versteht.

Verbesserungsvorschläge: Drei Personen machten einen Vorschlag für Verbesserungen oder Anpassungen. Eine schlug vor, bei der Evaluation noch mehr auf den Prozess, den die Teilnehmenden machen, zu fokussieren und auch darauf, wie es den TN gelingt, die Stimmen zu akzeptieren. Eine weitere empfahl die Anzahl Fragebögen zu reduzieren. Zudem gab es einen Hinweis auf zwei kleine Fehler beim SuSi-Fragebogen (ein Satz nicht zu Ende geschrieben; bei einer Frage fehlte die Skala).

4.4.1.3 Kostenberechnung und Finanzierung der Studie

Gesamtkostenberechnung

Zur Berechnung der Vollkosten der Studie wurde eine Excel-Vorlage des Departements Gesundheit der Berner Fachhochschule genutzt, die den Vorgaben und Berechnungsgrundlagen des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der Forschung entsprach. In die Berechnung wurden möglichst alle Personalkosten inkl. aller Arbeiten des Doktoranden, allfällige Beratungs- und Unterstützungsleistungen des Erstgutachters und anderen Personen sowie alle Materialaufwendungen einbezogen. Gemäß dieser Berechnung belaufen sich die Kosten zur Durchführung einer solchen Pilotstudie auf CHF 185'895. Eine Übersicht der Kostenberechnung befindet sich im Anhang G.

Berechnung und Einwerbung von Drittmittel

Ein Teil der berechneten Kosten der Studie musste über Drittmittel gedeckt werden. Dabei handelt es sich um folgende Bereiche:

- personelle Unterstützung in den Kliniken bei der Rekrutierung und Studienkoordination
- Durchführung der Assessmenttermine, Erfassung der entsprechenden Parameter zu den verschiedenen Messzeitpunkten
- Finanzierung der EFC-Schulung und Supervision für die Pflegefachpersonen
- Entschädigung des zeitlichen Aufwands der Pflegefachpersonen für die EFC-Beratung, da diese im Rahmen der Forschung in der Regel nicht über die Krankenkasse abgerechnet werden kann

Für die Gesuchstellung bei Stiftungen wurde eine einfache, übersichtliche und nachvollziehbare Berechnung der oben genannten Kosten erstellt (Anhang G). In der Phase der Gesuchstellung bezog sich diese noch auf die angestrebte Anzahl von 40 Studienteilnehmenden. Diese Berechnung beinhaltete Kosten im Umfang von ca. CHF 92'000 (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Übersicht Kostenaufstellung EFC-Studie für Finanzierungsgesuche

Nr.	Art des Aufwands	Betrag in CHF
a)	Personalaufwand Study-Nurse	23'520
b)	Weiterbildung EFC-Beratung für Pflegefachpersonen	28'500
c)	Entschädigungen zeitlicher Aufwand für die Beratungsgespräche	24'300
d)	Material Kosten	15'700
Total		92'020

Zur Finanzierung der Studie wurden 15 Gesuche an verschiedene Stiftungen geschrieben. Zur Findung von neuen noch nicht bekannten Stiftungen mit entsprechendem Stiftungszweck sowie zur Identifikation der aktuellen Angaben zu den Stiftungen wurde ein aktuelles Schweizer Stiftungsregister (StiftungSchweiz, 2022) verwendet. Von sechs Stiftungen kam keine Antwort oder das schriftliche Gesuch wurde zurückgeschickt, weil die Adresse nicht mehr aktuell war. Weitere sechs Stiftungen lehnten eine finanzielle Unterstützung ab. Drei Stiftungen kamen dem Gesuch nach und stimmten einer Unterstützung zur Finanzierung der Studie mit einem Gesamtbetrag von CHF 54'500 zu. Dabei handelt es sich um die Ebnet-Stiftung (2022), die Stiftung der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), 2022) sowie die Swierstra-Stiftung (Hans & Annelies Swierstra Stiftung, 2022).

4.4.1.4 Einsatz von Studienkoordinatorin und Study-Nurse

Durch die Drittmittelfinanzierung war es möglich, an beiden Studienorten eine Studienkoordinatorin einzusetzen, die u.a. folgende Aufgaben übernahm:

- Unterstützung bei der Rekrutierung vor Ort in den verschiedenen Einheiten der jeweiligen Klinik (Abgabe von Flyern, Erinnerung an die Studie in Rapporten und Sitzungen der Fachpersonen u.a.)
- Organisation der Zuteilung der Studienteilnehmenden in der Interventionsgruppe zu den EFC-Beratenden die noch freie Kapazitäten haben
- Erfassung der Zeit bezüglich pflegerischer Beratung und Unterstützung in der Kontrollgruppe (TAU)
- Überprüfung der Einschlusskriterien, Durchführung der Studieninformation und Einholung der schriftlichen Zustimmung sowie Durchführung der Baseline-Erhebung (nur am Studienort in D)

Am Studienort in Deutschland konnte zusätzlich eine Study-Nurse eingesetzt werden. Diese übernahm die Erhebung der Daten zu den Messzeitpunkten T1-T3. In der Schweiz übernahm ich als Doktorand die Erhebung der Daten zu allen Messzeitpunkten.

Die klare Trennung der Studienkoordination und der Study-Nurse resp. der Person, die für die Datenerhebung zuständig war, ermöglichte die Verblindung der datenerhebenden Person. An beiden Studienorten kam es während der ganzen Erhebungszeit bis Ende Mai 2022 (insgesamt 50 Assessmenttermine) zu je einer Offenlegung der Zuteilung gegenüber der datenerhebenden Person.

Tabelle 12: Beschreibung der EFC-Beratenden (Interventionisten)

EFC-Beratende	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Total (n=4)
Studienort	CH	CH	D	D	Mittelwert
Alter in Jahren	59	58	36	56	52.3
Geschlecht m/w	w	w	m	w	-
Berufserfahrung in Jahren					
• Gesamt	26	36	11	28	25.3
• Aktuelle Stelle	4	19	11	24	14.5
EFC WB abgeschlossen vor Anzahl Jahren	4	5	1	1	2.8
Anzahl EFC-Beratungen durchgeführt vor Studienstart	2	1	2	1	1.5
Ausbildung					
• Diplom (HF)	X	X			2
• Bachelor (FH)			X	X	2
WB Zusatz ja/nein	ja	Ja	Nein	Nein	2
• Name	Erw. Bildnerin	MAS MH ^a	-	-	

^a Master of Advanced Studies in Mental Health

4.4.2 Die EFC-Beratenden

Die EFC-Beratung im Rahmen der Studie wurde von vier Pflegefachpersonen durchgeführt. Die zwei am Studienort in der Schweiz hatten eine Diplomausbildung in Pflege sowie zusätzlich eine Weiterbildung abgeschlossen.

Die zwei am Studienort in Deutschland besaßen ein berufsqualifizierendes Bachelordiplom. Im Durchschnitt waren sie 52.5 Jahre alt und 14.5 Jahre an der aktuellen Stelle tätig. Das EFC-Training hatten sie im Durchschnitt knapp drei Jahre vor Studienstart abgeschlossen und zwischen ein und zwei EFC-Beratungen durchgeführt, bevor sie die Arbeit in der Studie begonnen hatten (siehe Tabelle 12).

4.4.3 Die Intervention – Durchgeführte EFC-Beratungen

Zum Zeitpunkt der Analyse waren sechs EFC-Beratungen abgeschlossen (siehe Abbildung 6). Ein Dokumentationsbogen einer Beratung wurde nicht fristgerecht eingereicht. Deshalb konnte dieser bei der differenzierten Auswertung nicht berücksichtigt werden. Die sechs abgeschlossenen EFC-Beratungen verteilten sich im Durchschnitt auf 15.5 Termine die durchschnittlich 56.5 Minuten dauerten. In durchschnittlich 10 Terminen würde mit dem Masstrichterinterview gearbeitet, in je vier Terminen ging es um den Bericht und das Konstrukt und durchschnittlich knapp drei Terminen wurde mit Stimmendialog gearbeitet - wobei dies nur bei vier der fünf Beratungen der Fall war, resp. in einer nicht mit Stimmendialog gearbeitet wurde (Tabelle 13).

Tabelle 13: Übersicht Anzahl an und Zeit für EFC-Beratungen

Variable	N	Min.	Max.	Mittelwert	SD
Anzahl EFC Beratungen pro Intervention	6	10	21	15.5	5.32
Dauer der Termine in min.	5	35	120	56.5	8.22
Anzahl Termine Mastrichterinterview	5	6	17	10.0	4.63
Anzahl Termine Mastrichterbericht	5	3	5	4.0	1.00
Anzahl Termine Mastrichterinterkonstrukt	5	2	6	4.0	1.87
Anzahl Termine Stimmendialog	5	0	8	2.8	3.11

Die geplante Erfassung der beanspruchten Zeit der Kontrollgruppe zeigte sich in der Realität nicht umsetzbar. Einerseits weil es schwierig zu operationalisieren war, welche Leistungen oder Termine man erfassen sollte (z.B. nur Pfliegertermine oder auch solche bei Sozialarbeit oder Psycholog*innen). Andererseits war es für die Studienkoordination nicht möglich die Daten zu bekommen, weil es Studienteilnehmende gab, die nur an der Studie teilnahmen und sonst nicht mehr bei der entsprechenden Institution in Behandlung waren.

4.4.4 Supervision und Behandlungsintegrität der EFC-Beratenden

4.4.4.1 Supervision der EFC-Beratenden

Alle EFC-Beratenden nahmen wie vereinbart die angebotenen Supervisionstermine in Anspruch. Bei der Analyse wurden alle bis zu diesem Zeitpunkt beendeten und begonnenen EFC-Interventionen und die entsprechenden Supervisionstermine einbezogen. Pro EFC-Intervention nahmen die EFC-Berater*innen zwischen 180 und 360 Minuten resp. 3 und 6 Stunden Supervision (SV) in Anspruch (Tabelle 14). Unter Berücksichtigung der durchschnittlich 15 Termine von knapp einer Stunde pro EFC-Intervention (siehe Tabelle 13), kommt man so auf zwischen 12 bis 24 Minuten Supervision pro EFC-Termin.

Tabelle 14: Übersicht Supervision für EFC-Interventionen

EFC-Berater*in	Studien -ort	Anzahl EFC-Interventionen	Anzahl SV-Termine	SV-Zeit in h	SV-Zeit in min. / EFC-Intervention
1	CH	2	7	7	210
2	CH	2	6	6	180
3	CH	1	6	6	360
4	DE	3.5	17	18.1	310
5	DE	0.5	2	2	240
Durchschnitt		1.8	7.6	7.8	260

4.4.4.2 Überprüfung der Behandlungsintegrität

In den Supervisionen berichteten die EFC-Beratenden von ihren Fortschritten und aufkommenden Fragen, die in der Anwendung des Ansatzes aufgekommen waren. Die Rückmeldung des Supervisors zeigt, dass sich alle EFC-Beratenden an das ansatzspezifische Verfahren hielten, so wie es im Studienprotokoll gefordert wurde. Gleichzeitig ließen sie sich vom übergeordneten Prinzip leiten, dem natürlichen Tempo der jeweiligen stimmenhörenden Person zu folgen. Die aufkommenden ansatzspezifischen Fragen können als innerhalb des zu erwartenden normalen Rahmens für EFC-Beratende eingeschätzt werden, da sie alle ziemlich neu in der Anwendung des Ansatzes waren.

4.4.5 Qualität der Assessoren

Die Cohen's Kappa Werte bezüglich der Interrater-Reliabilität zwischen den Studienratern und dem Goldstandard lagen beim Instrument zur Einschätzung des Stimmenhörens (PSYRATS) zwischen 0.59 und 1.0 und bei der allgemeinen Psychopathologie (BPRS-E) zwischen 0.45 und 0.61 (Tabelle 15 & 16).

4.4.6 Beschreibung der Stichprobe

4.4.6.1 Soziodemografische Angaben

Bei der Baseline-Erhebung waren die Studienteilnehmenden im Durchschnitt 43.9 Jahre alt und zu knapp zwei Drittel (61.9%) weiblich. Als Geburtsland nannten etwas mehr als ein Drittel (38.1%) nicht Deutschland oder die Schweiz, sondern die Türkei, Kasachstan, Mexiko, Sri Lanka, Thailand, Brasilien oder die Elfenbeinküste. Sieben Studienteilnehmende (33.3%) gaben als höchsten Bildungsabschluss die Grundschule an, neun (42.9%) eine abgeschlossene Berufslehre oder eine Berufsfachschule. Die restlichen Teilnehmenden (14.3%) hatten das Abitur oder einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. 18 (85.7%) waren ledig, 17 (80.9%) lebten in irgendeiner Wohnform mit Unterstützung und zwei Drittel (66.7%) waren berentet (siehe Tabelle 17).

Tabelle 15: Interrater-Reliabilität PSYRATS

PSYRATS	Goldstandard	Rater ID1	Rater ID5	Rater ID8
Item 1	4	4	4	4
Item 2	4	4	4	4
Item 3	3	3	3	3
Item 4	4	4	4	4
Item 5	2	2	2	2
Item 6	3	3	3	3
Item 7	4	4	4	4
Item 8	4	4	4	3
Item 9	3	3	3	3
Item 10	2	2	2	2
Item 11	3	3	3	2
Gesamtscore	36	36	36	34
Cohen's Kappa	-	1	1	0.593
z-Wert	-	4.5	4.5	2.97
p-Wert	-	<.001	<.001	.003

Tabelle 16: Interrater-Reliabilität BPRS-E

BPRSE	Goldstandard	Rater ID1	Rater ID5	Rater ID8
Item 1	5	4	5	5
Item 2	7	7	7	6
Item 3	6	6	6	6
Item 4	4	3	4	4
Item 5	4	4	5	4
Item 6	2	3	2	3
Item 7	3	4	2	2
Item 8	4	2	4	5
Item 9	5	5	5	5
Item 10	6	7	7	5
Item 11	3	5	6	6
Item 12	2	2	2	2
Item 13	1	2	2	1
Item 14	1	1	1	1
Item 15	4	4	3	3
Item 16	4	4	4	5
Item 17	4	6	5	3
Item 18	5	5	5	5
Item 19	4	3	4	5
Item 20	1	1	1	1
Item 21	1	1	1	1
Item 22	5	5	3	5
Item 23	3	4	3	4
Item 24	2	2	2	2
Gesamtscore	86	90	89	89
Cohen's Kappa	-	0.449	0.605	0.453
z-Wert		5.06	7.07	5.26
p-Wert		<.001	<.001	<.001

4.4.6.2 Gesundheitsbezogenen Daten

Etwas mehr als Dreiviertel (76.2%) der Teilnehmenden hatten eine Hauptdiagnose im Bereich Schizophrenie oder Psychose und je zwei Personen (9.5%) eine im Bereich der neurotischen und Persönlichkeitsstörungen. Im Durchschnitt nahmen sie 1.7 verschiedene Neuroleptika ein mit einer durchschnittlichen Chlorpromazin-Äquivalenz-Dosis (CPÄ) von 665 mg pro Tag. Im Durchschnitt hatten sie bisher insgesamt 106 stationäre Aufenthalte hinter sich – 2.6 auf die letzten 12 Monate bezogen. Die Teilnehmenden gaben an, bei Diagnosestellung im Durchschnitt 27.4 Jahre alt gewesen zu sein, beim ersten Kontakt mit der Psychiatrie 25.1 Jahre und 24.8 Jahre beim ersten Mal, als sie Stimmen gehört haben.

Tabelle 17: Soziodemografische und gesund- und krankheitsbezogene Daten T0

	EFC (n=10)	TAU (n=11)	Total (n=21)	p-Wert ^a
Alter <i>mw</i> (range, sd)	47.2 (28-64; 12.8)	40.9 (25-60; 11.0)	43.9 (25-64; 12.1)	0.21
Geschlecht <i>n</i> (%)				0.40
Weiblich	5 (50.0)	8 (72.7)	13 (61.9)	
Männlich	4 (40.0)	3 (27.3)	7 (33.3)	
Anderes	1 (10.0)	-	1 (4.8)	
Nationalität <i>n</i> (%)				0.42
Deutschland	4 (40.0)	6 (54.5)	10 (47.6)	
Schweiz	5 (50.0)	3 (27.3)	8 (38.1)	
Türkei	1 (10.0)	-	1 (4.8)	
Brasilien	-	1 (9.1)	1 (4.8)	
Elfenbeinküste	-	1 (9.1)	1 (4.8)	
Geburtsland <i>n</i> (%)				0.86
Deutschland	3 (30.0)	5 (54.5)	8 (38.1)	
Schweiz	3 (30.0)	2 (27.3)	5 (23.8)	
Andere: Türkei, Kasachstan, Mexiko, Sri Lanka, Thailand, Brasilien, Elfenbeinküste	4 (40.0)	4 (36.4)	8 (38.1)	
Zivilstand <i>n</i> (%)				0.20
Ledig	8 (80.0)	10 (90.9)	18 (85.7)	
Geschieden	2 (20.0)	-	2 (9.5)	
Verheiratet	-	1 (9.1)	1 (4.8)	
Wohnform <i>n</i> (%)				0.49
Allein mit Unterstützung	6 (60.0)	6 (54.5)	12 (57.1)	
Allein ohne Unterstützung	3 (30.0)	1 (9.1)	4 (19.0)	
Betreute Wohngemeinschaft	1 (10.0)	2 (18.2)	3 (14.3)	
Mit Partner*in mit Unterstützung	-	2 (18.2)	2 (9.5)	
Höchster Bildungsabschluss <i>n</i> (%)				0.45
Grundschule / Realschule	5 (50.0)	2 (18.2)	7 (33.3)	
Berufslehre / Berufsfachschule	3 (30.0)	6 (54.5)	9 (42.9)	
Gymnasium / Abitur	1 (10.0)	1 (9.1)	2 (9.5)	
Fachhochschule / Universität	1 (10.0)	2 (18.2)	3 (14.3)	
Arbeitsstatus <i>n</i> (%)				0.68
Berentet	7 (70.0)	7 (63.6)	14 (66.7)	
Arbeitslos / -entgelt	2 (20.0)	1 (9.1)	3 (14.3)	
Andere: Teilzeitstelle, Vollzeitstelle, Hausfrau/-mann	1 (10.0)	3 (27.3)	4 (19.0)	
Hauptdiagnose nach ICD-10 Gruppen <i>n</i> (%)				0.39
F2 Schizophrenie, Psychose	8 (80.0)	8 (72.7)	16 (76.2)	
F3 Affektive Störungen	1 (10.0)	-	1 (4.8)	
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	1 (10.0)	1 (9.1)	2 (9.5)	
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	-	2 (18.2)	2 (9.5)	

Fortsetzung Tabelle 17

CPÄ-Dosis Neuroleptika in mg pro Tag, <i>mw (range, sd)</i>	455 (0-985; 349)	855 (100-2700; 738)	665 (0-2700; 608)	0.09
Anzahl verschiedener Neuroleptika <i>mw (range, sd)</i>	1.3 (0-3; 0.8)	2.0 (1-3; 0.8)	1.7 (0-3; 0.9)	0.07
Anzahl Stimmen (PSYRATS Zusatz-Item) <i>mw (range, sd)</i>	5.4 (1-20; 6.6)	5.2 (1-16; 4.4)	5.3 (1-20; 5.4)	0.39
Alter in Jahren... <i>mw (range; sd)</i>				
als Diagnose gestellt wurde	28.6 (19-38; 6.4)	26.2 (11-37; 9.2)	27.4 (11-38; 7.9)	0.27
bei erstem Kontakt mit Psychiatrie	27.4 (17-42; 8.7)	22.9 (13-48; 10.9)	25.1 (13-48; 9.9)	0.16
als erstmals Stimmen gehört	31.6 (18-56; 12.2)	18.6 (2-31; 8.4)	24.8 (2-56; 12.1)	0.00 ^b
Anzahl stationäre Aufenthalte... <i>mw (range, sd)</i>				
...insgesamt	7.0 (0-17; 5.8)	12.5 (1-50; 14.3)	10.6 (0-50; 11.4)	0.16
...in den letzten 12 Monaten	1.4 (0-9; 2.7)	3.7 (0-25; 7.3)	2.6 (0-25; 5.6)	0.18
Bereits spezifische Therapie oder Beratung zu Stimmenhören <i>n (%)</i>				0.45
Ja	3 (30.0)	2 (18.2)	5 (23.8)	
Nein	7 (70.0)	9 (81.8)	16 (76.2)	
Dauer der erhaltenen Therapie oder Beratung in Wochen				^c
<i>mw (range)</i>	36 (2-100)	90 (80-100)	58 (2-100)	
Die Therapie oder Beratung war hilfreich <i>n (%)</i>				^c
	1 (33.3)	2 (100.0)	3 (60.0)	

^a Bei normalverteilten metrischen Daten t-Test; ansonsten Mann-Whitney-U-Test; bei kategorialen Daten Pearsons Chi-2-Test oder exakter Test nach Fischer (bei minimaler erwarteter Häufigkeit ≤ 5)

^b signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vorhanden

^c n zu tief für Analyse

Zum Befragungszeitpunkt gaben sie an, zwischen 1 und 20 verschiedene Stimmen zu hören (Durchschnitt: 5.3) und fünf Personen hatten in der Vergangenheit schon einmal ein stimmenspezifisches Angebot oder eine entsprechende Therapie besucht, die in drei der fünf Fälle auch als hilfreich erlebt wurde (siehe Tabelle 17). Die Werte der standardisierten Messinstrumente bei Baseline sind in Tabelle 18 abgebildet.

4.4.6.3 Unterschiede Interventions- und Kontrollgruppe bei Baseline

Die Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden sich bei Baseline bezüglich den soziodemographischen gesundheitsbezogenen Daten und den standardisierten Messinstrumenten bei einigen Werten. Außer beim Alter in Jahren beim ersten Stimmenhören waren die Unterschiede statistisch nicht signifikant.

Gemäß dem entsprechenden Test etwas über der Signifikanzgrenze, aus klinischer Sicht jedoch relevant, scheint der Unterschied bezüglich CPÄ-Dosis. Diese war in der Kontrollgruppe fast doppelt so hoch (855mg/d) wie in der EFC-Gruppe (455mg/d). Zudem lag der BPRS-E-Gesamtsummenscore in der Kontrollgruppe um fast 6 Punkte resp. mehr als 10% höher als in der EFC-Gruppe (siehe Tabellen 14-16).

Tabelle 18: Standardisierte Fragebögen T0

	EFC (n=10)	TAU (n=11)	Total (n=21)	p-Wert ^a
BPRSE gesamt <i>mw (sd)</i>	53.9 (5.3)	59.5 (10.9)	56.9 (8.9)	0.22 ^b
BPRSE-Depression und Angst	11.2 (3.6)	13.8 (5.0)	12.6 (4.5)	
BPRSE-Halluzinationen	9.7 (2.5)	10.7 (2.2)	10.2 (2.3)	
BPRSE-Negativsymptome	7.1 (1.5)	7.3 (2.1)	7.2 (1.8)	
BPRSE-Aktivierung	6.0 (2.0)	5.9 (2.8)	6.0 (2.4)	
PSYRATS-AH gesamt <i>mw (sd)</i>	29.5 (3.1)	30.8 (5.0)	30.2 (4.2)	0.35 ^b
PSYRATS AH-emotional	12.3 (1.4)	12.5 (2.0)	12.4 (1.8)	
PSYRATS AH-körperlich	7.8 (2.4)	7.8 (2.1)	7.8 (2.2)	
PSYRATS AH-kontrolle	2.9 (1.1)	3.1 (1.0)	3.0 (1.0)	
PSYRATS AH-kognitive Interpretation	4.0 (1.8)	5.6 (1.0)	4.9 (1.7)	
MHCL-C gesamt <i>mw (sd)</i>	63.2 (11.7)	64.5 (9.1)	63.9 (10.2)	0.38 ^a
MHCL-C Internal	21.6 (7.9)	21.6 (7.0)	21.6 (7.3)	
MHCL-C Glück	22.0 (8.8)	21.4 (7.0)	21.6 (7.7)	
MHCL-C Medizinische Person	10.8 (4.4)	10.9 (3.5)	10.9 (3.8)	
MHCL-C Andere	8.8 (4.3)	10.6 (2.6)	9.8 (3.6)	
QPR gesamt <i>mw (sd)</i>	34.7 (14.2)	35.9 (11.5)	35.3 (12.5)	0.22 ^b
SuSi <i>mw (sd)</i>				
SuSi Attribution Lebensereignis	13.8 (4.2)	13.9 (3.9)	13.9 (3.9)	0.48 ^a
SuSi pos. Symptomerleben	21.4 (6.5)	19.8 (3.0)	20.6 (4.9)	0.25 ^a
SuSi neg. Symptomerleben	8.7 (3.7)	7.5 (2.9)	8.1 (3.3)	0.22 ^a
SuSi konstr. Auswirkungen	13.1 (4.5)	14.3 (3.2)	13.7 (3.8)	0.25 ^a
SuSi destr. Auswirkungen	15.1 (4.6)	14.3 (4.1)	14.6 (4.2)	0.33 ^a

^a t-Test (Normalverteilung der Daten)

^b Mann-Whitney-U-Test (nicht Normalverteilung der Daten)

4.4.7 Ergebnisse über die drei Messzeitpunkte

4.4.7.1 Soziodemografische und gesundheits- und krankheitsbezogene Daten

Bezüglich relevanten soziodemografischen und gesundheits- und krankheitsbezogenen Daten gab es zwischen der EFC- und der Kontrollgruppe über die drei Messzeitpunkte wenige offensichtliche Unterschiede (Tabelle 19). Die durchschnittliche Anzahl der Spitaltage seit der letzten Messung war in der EFC-Gruppe deutlich höher (T1: 4 / T2: 17.5) als in der Kontrollgruppe (T1: 0 / T2: 7),

wobei es sich bei beiden Gruppen um drei Teilnehmende handelte, die kurzzeitig in die Klinik mussten. Demgegenüber reduzierte sich die Anzahl an Stimmen (PSYRATS Zusatz-Item) in der EFC-Gruppe deutlich (T0: 5.4 / T1: 2.1 / T2: 0.8) im Vergleich zur Kontrollgruppe (T0: 5.2 / T1: 5.3 / T2: 3.5). In beiden Gruppen sank der prozentuale Anteil an Teilnehmenden mit einer Rente oder mit Arbeitslosengeld von T0 bis T2 (EFC-Gruppe: 90% auf 66.7% / Kontrollgruppe: 72.7% auf 57.1%). Bezüglich Anzahl und CPÄ-Dosis der Neuroleptika sowie der Wohnform zeigen sich keine offensichtlichen Unterschiede bei der Veränderung über die Zeit.

4.4.7.2 Standardisierte Messinstrumente

Eine ausführliche Tabelle zu allen Werten der standardisierten Messinstrumente inkl. Subskalen über alle Messzeitpunkte findet sich im Anhang I. In der Tabelle 18 sind die Differenzen der Werte zwischen den Messzeitpunkten dargestellt.

Stimmenhören – PSYRATS

Die Veränderungen der Gesamtsummenwerte des PSYRATS unterscheiden sich zwischen der ersten (T0) und zweiten (T1) Messung zwischen den Gruppen kaum. Zwischen der zweiten (T1) und dritten (T2) Messung jedoch sank der Wert in der Kontrollgruppe stark (-11.6) im Gegensatz zur EFC-Gruppe (-2.4). Diese Reduktion zeigte sich vor allem in den beiden Subskalen emotional und körperlich (siehe Tabelle 19).

Kontrollüberzeugung – MHCL-C

Die Gesamtsummenwerte des MHCL-C sanken bei beiden Gruppen über die drei Messzeitpunkte. In der EFC-Gruppe war die Reduktion zwischen T0 und T1 sowie zwischen T1 und T2 und somit auch insgesamt (T0-T2) grösser (-5.2) als in der Kontrollgruppe (-2.4), wobei die Reduktion zwischen T0 und T1 bei beiden Gruppen grösser war als im zweiten Abschnitt (T1 bis T2). Die Reduktion in der EFC-Gruppe zeigte sich vor allem in den beiden Subskalen Glück und medizinische Person (siehe Tabelle 20).

Tabelle 19: Deskriptive Auswertung der gesundheitsbezogener Daten T0 bis T2

Variablen	Baseline (t0)				10 Wochen (t1)				20 Wochen (Post-Intervention; t2)			
	EFC		TAU		EFC		TAU		EFC		TAU	
	n	mw (sd)	n	mw (sd)	n	mw (sd)	n	mw (sd)	n	mw (sd)	n	mw (sd)
Anzahl Stimmen (PSYRATS Zusatz-Item)	10	5.4 (6.6)	11	5.2 (4.4)	7	2.1 (2.2)	7	5.3 (5.1)	6	0.8 (0.4)	8	3.5 (3.8)
Anzahl Spalttage seit letzter Messung					1	4.0 (-)	0	-	2	17.5 (14.8)	3	7.0 (0.0)
Anzahl verschiedener Neuroleptika pro Tag	10	1.3 (0.8)	11	2.0 (0.8)					6	1.6 (1.0)	8	1.8 (0.8)
CPÄ-Dosis Neuroleptika in mg pro Tag	10	455 (349)	11	855 (738)					6	470 (445)	8	819 (814)
Nützlichkeit der Fachperson bei der Unterstützung Stimmenhören in %									5	70.2 (18.8)	8	78.1 (19.6)
Wohnform n (%)	10		11						6		8	
Allein mit Unterstützung	6 (60.0)		6 (54.5)						3 (50.0)		5 (62.5)	
Mit Partner*in Familie mit Unterstützung	-		-						-		1 (9.1)	
Allein ohne Unterstützung	3 (30.0)		1 (9.1)						2 (33.3)		1 (9.1)	
Mit Partner*in/Familie ohne Unterstützung	-		2 (18.2)						1 (16.7)		-	
Betreute Wohngemeinschaft	1 (10.0)		2 (18.2)						-		1 (9.1)	
Arbeitsstatus n (%)	10		11						6		7	
Berentet / Arbeitslosentgelt	9 (90.0)		8 (72.7)						4 (66.7)		4 (57.1)	
Teil- / Vollzeitstelle	1 (10.0)		2 (18.2)						3 (33.3)		3 (42.9)	
Hausfrau/-mann	-		1 (9.1)						-		-	

Psychopathologie – BPRS-E

Die Gesamtsummenwerte der BPRS-E zwischen der ersten (t0) und dritten (t2) Messung sank in beiden Gruppen, wobei in der Kontrollgruppe deutlich stärker (-11.0) als in der EFC-Gruppe (-5.2). Diese Reduktion des Wertes in der Kontrollgruppe zeigt sich vor allem in den beiden Subskalen Depression und Angst (-4.8) sowie Halluzinationen (2.2) (siehe Tabelle 21).

Tabelle 20: MW-Differenzen PSYRATS und MHCL-C zwischen allen Messzeitpunkten

	Diff t0-t1		Diff. t1-t2		Diff. T0-t2	
	EFC	TAU	EFC	TAU	EFC	TAU
Standardisierte Fragebögen						
PSYRATS-AH gesamt <i>mw (sd)</i>	-1.6	-0.7	-2.4	-11.6	-4.0	-12.3
PSYRATS AH-emotional	-0.7	-0.9	-2.1	-5.7	-2.8	-6.6
PSYRATS AH-körperlich	-0.4	-0.4	-0.1	-3.4	-0.5	-3.8
PSYRATS AH-kontrolle	-0.3	-0.2	-0.4	-0.5	-0.7	-0.7
PSYRATS AH- kog. Interpretation	0.1	0.4	0.0	-0.9	0.1	-0.5
MHCL-C gesamt <i>mw (sd)</i>	-6.8	-3.1	1.6	0.7	-5.2	-2.4
MHCL-C Internal	-0.7	-1.2	0.3	0.3	-0.4	-0.9
MHCL-C Glück	-2.4	-1.4	-1.5	0.7	-3.9	-0.7
MHCL-C Medizinische Person	-3.4	-0.5	0.9	1.0	-2.5	0.5
MHCL-C Andere	-0.2	0.0	1.7	-1.4	1.5	-1.4

Tabelle 21: MW-Differenzen BPRS-E, QPR und SuSi zwischen t0 und t2

	Diff. T0-t2	
	EFC	TAU
Standardisierte Fragebögen		
BPRSE gesamt	-5.2	-11.0
BPRSE-Depression und Angst	-1.7	-4.8
BPRSE-Halluzinationen	-0.4	-2.2
BPRSE-Negativsymptome	-0.9	0.8
BPRSE-Aktivierung	0.0	-1.4
QPR gesamt <i>mw (sd)</i>	3.8	7.4
SuSi <i>mw (sd)</i>		
SuSi Attribution Lebensereignis	1.0	-0.3
SuSi positives Symptomerleben	-2.6	0.0
SuSi negatives Symptomerleben	0.5	-0.4
SuSi konstruktive Auswirkungen	0.1	1.6
SuSi destruktive Auswirkungen	-1.4	-4.1

Recovery – QPR

Der Gesamtsummenwert des QPR stieg in beiden Gruppen, wobei der Anstieg in der Kontrollgruppe deutlich höher ausfiel (7.4 vs. 3.8).

Subjektiver Sinn der Stimmenhörfahrung – SuSi

Bei zwei der Subskalen des SuSi-Fragebogens zeigten sich Unterschiede zwischen der EFC- und Kontrollgruppe bezüglich der Veränderung zwischen t0 und t2. In der EFC-Gruppe sank der Wert bezüglich positivem Symptomerleben um 2.6 gegenüber keiner Veränderung in der Kontrollgruppe resp. in der Kontrollgruppe sank der Wert bezüglich destruktiven Auswirkungen um 4.1 gegenüber 1.4 in der EFC-Gruppe.

4.5 Diskussion EFC-Studie

4.5.1 Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse

Zwischen November 2020 und Mai 2022 konnten an zwei Studienzentren 21 Teilnehmende in die Studie eingeschlossen werden. Bis zum Zeitpunkt der Analyse (ende April 2022) haben 4 Teilnehmende die Studie abgebrochen, 2 in der Interventionsgruppe (IG), 1 in der Kontrollgruppe (KG) und 1 ohne Zuordnung. In die Schlussanalyse (Stand Ende April 2022) konnten 14 Teilnehmende eingeschlossen werden (IG: n=6; KG: n=8). Die Studienteilnehmenden in der IG erhielten alle die EFC-Beratung mit durchschnittlich fünfzehn 60-minütigen Terminen. Die EFC-Beratenden hielten sich gut an die Vorgaben der Intervention, wendeten alle vier Teile der Beratung an und nahmen regelmäßig Supervision in Anspruch. Ein Rater-Training der SN zur Durchführung der Assessmenttermine konnte erfolgreich durchgeführt und evaluiert werden. Zu den drei Messzeitpunkten kam es neben den Teilnehmenden, die die Studie abgebrochen haben, bei zwei weiteren Studienteilnehmenden zu einem Fernbleiben an einem Assessmenttermin (beide T1 KG). Die Baseline-Vergleiche der Daten zwischen IG und KG zeigen, dass die Randomisierung zu einer ausgeglichenen Verteilung der Teilnehmenden in die beiden Gruppen geführt hat. Die deskriptive Analyse der Daten der beiden Gruppen über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg zeigt – da wo es Unterschiede gab – eher einen Vorteil der KG gegenüber der IG. Dies zeigt sich in den Bereichen allgemeine Psychopathologie, emotionale und körperliche Aspekte des Stimmenhörens sowie positives Symptomerleben und destruktive Auswirkungen der Erkrankung auf das Leben. Im Gegensatz dazu zeigte sich bei der Anzahl Stimmen resp. deren Reduktion sowie bei der Reduktion der Kontrollüberzeugungsdomänen *Glück* und *medizinische Personen* die IG im

Vorteil. Für die Studie konnten insgesamt CHF 56'000.- Drittmittel von drei verschiedenen Stiftungen eingeworben werden, was die Durchführung überhaupt erst möglich machte.

4.5.2 Beantwortung der Fragestellungen bezüglich Umsetzung der Studie

Im Folgenden wird auf die Beantwortung der Fragestellung der Studie eingegangen, ob die wichtigen Komponenten wie die Rekrutierung, die Randomisierung, die Intervention und die Assessments im vorliegenden Studienplan gut zusammen funktionieren und sie sich für die Umsetzung im Rahmen einer Hauptstudie eignen. Zum Schluss werden die deskriptiven Ergebnisse der explorativen Datenanalyse bezüglich Wirksamkeit diskutiert.

4.5.2.1 Rekrutierung

Anzahl Studienteilnehmende und Studienorte: Die Anzahl an Studienteilnehmenden (TN; n=21), die aufgeteilt in den beiden Studienzentren rekrutiert werden konnten, entspricht den ursprünglich als Ziel definierten 40 TN in 24 Monaten. Am Schweizer Studienort waren es 11 TN in 15 Monaten und am Studienort in Deutschland 10 TN in 12 Monaten. Das Ergebnis zeigt, dass sich das Engagement bezüglich Studieninformation an den verschiedenen Orten und Einheiten sowie auch der Einsatz einer Person für die Studienkoordination ausgezahlt hat. Das Ergebnis entspricht einer deutlichen Steigerung im Vergleich zu den 22 TN der Machbarkeitsstudie von Schnackenberg et al. (2016, S. 3), die innerhalb von 48 Monaten rekrutiert werden konnten. Für eine allfällige Übertragbarkeit dieses Ergebnisses auf eine größere Studie lohnt sich ein etwas genauerer Blick auf die Studienzentren. Am Studienort in Deutschland mit seinen fünf psychiatrischen Akutstationen und der PIA konnten innerhalb von 12 Monaten ähnlich viele TN rekrutiert werden wie in der Schweiz innerhalb von 15 Monaten in den drei sozialpsychiatrischen Ambulanzen. Für die Durchführung einer größeren Studie, für welche die geforderte Anzahl TN erst noch berechnet werden muss, sollte für die Rekrutierung von geplanten 10 TN pro Jahr mit fünf psychiatrischen Stationen oder drei sozialpsychiatrischen Ambulanzen mit einem Behandlungsvolumen von ca. 400 Patient*innen gerechnet werden. Dabei scheint die in der vorliegenden Studie gemachte Erfahrung bezüglich der Sättigung der Studienteilnahme nach einer gewissen Zeit relevant. Zu Beginn der Studie war die Rekrutierung in der Studie einfacher und schneller, bis alle Personen, die ein grundsätzliches Interesse an der Teilnahme hatten, in die Studie aufgenommen waren. Danach flachte das Interesse sichtlich ab. Dies ist beim Rekrutierungsplan einer zukünftigen Studie zu berücksichtigen, insbesondere bei den ambulanten Einheiten, wo Patient*innen über eine lange Zeitspanne behandelt und unterstützt

werden. Für eine erfolgreiche Rekrutierung der angestrebten TN-Zahl scheint aufgrund der vorherigen Ausführungen eine Erhöhung der Studienzentren resp. entsprechender Einheiten eher zielführend als eine Verlängerung der Rekrutierungszeit.

No-Shows: Unter Berücksichtigung der TN, die die Studie vorzeitig abgebrochen haben, sowie derer, bei denen zum Analysezeitpunkt Ende April 2022 gemäß Zeitplan die T1 oder T2 Messung noch nicht durchgeführt worden war, wurden für die T0-T2 Messungen 52 Assessmenttermine geplant. Davon konnten 50 planmäßig durchgeführt werden. Bei den beiden Fehlenden handelt es sich um T1 Messungen der Kontrollgruppe, bei denen es nicht gelungen ist, einen Termin im gewünschten Zeitfenster durchzuführen. Die Ausfallquote entspricht knapp 4% der Assessmenttermine und kann als ein guter Wert bezeichnet werden – auch wenn dazu keine klaren Richtwerte oder Empfehlungen in der Literatur gefunden werden konnten.

Dropouts: Von den 21 TN haben bis zum Analysezeitpunkt T2 vier Studienteilnehmende die Studie abgebrochen. Das entspricht knapp 20% aller TN und scheint in einem ähnlichen Bereich wie in anderen Studien zu liegen. In einer Übersichtsarbeit und Meta-Analyse zu kontrollierten Interventionsstudien zu nichtpharmakologischen Interventionen bei Menschen mit einer Diagnose Schizophrenie kommen die Autor*innen bei den eingeschlossenen Studien in der Interventionsgruppe auf eine durchschnittliche zu Dropout-Rate von 14% und in der gesamten Studie auf 20% (Szymczyńska et al., 2017, S. 70). Vergleichbare Einzelstudien weisen teilweise höhere (30%) (Schnackenberg et al., 2016) aber auch tiefere Werte (11%) (Schulz et al., 2013) auf. In diesem Sinne scheint der in der vorliegenden Studie erreichte Wert im normalen Bereich zu liegen und sollte so bei der Berechnung der Anzahl TN für eine größere Studie berücksichtigt werden.

Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (SAE): Die zwei in dieser Studie dokumentierten SAE's entsprechen 10% der TN. Leider gibt es dazu nur wenig Vergleiche in der Literatur, da über SAE's in Nicht-Medikamentenstudien oft nicht berichtet wird (Duggan et al., 2014). In der Studie von Schnackenberg et al. (2016) wird über einen Fall berichtet mit tödlichen Folgen, der aber wie in der vorliegenden Studie nicht mit der Intervention in Verbindung gebracht wurde. Dies scheint in Nicht-Medikamentenstudien die Regel zu sein (Petry et al., 2008). Duggan et al. (2014) kritisieren an der aktuellen Situation, dass gerade bei Studien, die eine psychologische oder andere nicht-pharmakologische Intervention untersuchen, allenfalls nicht die SAE's, sondern viel eher die weniger schweren, unerwünschten

Ereignisse (AE) relevant sein könnten, da es genug Evidenz über unerwünschte Wirkungen von psychologischen Interventionen gebe. Sie fordern deshalb, dass in Untersuchungen gerade diese AE's noch viel systematischer und sensibler untersucht werden sollten (Ebd., S. 6). Bei der Planung und Durchführung einer größeren Studie zur EFC-Beratung sollte dieses Thema nochmals aufgenommen und noch stärker berücksichtigt werden.

4.5.2.2 Assessmentinstrumente und -termine

Neben den quantitativen Daten wie der Anzahl erfolgreich durchgeführter Assessmenttermine (siehe 4.5.2.1 Rekrutierung: *No-Shows*) sowie der Rate an fehlenden Daten (diese wurden noch nicht analysiert), die zeigen können, ob die Assessmenttermine und -instrumente als erfolgreich resp. für eine größere Studie als praktikabel eingestuft werden können, wurden die TN nach ihrer Einschätzung bezüglich der inhaltlichen Passung der Assessmentinstrumente sowie der Belastung durch die Assessmenttermine befragt. Die Auswertungen zeigten, dass der Großteil der Teilnehmenden die Assessmenttermine sowie auch die Inhalte der Instrumente als wenig belastend und gut bewältigbar eingeschätzt hat. Dennoch sollten die wenigen negativen Hinweise oder Verbesserungsvorschläge für eine allfällige größere oder nächste Studie berücksichtigt werden. Insbesondere, dass zu Beginn der Studienteilnahme die Termine von einigen TN als zu lang und anstrengend empfunden wurden und die Themen der Fragebögen an negative Ereignisse der Vergangenheit erinnern konnten, sollte bei einer Folgestudie bei der Terminplanung und der inhaltlichen Auswahl der Instrumente einbezogen werden. Beispielsweise könnten zu Beginn die Assessments auf Wunsch der TN in zwei Termine aufgeteilt werden. Auf eine möglichst geringe Anzahl Fragebögen pro Messzeitpunkt wurde bei der Planung der vorliegenden Studie schon bewusst geachtet. Mit maximal fünf Fragebögen inkl. Erfassung der soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Daten pro Messzeitpunkt (bei T1 waren es nur drei) liegt der vorliegende Studienplan im Vergleich mit anderen deutlich im unteren Bereich. Die Promotionsstudie von Schnackenberg (2017a) beispielsweise integrierte pro Messzeitpunkt bis zu zwölf Fragebögen und bei der Studie von Schulz et al. (2013) kamen neben fünf Fragebögen auch noch eine Blutkontrolle sowie die Berechnung einer Ratio bezüglich Medikamentendosis und -blutspiegel dazu.

Zu den Inhalten der Fragebögen gab es je von einer TN in der IG und KG die Rückmeldung, dass es wichtig wäre, bei der Evaluation noch mehr auf den Prozess zu fokussieren, wie es den TN gelingt, die Stimmen zu akzeptieren und was dabei hilfreich oder herausfordernd und schwierig war. Für eine weitere Studie

sollten diese Rückmeldungen berücksichtigt werden. Dies auch, weil es inhaltlich relevant erscheint in Bezug auf die Konzeption von Genesung als persönlicher Prozess (Leamy et al., 2011) sowie auch bezüglich dem Prozess zur Entwicklung eines konstruktiven Umgangs mit den Stimmen (Romme & Escher, 1989).

Auch wenn die Assessmentinstrumente inhaltlich von den meisten Teilnehmenden als passend eingeschätzt wurden, sollte die Verwendung derselben Instrumente für alle TN bei der Planung einer nächsten Studie kritisch hinterfragt werden. Pesola et al. (2015, S. 258) beanstanden diesbezüglich an der aktuellen Praxis von RCT's im psychiatrischen Bereich u.a. folgende Aspekte:

- Interventionen wirken sich meist auf verschiedenen Ergebnisbereichen aus, weshalb ein einziges vordefiniertes Ergebniskriterium resp. Messinstrument (primärer Endpunkt) nicht alle Veränderungen erfassen kann.
- Meist werden Messinstrumente nicht wegen der inhaltlichen Passung verwendet, sondern weil sie bereits in anderen Studien verwendet wurden, um die Vergleichbarkeit der Resultate zu gewährleisten.
- Studienteilnehmende können sich bezüglich der Einschätzung der Relevanz von Ergebniskriterien unterscheiden. Beispielsweise kann das Ziel der Intervention oder Behandlung für manche Menschen Symptomverbesserung sein, während andere soziale Ziele oder persönliche Ziele priorisieren. Infolgedessen kann ein für alle TN vordefiniertes Ergebniskriterium für einzelne TN nicht relevant sein.

Letztere Kritik hält mittlerweile auch in der Evaluation der Gesundheitsversorgung Einzug. Hinweise und Empfehlungen zur Verwendung von individuellen Ergebniskriterien zur Überprüfung von Gesundheitsdienstleistungen mit der Verwendung von sogenannten PREMs (Patient-Reported Experience Measures) oder PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) steigen (Czypionka & Achleitner, 2018; Hostettler et al., 2018; Rogge et al., 2022). Für die Interventionsforschung schlagen Pesola et al. (2015) den folgenden neuen Ansatz zur Ergebnismessung in RCT's vor: *Individualized-Outcome-Measurement (IOM)*. IOM besteht aus den zwei Komponenten Definition eines persönlichen Ziels (Goal Attainment; GA) und persönliches primäres Ergebniskriterium (Personalized Primary Outcome; PPO). Einerseits definieren zu Beginn der Studien die TN ein persönliches Ziel und bewerten dieses regelmäßig. Zweitens suchen sie sich zu Beginn der Studie aus einer vordefinierten Liste ein für sie passendes Ergebniskriterium resp. das entsprechende Messinstrument aus, welches dann für den weiteren Verlauf der Studie als primäres Ergebniskriterium verwendet wird. In

einer Pilotstudie zeigte sich die Anwendbarkeit dieser Methode als gegeben (Ebd., S. 260) und die Resultate weisen darauf hin, dass GA und PPO kovariieren. Es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der Veränderung des vordefinierten primären Ergebnisses und dem PPO nachgewiesen werden (Ebd., S 262 f.).

Neben den schon erwähnten Maßnahmen zur Reduktion der Belastung durch Assessmenttermine und der spezifischeren inhaltlichen Ausrichtung, sollte bei der Planung einer größeren Studie dieser IOM-Ansatz geprüft werden. Dies würde neben der stärkeren Berücksichtigung der individuellen Sicht und Ziele der TN auch die Dauer der Assessmenttermine reduzieren. Zur Evaluation des, von den TN vorgeschlagen Prozesses, könnte parallel zum Studienverlauf ein qualitatives Vorgehen gewählt werden, im Sinne eines Mixed-Methods-Ansatzes, wie dies beispielsweise in einer Einzelfallinterventionsstudie für die Dokumentation des therapeutischen Prozesses gemacht wurde (Kellett & Hardy, 2014).

4.5.2.3 Durchführung der Intervention

An beiden Studienorten ist es gut gelungen, dass die der Interventionsgruppe zugeteilten TN die Intervention auch abschließen konnten – auch am Studienort in Deutschland, wo die Mehrheit der TN über die Stationen rekrutiert wurden und die Intervention erst nach der stationären Behandlung abschließen konnten. Zudem scheint die Schulung der Pflegefachpersonen, die die EFC-Beratung als Intervention im Rahmen der Studie durchgeführt haben, die entsprechenden Inhalte und Kompetenzen vermittelt zu haben. Dies wird deutlich in der Einschätzung des Supervisors, der die Behandlungsintegrität als gut eingestuft hat sowie auch in den Erfassungsbögen der EFC-Beratungen, die dokumentieren, dass alle verschiedenen Teile der EFC-Beratung (Interview, Bericht, Konstrukt und Stimmendialog) in den Beratungsterminen eingesetzt wurden. Auch die Inanspruchnahme der Supervision verlief wie geplant. Die regelmäßige Teilnahme übertraf die minimal geforderten drei Termine und drei Stunden. Allenfalls weist die deutlich höhere Inanspruchnahme auf Unsicherheiten hin, die durchaus als legitim betrachtet werden sollte, unter der Berücksichtigung, dass keine der Pflegefachpersonen vor der Studie mehr als zwei EFC-Beratungen durchgeführt hatte. In diesem Sinne kann davon ausgegangen werden, dass das geplante Vorgehen in dieser Pilotstudie auch für eine größere Studie übernommen werden kann. Trotzdem sollte zur methodischen Stärkung für die Überprüfbarkeit der Behandlungsintegrität, insbesondere der beiden Bereiche Adhärenz und Kompetenz (Weck et al., 2011), ein angepasstes Verfahren angewendet werden. Da kein spezifisches Instrument zur Erfassung der Behandlungsintegrität bei EFC vorliegt, könnte anhand der umfassenden Beschreibung der Intervention von

ausgewiesenen EFC-Expert*innen und Weiterbildungstrainer*innen eine Checkliste entwickelt werden, die die wichtigsten Bereiche der Adhärenz und Kompetenz zur EFC-Beratung beinhaltet. Dieses Instrument sollte bei weiteren EFC-Trainern und Anwendern zur Validierung und kritischen Kommentierung vorgestellt und entsprechend angepasst werden. Die Beurteilung der Behandlungsintegrität mit Hilfe der entsprechenden Checkliste durch EFC-Trainer*innen oder erfahrene EFC-Beratende könnte, so wie von Weck et al. (2011, S. 101) vorgeschlagen, anhand von Video- oder Audioaufzeichnungen von EFC-Beratungssequenzen geschehen.

4.5.2.4 Durchführung und Finanzierung der Studie

Durch die generierten Drittmittel war es möglich, am Studienort in Deutschland eine Studienkoordinatorin sowie eine unabhängige Person für die Durchführung der Assessments zu den jeweiligen Messzeitpunkten einzusetzen. Die Studienkoordinatorin übernahm dabei auch die Durchführung von EFC-Beratungen in der Interventionsgruppe. Am Schweizer Studienort übernahm der Autor vor der Randomisierung einen Teil der Studienkoordination und danach die Durchführung der Assessments. Ab diesem Zeitpunkt war eine andere Person für die Koordination zuständig, um die Verblindung des Autors nicht aufzuheben. Auch am Studienort in Deutschland übernahm die Studienkoordinator*in EFC-Beratungen. Dieses Vorgehen entspricht nicht ganz der im Studienplan vorgesehenen Trennung von Studienkoordination, Studienassessor*innen und Durchführenden der Intervention. In der Literatur wird dies empfohlen, um die Vergleichbarkeit und Qualität der Assessments zwischen den Gruppen und innerhalb der Gruppen über die Zeit zu gewährleisten (Solomon et al., 2019). Zu viele involvierte Personen scheinen dabei die Vergleichbarkeit und Qualität der Daten zu verringern (Ebd., S. 9). Auch wenn es in der vorliegenden Studie gelungen ist, die Limitation der Pilotstudie von Schnackenberg et al. (2016) im Bereich der Verblindung der Assessoren zu verbessern, empfiehlt es sich bei einer größeren Studie, noch besser auf die Trennung der verschiedenen Aufgaben zu achten und pro Studienzentrum möglichst nur eine Person für die Durchführung der Assessments einzusetzen.

Insgesamt zeigt die Pilotstudie, dass der Studienplan mit kleinen Anpassungen auch für eine größere Studie verwendet werden kann. Das Einwerben von Drittmitteln zur Finanzierung ist eine wichtige Grundlage und sollte vom Umfang her die entsprechenden Änderungen am Protokoll möglich machen.

4.5.3 Einordnung der Ergebnisse bezüglich Wirksamkeit

Ziel der Studie war es, aufgrund einer explorativen, deskriptiven Analyse über erste Erkenntnisse bezüglich der Wirksamkeit der EFC-Beratung zu berichten. Wie im Methodenteil begründet, wurde auf das Durchführen von statistischen Tests zum Vergleich der beiden Gruppen bezüglich der Veränderungen über die Zeit verzichtet. Insbesondere die tiefe Anzahl an TN, die für die Analyse bei T2 einbezogen werden konnte (IG: n=6; KG: n=8), bestärkt diesen Entscheid. Dieser Umstand lässt eine verlässliche Aussage sowie ein Vergleich mit Ergebnissen entsprechender Analysen aus anderen Studien nur sehr begrenzt zu. Dennoch wird an dieser Stelle darauf eingegangen, wobei Einschränkungen bezüglich der Vergleiche und Aussagekraft zu berücksichtigen sind. Positiv hervorgehoben werden kann, dass die randomisierte Zuteilung zu einer ausgeglichenen Verteilung der TN in die beiden Gruppen geführt hat.

Insgesamt sind die Veränderungen über die Zeit bei den meisten Instrumenten, deren Subskalen sowie einzelnen Items bei beiden Gruppen eher klein. Folgend soll einerseits auf die Veränderungen bezüglich dem primären Ergebniskriterium Stimmenhören (PSYRATS) eingegangen werden sowie auf klare Veränderungen über die Zeit und Ungleichheiten zwischen den Gruppen bezüglich den anderen Ergebniskriterien. Dabei werden auch Werte der Tabelle im Anhang I berücksichtigt.

Stimmenhören (PSYRATS): Die Ergebnisse bezüglich dem primären Ergebniskriterium Stimmenhören, welches mit dem PSYRATS gemessen wurde, zeigen bei Baseline ähnliche Werte wie bei anderen Studien mit einer gleichen oder ähnlichen Population (Schnackenberg, 2017a; Steel et al., 2019; Stefaniak et al., 2019). Die Reduktion der Werte (was dem gewünschten positiven Effekt entsprechen würde) über die Zeit zwischen T0 und T1, T1 und T2 und T0 und T2 sind in der Kontrollgruppe deutlich höher als in der Interventionsgruppe. Auffallend ist der starke Rückgang der Werte in der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2, was fast die gesamte Reduktion bis T2 ausmacht. In der Interventionsgruppe ist die Reduktion zwischen T0 und T1 und T1 und T2 gleichmäßig verteilt. Hier stellt sich allenfalls die Frage, was in der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 passiert ist. Eine genauere Analyse der Daten zeigt, dass diese Durchschnittswerte stark von zwei Studienteilnehmenden der Kontrollgruppe beeinflusst sind. Bei T0 sind die Gesamtsummenwerte der beiden Fälle mit 32 resp. 42 Punkten deutlich über dem Durchschnittswert von 30.8. Bei T1 lagen in erstem Fall keine Daten vor resp. war der Wert im zweiten Fall mit 41 etwa gleichbleibend. Bei T2 sanken dann die beiden Werte mit 4 resp. 12 markant und lagen auch deutlich unter dem

Durchschnittswert von 18 in der Kontrollgruppe. Ein gleich ausgeprägtes Datenmuster einzelner Studienteilnehmenden in der Interventionsgruppe liegt nicht vor. Es ist klar, dass bei einer kleinen Stichprobe der Einfluss von Ausreißern auf den Gesamtmittelwertwert groß sein kann. Bei einer analysierten Anzahl von 11 TN in der Kontrollgruppe bei T0 und 8 TN bei T2 entsprechen die beiden Ausreißer einem Anteil von 20 bis 25%. Die nachträglich berechneten Median Werte, die weniger anfällig für Ausreißer sind, zeigen jedoch ein ähnliches Bild (siehe Anhang J). Bezüglich der Unklarheit, was dazu geführt hat, dass sich bei diesen beiden Studienteilnehmenden die Belastung und Erfahrung des Stimmenhörens in kurzer Zeit so stark verbessert hat, gibt es verschiedene Hypothesen. Einerseits ist es möglich, dass neben der Studie andere Unterstützungen oder Therapien einen Einfluss gehabt haben. Zudem gibt es verschiedene Berichte von Stimmenhörenden, die auch ohne spezifische Unterstützung eine Verbesserung bezüglich Belastung und Umgang mit den Stimmen erlebten (Hansen, 2015; Romme et al., 2009). Vergleicht man die Gesamtsummenwerte des PSYRATS der Interventionsgruppe (Baseline (T0) = 29.5; T1 = 27.9; End of Intervention (T2) = 25.5) mit denen der Studie von Steel et al. (2019) (Baseline (T0) = 29.5; End of Intervention (T1) = 26.8; Follow-up (T2) = 23.9), so zeigt sich eine Reduktion im gleichen Muster über die drei Messzeitpunkte hinweg. Sehr ähnlich präsentiert es sich auch bei der Pilotstudie von Schnackenberg (2017a, S. 170) (Baseline (T0) = 29.3; nach 3 Mt. (T1) = 24.4; nach 6 Mt. (T2) = 25.7; nach 10 Mt. (T3) = 23.8) sowie bei der Pilotstudie zur Avatar-Therapie (Craig et al., 2018, S. 35) oder der Relating-Therapie (Hayward et al., 2017, S. 140). Das Muster der Daten der IG in der vorliegenden Studie mit ihrer gleichmäßigen Verbesserung über die Zeit scheint aufgrund dieser Replikation valide zu sein. Bei diesen Werten gilt es zu berücksichtigen, dass es hier nicht einfach um Symptomreduktion geht. Im entsprechenden Fragebogen wird das Phänomen Stimmenhören neben den Dimensionen Lautstärke oder Häufigkeit auch bezüglich anderer wichtiger Aspekte abgebildet, etwa der Belastung und der Einschränkungen im Alltag sowie Erklärungen und Interpretationen der Stimmen, wie dies insbesondere von Stimmenhörenden selbst gefordert wird. Mit einem Zusatz-Item des Fragebogens wurde ergänzend die Anzahl der aktuell vorhandenen Stimmen erfragt. Hier zeigt sich ein etwas konträres Bild zu den bisherigen Ergebnissen. Über die Zeit reduzierte sich die Anzahl der Stimmen in der IG deutlich stärker (T0 = 5.4, T1 = 2.1, T2 = 0.8) als in der KG (T0 = 5.2, T1 = 5.3, T2 = 3.5). Im Vergleich mit anderen Ergebnissen innerhalb der Studie zeigt dieses Resultat, dass eine Reduktion der Anzahl Stimmen nicht per se mit dem Gesamtsummenscore des PSYRATS korreliert und

wie aus der Literatur bekannt per se keinen relevanten Aspekt bezüglich Belastung oder konstruktivem Umgang mit den Stimmen darstellt. Dennoch kann die Reduktion der Anzahl Stimmen auch darauf hinweisen, dass sich mit EFC-Beratung verschiedene Stimmen über die Zeit verändern und allenfalls auch verschwinden können. In den oben genannten Studien wurde die Anzahl Stimmen nicht berichtet, weshalb hier keine Vergleiche diskutiert werden können.

Psychopathologie (BPRS-E): Ein wichtiges Ergebniskriterium – insbesondere wegen der Vergleichbarkeit mit anderen Studien – ist die mit der BPRS-E gemessene Psychopathologie. Hier zeigt sich ein ähnliches Bild wie beim PSYRATS bezüglich dem Veränderungsmuster über die Zeit. Auch bei der Psychopathologie sinken die Werte in der Kontrollgruppe stärker als in der Interventionsgruppe, wobei es bei diesem Instrument nur zwei Messzeitpunkte gab (T0 und T2). Anders als beim PSYRATS zeigt sich beim BPRS-E ein deutlicher Unterschied des Baseline-Wertes bei T0 zwischen den Gruppen (53.9 vs. 59.5) mit einer deutlich stärker ausgeprägten Psychopathologie in der Kontrollgruppe, auch wenn sich dieser Unterschied als statistisch nicht signifikant erwies. Zur Einschätzung der vorliegenden Mittelwerte des BPRS-E bezüglich der „Krankheitslast“ wurden die Cut-Off Werte von Leucht et al. (2005, S. 366) verwendet. Dabei gelten Werte zwischen 31 und 40 als Hinweis für eine leichte Erkrankung, Werte zwischen 41 und 50 als Hinweis für eine mittelschwere und Werte ab 51 als Hinweis für eine schwere Erkrankung. Die T0-Mittelwerte der beiden Gruppen in der vorliegenden Studie von 53.9 resp. 59.5 zeigen, dass die TN sich zum Zeitpunkt der Messung im Bereich der schweren Krankheitszustände befanden. Die Werte gleichen sich dann durch die deutliche Reduktion resp. Verbesserung in der Kontrollgruppe zwischen T0 und T2 (-11) zwischen den beiden Gruppen wieder an (48.7 vs. 48.5). Bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangswerte entspricht die Reduktion in der IG ca. 9% und in der KG ca. 19%. Auch hier zeigt ein Blick in die Daten der einzelnen TN, dass es vor allem einen extremen Ausreißer in der Kontrollgruppe gibt, bei einer der beiden TN bei PSYRATS mit Ausreißer, mit einem Ausgangswert (T0) von 75 und einem T2-Wert von 37. Bei Betrachtung der Median-Werte zeigt sich hier ein etwas anderes Bild als bei derselben Analyse beim PSYRATS (siehe Anhang J). Der Unterschied der Medianwerte bei T0 (IG = 52 vs. KG = 61) bleibt in etwa gleich wie bei den Mittelwerten. Bei T2 jedoch sinkt der Medianwert in der IG mit 46 etwas stärker im Vergleich zum Mittelwert und in der KG mit 51 etwas weniger stark. Demensprechend ist die Differenz der Reduktion zwischen den beiden Gruppen bei der Verwendung der Median-Werte kleiner (IG: Reduktion des Medianwertes um 12% im Vergleich mit der Reduktion des Mittelwertes um 9%; KG: Reduktion

des Medianwertes um 18% im Vergleich mit der Reduktion des Mittelwertes um 19%). Hier würden sich bezüglich Ausreißer noch ähnliche Diskussionspunkte ergeben wie beim PSYRATS. Vergleiche mit Daten anderer Studien (Kråkvik et al., 2013; Schnackenberg et al., 2016) zeigen, dass die Ausgangswerte in der vorliegenden Studie in einem vergleichbaren Bereich mit diesen liegen, auch wenn die Varianz der Werte zwischen den Studien – und da insbesondere bei den Interventionsgruppen – vergleichsweise groß ist (vorliegende Studie: IG = 53.9 vs. KG = 59.5; Schnackenberg et al.: IG = 61.7 vs. KG = 56.2; Kråkvik et al.: IG = 46.4 vs. KG = 52.6). Bei Betrachtung der Veränderung über die Zeit zeigt sich, dass die starke Reduktion in der Kontrollgruppe in der vorliegenden Studie mit einem Wert von mehr als 11 Punkten in den beiden erwähnten Studien nicht vorkommt. Bei Schnackenberg et al. beträgt die Differenz +3.4 und bei Kråkvik et al. -0.2, womit der Wert in der vorliegenden Studie als ungewöhnlich eingeschätzt werden kann. Die Differenz der Werte der IG bezüglich der Veränderung über die Zeit (-5.2) in der vorliegenden Studie entspricht eher dem Muster der beiden zum Vergleich herangezogenen Studien (Schnackenberg et al.: -10.7; Kråkvik et al.: -2.3). Insgesamt scheint auch beim BPRS-E das Muster der KG bezüglich Veränderung über die Zeit eher ungewöhnlich zu sein, während das der IG eher den Verläufen in anderen Studien entspricht.

Kontrollüberzeugung (MHCL-C): Die Kontrollüberzeugung bleibt bezüglich der Veränderung des Gesamtsummenscores über die Zeit in der KG stabil und in der IG sinkt sie etwas. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass in der IG die Werte der „internalen“ Domäne stabil bleiben, jedoch die Werte der „externen“ Domänen *Glück* (T0 = 22.0, T1 = 19.6, T2 = 18.1) und *medizinische Fachpersonen* (T0 = 10.8, T1 = 7.4, T2 = 8.3) sinken. Das deutet darauf hin, dass der zugeschriebene Einfluss von Glück (Anm. des Verf.: im Sinne einer günstigen Fügung des Schicksals) oder medizinischen Fachpersonen auf die Stimmen oder die Kontrolle über die Stimmen im Verlaufe der Zeit gesunken ist. In der KG bleiben die Werte in diesen Domänen gleich oder steigen etwas an. Im Umkehrschluss kann dies so interpretiert werden, dass durch die EFC-Beratung die internale Domäne – also die Überzeugung, selbst einen Einfluss resp. Kontrolle über die Stimmen zu haben – im Verhältnis zu den externen Domänen steigt. Die EFC-Studie von Schnackenberg (2017a, S. 184) kommt bezüglich Dimension Glück zu einem ähnlichen Resultat. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion über die Zeit in der EFC-Gruppe im Vergleich mit der KG. Diese Resultate passen zum theoretischen Rahmen der Konzeptualisierung von Stimmenhören im Kontext der Forschung von Romme und Escher (2013) und zu den Annahmen und Erfahrungen von Coleman and Smith (2014) sowie dem HVM (Intervoice, 2022b), die davon ausgehen, dass

durch die Arbeit mit den Stimmen, so wie sie mit der EFC-Beratung vermittelt und unterstützt wird, der Umgang mit den Stimmen und die eigene Kontrolle darüber wichtige Aspekte sind, die gestärkt werden. Zudem kann die Stärkung der Überzeugung, selbst etwas verändern zu können resp. die Reduktion der Überzeugung, dass Kontrolle oder Veränderungen mit *Glück* oder *medizinischer Hilfe* zu tun haben, auch ein Hinweis darauf sein, dass durch EFC-Beratung eine Entwicklung im Sinne von Personal Recovery und im Speziellen eine Stärkung der Domäne von Empowerment möglich ist, die u.a. mit persönlicher Verantwortungsübernahme und einem Gefühl von Kontrolle im Leben beschrieben wird (Leamy et al., 2011, S. 448).

Personal Recovery (QPR): Die Resultate bezüglich Personal Recovery zeigen eine deutliche Verbesserung in der KG gegenüber der IG über die beiden Messzeitpunkte. Die Steigerung des Gesamtsummenwertes in der IG um 3.8 Punkte von 34.7 auf 38.5 entspricht etwas mehr als 10% des Baseline-Wertes, der Anstieg in der KG um 7.4 Punkte von 35.9 auf 43.3 entspricht ungefähr 20%. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Werte der TN zeigt sich, dass insbesondere in der IG zwei TN bei T0 und T2 ungewöhnlich tiefe Werte aufwiesen (T0: 8, 11; T2: 16, 20), die man als Ausreißer bezeichnen kann, die bei der tiefen Anzahl TN ($n = 6$) in der IG die Durchschnittswerte deutlich beeinflussen können. Im Vergleich ist der tiefste Wert in der KG bei T0 mit 14 resp. T2 mit 36 deutlich höher. Die nachträglich berechneten Median-Werte (siehe Tabelle im Anhang J) präsentieren hier deutliche Unterschiede im Vergleich mit den Mittelwerten. Der T0 Median-Wert in der IG liegt bei 39 und steigt bei T2 auf 45. In der KG liegt er bei T0 gleich auf und steigt bei T2 auf 42 Punkte. Die prozentuale Steigerung hat sich bei Berücksichtigung der Median-Werte deutlich zugunsten der IG verändert (IG = 15%, KG = 7%). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass nachfolgende Analysen unter Berücksichtigung aller TN andere Resultate liefern könnten, da die Ausreißer bei einer größeren Anzahl TN keinen so großen Einfluss mehr hätten. Ein Vergleich mit der Pilotstudie von Schnackenberg (2017a) ist nur über Prozentwerte möglich, da eine Vorgängerversion des QPR mit 22 Items (Neil et al., 2009) verwendet wurde. Die Resultate zeigen ein etwas deutlicheres Bild bezüglich der Unterschiede zwischen der IG und KG als in der vorliegenden Studie (Ebd., S. 172). In der EFC-Gruppe stieg der Gesamtsummenwert von 49.0 auf 50.8 um knapp 4%, während er in der KG von 56.8 auf 46.2 um 19% sank.

An dieser Stelle sollte noch ein kritischer Blick auf die Auswahl des Instrumentes resp. den Versuch eingegangen werden, mit einem standardisierten Messinstrument Personal Recovery als ein subjektives Konstrukt eines

individuellen Prozesses zu operationalisieren und zu erfassen. Dies kann allenfalls helfen, die hier diskutierten Resultate besser einordnen und verstehen zu können.

Bei der Wahl des Instrumentes stellt sich die Frage, inwiefern das Gewählte passend für die Studie war. In der Literatur bekommt der gewählte QPR gute Noten, weil er unter aktivem Einbezug von Menschen mit eigener Erfahrung entwickelt wurde (Neil et al., 2009) und die verschiedenen im CHIME-Framework genannten zentralen Aspekte von Recovery gut widerspiegelt (Shanks et al., 2013). Zudem ist er einer der am häufigsten benutzten standardisierten Fragebögen zur Erfassung von Personal Recovery (Leendertse et al., 2021). Eine Übersichtsarbeit zum Zusammenhang von Personal und Clinical Recovery zeigt, dass dieser Zusammenhang gering ist und man davon ausgehen kann, dass die verwendeten Instrumente zur Messung von Personal Recovery (u.a. mit dem QPR) sich deutlich von Clinical Recovery unterscheiden (Van Eck et al., 2017). Dennoch zeigte sich in einer aktuellen Übersichtsarbeit (Leendertse et al., 2021) (S. 7), dass beim QPR ein stärkerer Zusammenhang zu Symptomdomänen anderer Fragebögen besteht als bei anderen Recovery-Fragebögen und sich demnach etwas weniger klar unterscheiden gegenüber dem medizinischen Verständnis von Genesung. In diesem Sinne sollte bei einer nächsten Studie nochmals überprüft werden, ob allenfalls nicht ein anderes Instrument geeigneter wäre, auch wenn dadurch die Vergleichbarkeit mit anderen Studien eingeschränkt würde, da der QPR eines der am meisten verwendeten Instrumente ist (Leendertse et al., 2021). Für die vorliegende Studie war neben den fachlichen und inhaltlichen Argumenten auch die Vergleichbarkeit mit der Pilotstudie von Schnackenberg (2017a) ausschlaggebend für die Auswahl des Instrumentes.

Subjektiver Sinn Stimmenhörfahrung (SuSi): Die Resultate bezüglich subjektivem Sinn zeigten wenig eindeutige Veränderungen resp. Unterschiede zwischen den Gruppen. Da diese Skala keinen Gesamtsummenscore beinhaltet, wurden nur die einzelnen Subskalen angeschaut. Diese sprechen mit der Reduktion des positiven Symptomerlebens in der IG und den destruktiven Auswirkungen in der KG eher gegen die EFC-Intervention und ähneln damit den Resultaten der gemessenen Psychopathologie. Ein Vergleich mit anderen EFC-Studien zu diesem Ergebniskriterium liegt nicht vor. In einer Studie zur Metakognitiven Therapie für Menschen mit einer Psychose (MKT+⁶), die ähnliche Ziele verfolgt wie die EFC-Beratung – wenn auch nicht nur für Stimmenhören –

⁶ MKT+ zielt darauf ab, die Fehler der Kognition im Allgemeinen zu verdeutlichen und Patient*innen zu ermutigen, über ihren eigenen Denkstil in Bezug auf die Symptome (wie Stimmenhören) und das tägliche Leben nachzudenken und beinhaltet Module zu kognitiven Verzerrungen, Selbstwertgefühl, Umgang mit Stigmatisierung und Stress sowie emotionale Probleme

wurde auch der SuSi-Fragebogen verwendet. Dabei stiegen die Werte in der MKT+ Gruppe bezüglich Attribution von Lebensereignissen und positivem Symptomerleben über die Zeit im Vergleich zur Kontrollgruppe, während die Werte bezüglich negativem Symptomerleben sowie negativer Konsequenzen sanken (Ebd., S. 312). Es scheint also zumindest möglich, dass Interventionen wie die EFC-Beratung auch hier eine Veränderung bewirken können.

Neuroleptika Einnahme – Anzahl verschiedener und Tagesdosis (CPÄ): Der bei Baseline starke Unterschied der CPÄ-Dosis zwischen den Gruppen (IG = 455 mg vs. KG = 855 mg) blieb auch bei T2 bestehen (IG = 477 mg vs. KG = 819 mg) und es zeigte sich in beiden Gruppen auch keine relevante Veränderung der Werte über die Zeit. Bei genauerer Betrachtung der Daten kann festgestellt werden, dass der Unterschied vor allem auf zwei TN der KG mit Werten von 1475 mg und 2700 mg sowie einer TN der IG, die keine Medikamente einnahm, zurückzuführen ist (siehe Anhang K). Ohne diese Ausreißer würde sich der Mittelwert etwas angleichen, wobei sich die Veränderung über die Zeit nicht relevant verändern würde, wie eine kurze, nicht dokumentierte Nachanalyse der Daten durch den Autor ergab. Die CPÄ-Tagesdosen der TN der vorliegenden Studie sind im Vergleich mit der Pilotstudie von Schnackenberg (Schnackenberg et al., 2016) vor allem in der IG tiefer. Im Vergleich mit der empfohlenen Tagesdosis von 600 mg CPÄ der Behandlungsleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.) (2019, S. 35) sind sie aber deutlich höher. Nimmt man die Definition des Royal College of Psychiatrists (2019, S. 5) für Hochdosierung von Neuroleptika zu Hilfe, so liegt der Mittelwert in der KG nur minimal unter dem definierten Wert von 1000 mg. Bei Betrachtung der einzelnen Werte der TN (siehe Anhang K) zeigt sich, dass bei T0 23.8% der TN (5 von 21) diesen Wert erreicht oder überschritten haben. Bei T2 sind es 21.4% (3 von 14). Diese Werte könnten ein Hinweis dafür sein, dass es sich bei der Stichprobe – zumindest beim erwähnten Viertel – um Menschen mit schweren psychischen Problemen handelt, da bei solchen in der Regel auch höhere Dosen von Neuroleptika empfohlen werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.), 2019, S. 36). Dies deckt sich auch mit den zuvor berichteten Werten bezüglich Einschätzung der Psychopathologie. Zudem könnte es auch ein Hinweis auf die Hilflosigkeit der Medizin gegenüber nicht verschwindenden Symptomen wie Stimmen sein, denen nicht anders begegnet werden kann als mit immer höheren Dosen von Medikamenten und allenfalls auch Kombinationen verschiedener Präparate, so wie es Behandlungsleitlinien empfehlen (Ebd., S. 36) und Stimmenhörende teilweise berichten (Hansen, 2015). Die Anzahl an verschiedenen Präparaten

unterschied sich bei T0 zwischen den beiden Gruppen deutlich (IG = 1.3 vs. KG = 2.0) und glich sich dann bei T2 etwas an (IG = 1.6 vs. KG = 1.8). Die hohen Standardabweichungen zeigten eine große Varianz innerhalb der Gruppen zwischen den TN. Dies deutet darauf hin, dass zumindest einige eine deutlich höhere Anzahl verschiedener Präparate eingenommen haben oder einnehmen. Die gut bekannten und beforschten Nebenwirkungen insbesondere bei hohen Dosierungen, Kombinationen von verschiedenen Präparaten sowie der Langzeiteinnahme von Neuroleptika (Bjornestad et al., 2020, S. 517f; Schnackenberg & Burr, 2017, S. 150 ff.) scheinen bezüglich psychosozialer oder therapeutischer Interventionen wie der EFC-Beratung wichtig. Einerseits können diese es den Teilnehmenden erschweren, bei einem solch anspruchsvollen Arbeits- und Genesungsprozess mitzuwirken (u.a. wegen Müdigkeit, Konzentrationsproblemen). Andererseits können Interventionen wie EFC-Beratung helfen, Medikamente zu reduzieren, weil sie das Leiden durch die Stimmen reduzieren und die Kontrolle über sie unterstützen können (Schnackenberg & Burr, 2017, S. 152 f.). In der vorliegenden Studie waren vor allem die TN der Kontrollgruppe von Hochdosierungen und Kombinationstherapie etwas stärker betroffen. Aufgrund der vorherigen Ausführungen würde dies eher zu schlechteren Resultaten in der KG, beispielsweise bezüglich Psychopathologie, und allenfalls zu einer Überschätzung des Effektes der IG, hier der EFC-Beratung, führen.

Schlussbetrachtungen bezüglich Wirksamkeit: Insgesamt zeigen sich bei dieser explorativen, deskriptiven Analyse wenig Hinweise auf einen Vorteil der EFC-Beratung gegenüber der üblichen Behandlung. Dies mag an der tiefen Anzahl TN liegen, die bis zum jetzigen Zeitpunkt in der Analyse berücksichtigt werden konnten, der damit einhergehenden starken Heterogenität der Daten sowie am starken Einfluss einzelner Ausreißer. Die Resultate sollten bezüglich der hier beschriebenen Einschränkungen mit Vorsicht verwendet werden. Es bleiben die Resultate der End-Analyse unter Berücksichtigung aller TN einschließlich des Follow-up-Messzeitpunktes (T3) abzuwarten. Diese werden ab Mitte 2023 vorliegen.

4.5.4 RCT-Studiendesign zwischen interner und externer Validität

4.5.4.1 Einordnung des Studienprotokolls bezüglich pragmatischer Ausrichtung von kontrollierten Interventionsstudien

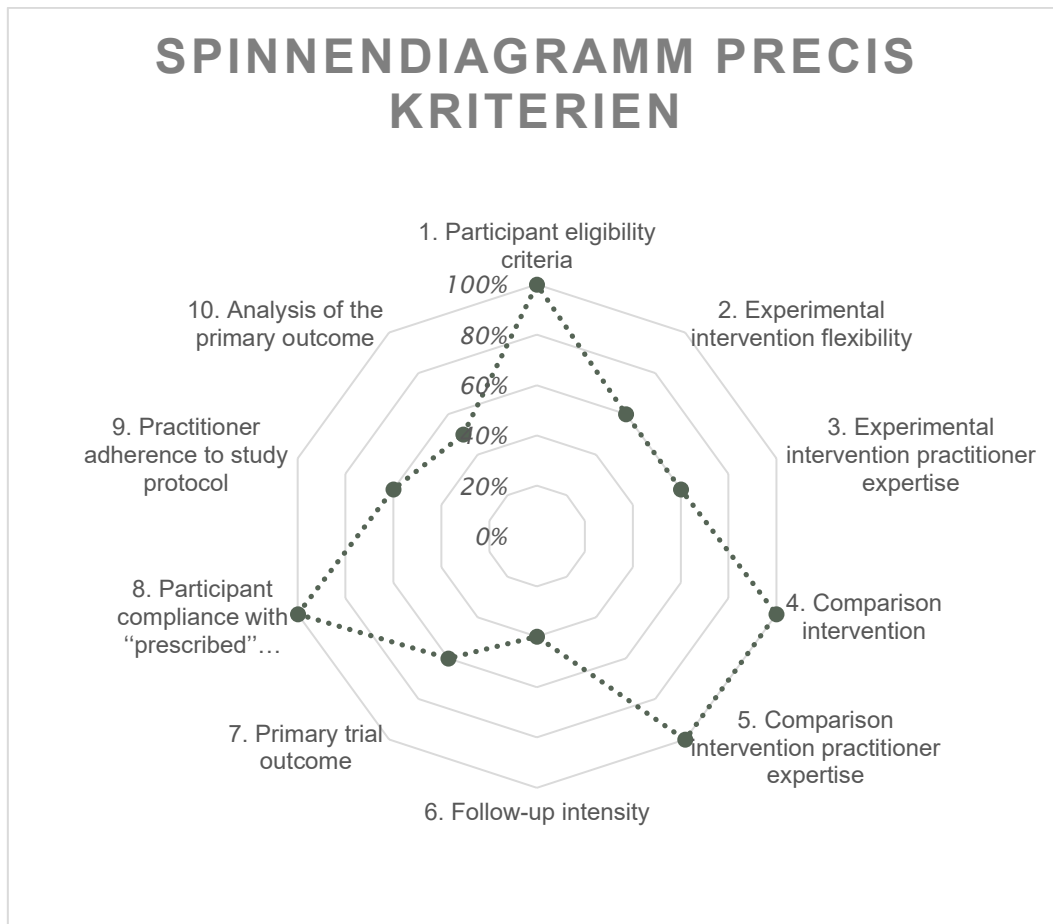
Die vorliegende Studie hatte im Kontext der Diskussion bezüglich interner und externer Validität resp. zwischen erklärenden oder pragmatischen Ansätzen in der Interventionsforschung zum Ziel, einen pragmatischen Ansatz zu verfolgen. Damit

liegt der Fokus auf der externen Validität und einer möglichst praxisnahen Umsetzung der Intervention. Die Abstriche bei der für die Generalisierbarkeit so wichtigen internen Validität – hier dem eindeutigen Nachweis, dass die Wirksamkeit auf die Intervention zurückzuführen ist – sollten durch eine möglichst transparente Beschreibung der Methode ersichtlich gemacht werden (Behrens, 2015, S. 255 f.). Das von Thorpe et al. (2009) entwickelte PRECIS-Tool ermöglicht eine Einschätzung des Studienplans anhand verschiedener Kriterien bezüglich Ausrichtung in den beiden Dimensionen (interne und externe Validität). Die zehn Kriterien sind (Ebd., S. 467; Übersetzung durch den Autor):

1. Die Einschlusskriterien für die Studienteilnehmenden
2. Die Flexibilität, mit der die experimentelle Intervention angewendet wird
3. Das Ausmaß der Fachkenntnisse der Fachpersonen in der Praxis bei der Anwendung und Überwachung der experimentellen Intervention
4. Die Flexibilität, mit der die Vergleichsintervention angewandt wird
5. Das Ausmaß der Fachkenntnisse der Fachpersonen in der Praxis bei der Anwendung und Überwachung der Kontrollintervention
6. Die Intensität der Follow-up-Messungen bei den Studienteilnehmenden
7. Die Art des primären Ergebniskriteriums der Studie
8. Die Intensität, mit der die Einhaltung der vorgeschriebenen Intervention durch die Studienteilnehmenden gemessen wird, und ob Strategien zur Verbesserung der Einhaltung eingesetzt werden
9. Die Intensität der Einhaltung der Behandlungsintegrität der Fachpersonen in der Praxis, die die Studienintervention durchführen, ob Strategien zur Verbesserung der Behandlungsintegrität angewandt werden
10. Die Spezifikation und der Umfang der Analyse des primären Ergebnisses

Für die vorliegende Studie resp. den vorliegenden Studienplan wurde diese Einschätzung anhand der Instruktionen von Thorpe et al. (2009, S. 468 ff.) gemacht. Wie die Autor*innen schreiben, geht es hier nicht um eine exakte Einschätzung, sondern eher darum, ein ungefähres Bild zu bekommen. Sie schlagen für die Darstellung ein Spinnendiagramm vor (Ebd., S. 472), auf welchem jeweils außen die Ausprägung in Richtung einer hohen externen Validität abgebildet wird. Je stärker die externe Validität ausgeprägt ist, desto mehr Fläche ist im Spinnendiagramm abgedeckt resp. desto weiter außen verläuft die Einschätzungslinie. Da die Autor*innen keine vorgegebene Skala vorgeschlagen haben, wurde eine 5er-Skala verwendet resp. die Strahlen des Spinnendiagramms in 20%-Teile unterteilt (siehe Abbildung 5).

Abbildung 6: Einschätzung Protokoll EFC-Studie anhand PRECIS-Tool



Die Einschätzung zeigt (Abbildung 5), dass die EFC-Studie in den Bereichen 1, 4, 5 und 8 bei 100% bezüglich Pragmatik, in den Bereichen 2, 3, 7 und 9 bei 60% und im Bereich 6 bei 20% liegt. Der Bereich 10 wurde mit 50% bewertet, da die Analyse in der vorliegenden Studie nur explorativ und deskriptiv erfolgte und keine multivariate Analyse über verschiedene Messzeitpunkte angewendet wurde. Insgesamt zeigt diese übersichtsmäßige Analyse, dass das Protokoll der Studie und somit auch die Durchführung deutlich einem pragmatischen Zugang zugeordnet werden können. Demnach eignet sie sich eher für Aussagen bezüglich Übertragbarkeit in die reale Praxis und der entsprechenden Wirksamkeit als eine klare Aussage über die alleinige effektive Wirksamkeit der Intervention unter Idealbedingungen.

4.5.4.2 Notwendigkeit von Studiendesigns in beide Richtungen

Auch wenn es für die Übertragbarkeit von Interventionen in die reale Praxis wichtig ist, die externe Validität zu berücksichtigen, werden die dabei gemachten Abstriche bei der internen Validität in systematischen Übersichtsarbeiten oder auch Behandlungsleitlinien oft als methodische Schwäche resp. erhöhtes Risiko von systematischen Verzerrungen beurteilt (Buchberger et al., 2014, S. 1433). Im

Kontext der Entwicklung von externer Evidence für Interventionen stellt sich demnach die Frage, inwiefern es Studien beider Ansätze, also solche mit ausgeprägter interner resp. externer Validität braucht und in welcher Reihenfolge diese durchgeführt werden sollten. In der Forschungsliteratur werden dazu in der Regel vier Phasen beschrieben (Forbes, 2009, S. 559 f.). Bezüglich der EFC-Beratung können die ersten beiden Phasen, die Identifizierung eines klinisch relevanten Phänomens und der Aufbau eines theoretischen Kontexts bezüglich des Phänomens, als bereits erfolgt betrachtet werden. Die beiden weiteren Phasen beschäftigen sich mit den beiden Konzepten *efficacy* und *effectiveness* (Joos et al., 2013, S. 89). *Efficacy Studies* werden dabei als Studien beschrieben, die unter Idealbedingungen die Wirksamkeit einer Intervention untersuchen und demnach eine hohe interne Validität aufweisen sollten. Bei *Effectiveness Research* interessiert die Identifikation des Nutzens und der Risiken unter Alltagsbedingungen im Vergleich zu bestehenden Therapieverfahren resp. zur üblichen Behandlung. In der dritten Phase geht es um die Untersuchung der Wirksamkeit von Interventionen mit kontrollierten Studiendesigns, beispielsweise kleineren RCT's, die eine hohe interne Validität aufweisen und Aussagen zur Generalisierung ermöglichen (Forbes, 2009, S. 560). In der vierten, der letzten Phase stehen dann pragmatische Studien im Fokus, bei denen es um die Umsetzbarkeit resp. Übertragbarkeit in der realen Praxis geht (Ebd.). Forbes (2009) beschreibt in ihrem Methodenartikel aufgrund bisheriger Erkenntnisse in der Pflegeforschung und ihrem Beitrag an die Interventionsforschung zusätzlich spezifische Phasen der Interventionsforschung in der Pflege (S. 260). Nach der ersten Phase, die sich hauptsächlich mit der Entwicklung der Intervention beschäftigt, beinhaltet die zweite Phase explorative Studien mit dem Fokus auf Akzeptanz, Durchführbarkeit und Wirksamkeit der Intervention. Dabei sollen auch die Erfahrungen der Studienteilnehmenden einbezogen werden und verschiedene Versionen der Intervention getestet werden, um eine optimale Wirksamkeit zu erreichen. In der dritten Phase soll eine endgültige RCT durchgeführt werden, die so konzipiert ist, dass die Komplexität der Studie bewältigt werden kann. Entscheidend dabei sei, dass alle wichtigen Störfaktoren berücksichtigt und erfasst werden. In der vierten Phase geht es dann um Langzeitbeobachtungsstudien und Replikationen.

4.5.4.3 Einschätzung des aktuellen Forschungsstandes der EFC-Beratung in Bezug auf zukünftige Forschung

Unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Phasen für Interventionsforschung in der Pflege (Forbes, 2009) soll im Folgenden der aktuelle Forschungsstand der EFC-Beratung in der Pflege analysiert werden.

Bezüglich EFC-Beratung kann wie schon erwähnt die erste Phase mit den verschiedenen Arbeiten von Romme and Escher (2013) sowie auch von Stimmenhörenden selbst (Coleman & Smith, 2014) als abgeschlossen betrachtet werden. Die bisherige Forschung zu EFC-Beratung, die verschiedene Aspekte der Akzeptanz, Durchführbarkeit und Wirksamkeit der Intervention umfasst, kann der zweiten Phase zugeordnet werden. Einerseits beschäftigten sich neben der vorliegenden Arbeit zwei Interventionsstudien mit der Machbarkeit und Wirksamkeit der EFC-Beratung (siehe auch Abschnitt 4.1.7 zum aktuellen Forschungsstand zu EFC-Beratung). Schnackenberg et al. (2016) taten dies im Rahmen einer ersten RCT-Pilotstudie im Sinne einer Machbarkeitsstudie mit zwölf Studienteilnehmenden, die einerseits Ergebnisse in Bezug auf methodische Verbesserungen des Designs hervorbrachten sowie auch erste Erkenntnisse bezüglich Wirksamkeit. Steel et al. (2019) untersuchten die EFC-Beratung mit einem Case-Series-Design bei 15 Studienteilnehmenden. Auch sie weisen auf methodische Aspekte hin und liefern erste erfolgreiche Resultate bezüglich Wirksamkeit. Zusammengefasst empfehlen die beiden letztgenannten einerseits methodisch verbesserte und größere kontrollierte Studien, weisen aber auch auf eine noch große Heterogenität der Ergebnisse hin, die eine vertiefte Untersuchung der Reaktionsprofile der Studienteilnehmenden erfordert, um diese noch besser verstehen zu können. Zudem liefert die vorliegende Studie ein Studienprotokoll, welches sich mit ein paar wenigen Änderungen für eine größer angelegte Studie eignet. Neben den quantitativen Ergebnissen in Bezug auf Evaluation des Designs und der Wirksamkeit der Intervention wurden in beiden oben genannten Studien auch die Erfahrung und Sichtweise der Studienteilnehmenden in drei qualitativen Studien untersucht (Schnackenberg, Fleming, & Martin, 2018; Schnackenberg, Fleming, Walker, et al., 2018; Steel et al., 2020). Diese zeigen, dass die EFC-Beratung von den Studienteilnehmenden sowie von den Fachpersonen, die die Beratung im Rahmen der Studien angeboten haben, positiv bewertet wurde. Sie wurde als in der Praxis leicht umsetzbar eingeschätzt und als hilfreich, um die Stimmen und ihre Bedeutung im Kontext des Lebens besser verstehen zu können. Zudem konnte eine Verbindung zwischen der Reduktion der Belastung und einem besseren Verständnis der sowie mehr Kontrolle über die Stimmen identifiziert werden. Der Stimmendialog wurde von einigen Studienteilnehmenden als Herausforderung und nicht nur als positiv erlebt. Zusätzlich besteht eine Masterarbeit, die sich mit dem persönlichen Erleben und dem Prozess von Stimmenhörenden während der EFC-Beratung auseinandersetzt (Freitag, 2019). Sie kommt zu ähnlichen Ergebnissen wie die anderen drei qualitativen Studien und betont zusätzlich, dass sich die EFC-Beratung als eine recovery-orientierte

Methode erwiesen habe, die den Stimmehörenden Hoffnung signalisiert, ihre Selbstständigkeit und Lebensqualität steigert und darüber hinaus zu einer erhöhten Handlungsfähigkeit beiträgt. Es sind keine Studien bekannt, die den Kriterien der dritten und vierten Phase entsprechen würden.

Aufgrund dieser Einschätzung wäre ein nächster Schritt zur weiteren Beforschung des EFC-Ansatzes eine größere, methodisch gut durchgeführte Wirksamkeitsstudie unter Idealbedingungen, die als Abschluss der zweiten Phase bezeichnet werden kann. Dabei sollen die Anpassungen und Empfehlungen aus den beschriebenen Forschungsarbeiten und der vorliegenden Pilotstudie berücksichtigt werden, wobei sich der Forschungsplan deutlich stärker an der Schaffung von interner Validität orientieren soll. Erst in einem weiteren Schritt soll es dann um pragmatische Studien gehen, die die Intervention in klinischen Settings unter Bedingungen der realen Welt untersucht. Zudem sollen dabei auch die Reaktionsprofile der Studienteilnehmenden untersucht werden, allenfalls auch mit qualitativen Methoden und anderen Designs als der RCT's (siehe auch folgendes Kapitel 4.5.5).

4.5.5 Alternative Designs für die zukünftige Forschung

Neben der Diskussion bezüglich Verwendung von wenig individualisierten Ergebniskriterien und entsprechender Instrumente in RCT's und den Vorschlägen, wie dem in Zukunft begegnet werden kann (siehe Abschnitt 4.5.2.2 Assessmentinstrumente und -termine), soll hier noch kurz etwas grundsätzlicher auf die Diskussion bezüglich Kritik resp. Wichtigkeit von RCT's eingegangen werden. Ergebnisse aus RCT's bilden die höchste Evidenzstufe von Einzelstudien in der Interventionsforschung zur Begründung der Wirksamkeit von Interventionen im Sinne von EbN (Behrens & Langer, 2016, S. 237). Diese externe Evidenz bildet die Grundlage zur Schaffung von Zustimmungen und Bedingungen für die Implementierung von Interventionen in die klinische Praxis. Trotzdem besteht weiterhin das Problem der Generalisierbarkeit der externen Evidenz aus RCT's auf die individuelle Situation von einzelnen Personen (Behrens, 2015, S. 257f; Fisher et al., 2018, S. E6106). In Bezug zur vorliegenden Studie scheinen insbesondere die drei folgenden Probleme relevant:

- Die Ergebnisse solcher Studien beziehen sich jeweils auf Unterschiede von Gruppenmittelwerten und es ist schwierig zu erkennen, welchem Punkt auf der „Punktwolke“ die Person entspricht, auf welche die Resultate übertragen werden sollen (Fisher et al., 2018, S. E6107).

- Zur Verbesserung der internen Validität werden die in den Studien verwendeten und zu überprüfenden Interventionen standardisiert; in der vorliegenden Studie beispielsweise mit einem festgelegten Rahmen bezüglich Dauer der Termine, Gesamtlänge der Intervention und anderen Maßnahmen. Dies, obwohl diese standardisierte Anwendung in der Praxis aufgrund der individuellen Situation der Person und den Umgebungsbedingungen so oft nicht umgesetzt werden kann oder aber sich die Intervention nicht gut standardisieren lässt (Shean, 2014, S. 2). Dieses Thema scheint auch im Kontext der personalisierten Medizin relevant, da es dabei nicht um standardisierte „one size fits all“, sondern um individualisierte Interventionen geht (Peeters, 2015, S. e1313).
- Zudem scheint es insbesondere bei seltenen Phänomenen oder Erkrankungen sowie Personen in stark belastenden Situationen schwierig, eine genügend große Stichprobe zu erzielen, um mit den entsprechenden Analysen eine Wirksamkeit nachweisen zu können, sofern es denn eine solche gibt.

Ein weiteres Thema sind die eher tiefen Effektstärken bezüglich medikamentöser, aber auch psychologischer Interventionen in der Psychiatrie mit Werten von standardisierten Mittelwertsunterschieden (Standardized Mean Differences, SMD) um 0.35 (Leichsenring et al., 2022, S. 136). In einer Studie zum Vergleich zwischen standardisierten Symptomchecklisten und personalisierten Ergebniskriterien konnte gezeigt werden, dass bei der Verwendung personalisierter Ergebniskriterien deutlich höhere Effektstärken bezüglich der untersuchten Intervention erreicht werden konnten (Lindhiem et al., 2016, S. 14). Die Autor*innen gehen davon aus, dass mit standardisierten Messinstrumenten die Wirksamkeit von psychologischen Interventionen unterschätzt werden. Zudem ist bekannt, dass bei der Durchführung von RCT's die Anwendung von rigiden Ausschlusskriterien zur Verbesserung der internen Validität dazu geführt hat, dass die Stichproben solcher Studien nur einen kleinen Teil der entsprechenden Gesamtpopulation in der realen Welt repräsentieren (Kennedy-Martin et al., 2015; Lally et al., 2018; Taipale et al., 2022). Auch scheinen weitere kritische Diskursstränge relevant, so beispielsweise die zufällige Zuteilung in eine Intervention im Rahmen von RCT's im Kontext der in der EbN-Methode postulierten Berücksichtigung der Präferenz der Person (Behrens & Langer, 2016, S. 89) und die damit einhergehende unklare Wirkung dieser Entscheidung auf die Person, die einer Kontrollintervention zugeteilt wurde, obwohl sie sehr wahrscheinlich eher die zu untersuchende Intervention präferiert hätte.

Aufgrund der obigen Diskussionspunkte aber auch bezüglich der Präferenzorientierung und Individualisierung der Interventionen und Messinstrumente insbesondere bei kleinen, heterogenen Stichproben wurden in den letzten Jahren im Bereich der Einzelfallstudien ältere Studiendesigns wieder häufiger diskutiert. So auch die „N-of-1-Trails“, eine Art Einzelfallstudie, bei welcher bei einer Person individuelle Ziele sowie Messgrößen über einen längeren Zeitraum in verschiedenen Phasen häufig erfasst werden (Kravitz et al., 2014; Lillie et al., 2011). Die erste Phase ist eine Kontrollphase oder Baseline-Phase, in der lediglich Datenerhebung erfolgt. In einer zweiten Phase geht es dann zusätzlich zur Datenerhebung über mehrere Messzeitpunkte um die Durchführung einer allenfalls personalisierten Intervention. Danach kann eine weitere Phase mit einer anderen Intervention oder allenfalls eine Follow-Up-Phase folgen, in der erneut über mehrere Messzeitpunkte Daten erhoben werden. Der Vergleich der Daten der verschiedenen Phasen kann dann Aufschluss über die Wirksamkeit der Intervention sowie deren Nachhaltigkeit ergeben. Die hohe Anzahl an Messzeitpunkten ermöglicht das Erreichen einer gewissen statistischen Power für entsprechende Analysen. Es wird empfohlen, zum Erleben der Intervention oder zu spezifischen Erkenntnissen innerhalb des Veränderungs- oder Genesungsprozesses parallel zu den quantitativen Daten auch qualitative Daten zu erheben (Kelle & Krones, 2010, S. 635; Neale & Strang, 2015, S. 1215). Mehrere so durchgeführte Studien können auch zusammenfassend analysiert ein gutes Bild einzelner Verläufe einer personalisierten Intervention aber auch ein Gesamtbild über verschiedene Verläufe geben (Lillie et al., 2011, S. 7 f.). Weiter könnten dabei auch Fallserien hilfreich sein, wie sie von Steel et al. (2019) zur Untersuchung der EFC-Beratung verwendet wurden. Neben der Erfassung und Evaluation der quantitativen Daten haben sie ergänzend auch qualitative Daten erhoben und analysiert (Steel et al., 2020).

Bei weiteren Forschungstätigkeiten bezüglich der EFC-Beratung scheinen sich solche Einzelfallstudien sowie Fallserien zu eignen, um den beschriebenen Einschränkungen von reinen RCT's zu begegnen.

4.5.6 Empfehlungen für den weiteren Forschungsprozess der EFC-Beratung

Aufgrund der Diskussion bezüglich der Evaluation der Pilotstudie, der Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit sowie der Ausrichtung des Designs der vorliegenden Studie, sollen bei der weiteren Forschung zum EFC-Ansatz verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Dabei geht es einerseits um einen Forschungsstrang, der darauf abzielt, eine qualitativ hochstehende Wirksamkeitsstudie mit hohem

Evidenzlevel durchzuführen. Dieser soll dazu beitragen, Einschluss in Behandlungsleitlinien und -empfehlungen zu finden und damit Argumente für die Implementierung der EFC-Beratung in der klinischen Praxis liefern. Zum besseren Verständnis der Intervention und ihren Wirkmechanismen auf individueller Ebene sowie zur Unterstützung der Entscheidungsfindung in der realen Praxis, dienen Hinweise für einen weiteren Forschungsstrang im Bereich von Einzelfallstudien unter Berücksichtigung von individuellen Ergebniskriterien mit quantitativen und qualitativen Methoden.

4.5.6.1 Hinweise zum Forschungsstrang qualitativ hochstehende Wirksamkeitsstudie:

Rekrutierung:

- Eine genügend hohe Anzahl an Studienzentren zur Durchführung der Studie sollte angestrebt werden, um die Rekrutierungszeit auf 12 bis 15 Monate zu begrenzen.
- Berücksichtigung einer Dropout-Rate von 20% bei der Berechnung der Stichprobengröße.

Ergebniskriterien und Assessmenttermine:

- Die Ergebniskriterien auf die individuellen Ziele der Studienteilnehmenden sowie auf deren individuellen Genesungsprozess fokussieren.
- Die Länge der Termine für die Einschätzung anhand entsprechender Skalen reduzieren oder auf mehrere Termine verteilen, um die Belastung für die TN zu reduzieren.
- Die Erfassung möglicher unerwünschter Ereignisse (AE), ohne nur auf die schweren Ereignisse (SAE) zu fokussieren.

Behandlungsintegrität:

- Die Entwicklung eines interventionsspezifischen Instrumentes zur Überprüfung der Behandlungsintegrität.

Studienorganisation:

- Die klare Trennung der Studienkoordination, der Studienassessor*innen und der Durchführenden der Intervention und ihren Aufgaben zur Gewährleistung eines reibungslosen Ablaufs und der Verblindung der Assessor*innen sowie einer Minimierung der „Kontamination“ der Kontrollgruppe mit interventionsspezifischen Informationen.

- Der Einsatz von möglichst wenigen Assessor*innen pro Studienort und möglichst nur einer Person für die Durchführung der Assessments bei derselben TN zur Gewährleistung einer hohen Reliabilität.
- Das Einwerben entsprechender Drittmittel für die umfassende Finanzierung der Studie, so dass alle zu finanzierenden Teile (Weiterbildung der Fachpersonen, zeitlicher Aufwand zur Durchführung der Intervention, Schulung der Assessor*innen, zeitlicher Aufwand zur Durchführung der Assessments, Expert*innen für die Supervision, zeitlicher Aufwand der Fachpersonen zur Teilnahme an der Supervision u.a.) finanziert werden können.

4.5.6.2 Hinweise zum Forschungsstrang im Bereich von Einzelfallstudien:

- Überprüfen und Auswählen eines geeigneten Einzelfalldesigns zur Durchführung von Einzelfallstudien.
- Definieren von relevanten Ergebniskriterien für die Überprüfung der Intervention im Rahmen der Einzelfallstudien unter Einbezug von Expert*innen durch Erfahrung mit Stimmenhören und allenfalls auch mit EFC-Beratung.
- Verwenden eines Instrumentes zur Definition und Beurteilung von individuellen Problemen resp. Zielen im Rahmen der Evaluation der Intervention, wie beispielsweise das *Psychological Outcome Profile (PSYCHOLOPS)* (Ashworth et al., 2004), die *Goal Attainment Scale (GAS)* (Kiresuk & Sherman, 1968) oder die *Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique (PQRSTUV)* (Chalkley & Mulhall, 1991).

4.5.7 Empfehlungen für die Praxis

Auch wenn die Resultate der vorliegenden Pilotstudie bezüglich Wirksamkeit noch keine validen Ergebnisse liefert und somit zur Implementierung in die Praxis nicht empfohlen werden kann, gibt es dennoch einige Hinweise, die für eine allfällige Implementierung genutzt werden können. Insbesondere die Schulung und Anwendung der EFC-Beratung im Rahmen der Studie durch diplomierte Pflegefachpersonen zeigen, dass auch mit einer relativ kurzen Schulung mit integrierter Supervision sowie einer begleitenden Supervision bei der Durchführung das Anbieten der EFC-Beratung in der klinischen Praxis durch Pflegefachpersonen ein realistisches Unterfangen darstellt. Die Einschätzung des Supervisors bezüglich der Behandlungsintegrität aufgrund der durchgeführten Supervisionstermine zeigt, dass die EFC-Beratungen dem entsprechen, was in der Schulung vermittelt wurde, obwohl die Interventionist*innen mit den ein bis zwei durchgeführten EFC-Beratungsdurchgängen vor der Studie erst sehr wenig Erfahrung mit dem Anwenden der Intervention hatten. Diese Erkenntnisse decken

sich auch mit den qualitativen Ergebnissen der Pilotstudie von Schnackenberg, Fleming, Walker, et al. (2018) und der Arbeit von Freitag (2019), die die EFC-Beratung als einfachen, in der Praxis gut umsetzbaren und hilfreichen Ansatz beurteilen. Insbesondere die Studie von Schnackenberg, Fleming, Walker, et al. (2018) zeigt, dass dies auch der Einschätzung von Pflege- und anderen Gesundheitsfachpersonen entspricht, die in der direkten klinischen Praxis arbeiten. Bei der Implementierung in der Praxis sollte demnach auf eine gute Schulung sowie auch regelmäßige, fortlaufende Supervision der Fachpersonen geachtet werden. Zudem scheint es wichtig, insbesondere in stark traditionell ausgerichteten Organisationen dem noch neuen und teilweise auch unbekanntem Zugang zum Phänomen Stimmenhören Rechnung zu tragen. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein neuer Ansatz, der viele bisherige Konzepte und Annahmen – wie beispielsweise das medizinische Krankheitsmodell und die damit einhergehende Symptomfokussierung – in Frage stellt, zumindest in Teilen ein Paradigmawechsel bedeutet. Ein solcher ist innerhalb einer Organisation wohl nur mit einem strukturierten Change-Prozess im Sinne von Change-Management konstruktiv zu bewältigen, so wie dies auch bei anderen Innovationen in der Psychiatrie, wie beispielsweise der Peer-Arbeit, beschrieben wird (Cleary et al., 2019, S. 5). Bei der Implementierung sollte auf eine gute Information des gesamten interdisziplinären Behandlungsteams geachtet werden, um allfälligen Konflikten und Unklarheiten zuvorzukommen (Schnackenberg & Burr, 2017, S. 155 ff.). Dafür könnte auch die Übersichtsarbeit (Scoping-Review) über die verschiedenen gesprächsbasierten Ansätze bei Stimmenhören aus dieser Arbeit genutzt werden (siehe Kapitel 2).

5 Schlussteil

In diesem Schlussteil soll die gesamte Forschungsarbeit aus einer übergeordneten Perspektive betrachtet und reflektiert werden. Ein erster Teil beschäftigt sich mit dem gesamten Forschungsprozess und seinen Erfolgen und Herausforderungen, mit dem Fokus auf die Auswirkungen und Herausforderungen durch die Pandemie im Speziellen auf die Pilot-Interventionsstudie. In einem zweiten Teil wird der Frage nachgegangen, welche Verbindungen dieser Forschungsarbeit zur Professionalisierung der Pflege und entsprechenden Entwicklungen erkennbar sind und welche Einflüsse dieser Arbeit auf die Entwicklung der Professionalisierung der psychiatrischen Pflege vorstellbar erscheinen. Zum Schluss soll die eigene Person, ihre fachlichen Positionen und sich daraus ergebende Interessenskonflikte im Kontext dieser Forschungsarbeit reflektiert werden.

5.1 Diskussion des gesamten Forschungsprozesses

Mit der Abgabe dieser Dissertationsschrift ist die eigentliche Forschungsarbeit noch nicht ganz abgeschlossen. Der Entscheid der Hochschulleitung der VPU in Vallendar, die pflegewissenschaftliche Fakultät zu schließen und dem damit zusammenhängenden Beschluss, ohne driftige Gründe keine Additiv-Semester mehr zu bewilligen, hat dazu geführt, dass die Dissertation vor dem definitiven Abschluss der Pilotstudie Mitte 2023 abgegeben werden musste. Die letzten Follow-up-Daten werden im März 2023 vorliegen und ein Artikel der Pilotstudie mit Ergebnissen der Daten zu allen Messzeitpunkten ist für 2023 geplant. Dies wird der eigentliche Abschluss dieser Forschungsarbeit sein, die ihren Anfang im Jahr 2016 in Bielefeld am Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie genommen hat. Damit fiel der Entscheid, mich im Rahmen der Promotion nicht weiter mit dem Thema *positive Risktaking* meiner Masterarbeit (Burr & Richter, 2017) zu widmen, sondern dem Thema Stimmenhören und einer Pilot-Interventionsstudie als Weiterführung der Forschungsarbeit von Schnackenberg et al. (2016). Dies auch, weil es als Forschungsthema an meine klinische Tätigkeit anschlussfähig war, da ich unter anderem zu dem Zeitpunkt bereits seit einigen Jahren ein Gruppeangebot für Menschen die Stimmenhören co-moderiert und EFC-Einzelberatungen angeboten hatte. Mein Schwerpunktthema als Pflegeexperte MScN kristallisierte sich mit diesem Entscheid noch klarer heraus und entsprach immer mehr auch dem APN-Konzept nach Hamric et al. (2009), das neben allgemeinen Aufgaben im Kontext der sechs Kernkompetenzen⁷ sowie in der klinischen Praxis die Spezialisierung auf eine spezifische Population vorsieht sowie auch in der Forschung aktiv zu sein (Ebd., S. 83). Insbesondere durch meine Forschungstätigkeiten im Rahmen der Promotionsarbeit bekam diese Rolle eine schärfere Kontur und wurde von außen immer klarer wahrgenommen. In den folgenden zwei Jahren habe ich mich dem Erstellen einer Projektskizze gewidmet, die sich dann immer mehr zu einem ordentlich ausgereiften Studienplan entwickelte. Dies auch durch die engagierte Unterstützung insbesondere von Gianfranco Zuaboni, einem Pflegewissenschaftler und guten Freund aus Zürich, Joachim Schnackenberg, einem Experten im Bereich der EFC-Beratung aus Deutschland und England, Dirk Richter, einem renommierten Forscher in der psychiatrischen Pflege und Rehabilitation aus Bern sowie Michael Schulz aus Deutschland, dem wohl bekanntesten und einflussreichsten Pflegewissenschaftler in der Psychiatrie im deutschen Sprachraum. Alle kannte ich schon vor Beginn

⁷ Dazu gehören: Expertenberatung, Forschung, ethische Entscheidungsfindung, Durchführen von Konsultationen und Sprechstunden, fachliches, professionelles und systematisches Leadership, Zusammenarbeit

meiner Promotionsarbeit und durfte sie auch als Arbeitskollegen und später teilweise als vorgesetzte Personen kennen und schätzen lernen. Diese Vorarbeit der Projektskizze resp. des Forschungsplans war sehr wichtig für den Start ins Promotionsstudium, da es mir schon ein klares Bild gab, wo ich hinwollte. Dies hat dem Forschungsprozess zwischendurch schnellere Schritte ermöglicht, was viel zum Gelingen der Arbeit im Kontext der Pandemie beitrug, aber auch zum Abschluss innerhalb der engen zeitlichen Vorgaben im Kontext der Schließung der pflegewissenschaftlichen Fakultät an der Hochschule. Ein weiterer positiver Einfluss für das gesamte Promotionsstudium war, dass ich durch das Erwerben noch fehlender Punkte für die Aufnahme ins Promotionsprogramm und dem damit einhergehenden Belegen von zwei Modulen an der VPU, die Hochschule und deren Ausrichtung und Atmosphäre schon zwei Semester vor dem Start kennenlernen durfte. Zudem konnte ich während diesen zwei Semestern auch schon das entsprechende Promotionskolloquium besuchen und meine Kommiliton*innen kennenlernen. Dies alles führte dazu, dass ich im Wintersemester 2019 das Promotionsstudium mit einem positiven Gefühl starten konnte und mich sogleich mit dem schon gut vorbereiteten Ethikantrag der Pilotstudie für den Schweizer Studienarm beschäftigte. Ende 2019 lag dann das positive Votum mit ein paar kleinen Auflagen vor. Und dann kam das Frühjahr 2020 und die Pandemie. Diese beeinflusste die Durchführung der Pilotstudie an beiden Studienorten. In der Schweiz wurde am 27.3.2020 ein Studienstopp verhängt, der fast sechs Monate dauern sollte und den auf Mai 2020 geplanten Start der Rekrutierung um sechs Monate verzögerte. Ein weiteres Problem zeigte sich beim Ethikvotum des Studienarms in Deutschland. Ein erstes Versprechen der verantwortlichen Personen, dass das positive Votum aus der Schweiz in Deutschland übernommen würde, stellte sich als falsch heraus. Es musste ein weiterer Vollantrag gemacht werden, der dann im März 2021 vorlag. Durch die Auswirkungen der Pandemie resp. der dritten großen Welle am Studienort in Deutschland von April bis Mai 2021 und den damit einhergehenden Restriktionen konnte mit der Rekrutierung erst im Juni 2021 begonnen werden. Aufgrund dieser Entwicklungen habe ich dann nach Rücksprache mit verschiedenen beteiligten Personen sowie Diskussionen im Kolloquium entschieden, die Rekrutierungszeit von 24 auf 12 Monate zu kürzen und die angestrebte Anzahl an TN um die Hälfte zu reduzieren. Weiter hat mich die durch die Verschiebung der Rekrutierung entstandenen „Wartezeit“ zum Entscheid geführt, eine ohnehin geplante Übersicht zu gesprächsbasierten Ansätzen für Menschen mit Stimmenhören zu erweitern und eine systematische Übersichtsarbeit mit einem Scoping-Review-Design durchzuführen. Schon zu Beginn der Pandemie stand in den Promotionskolloquien

auch zur Debatte, den Studienplan aufgrund der Pandemie und der entsprechenden Probleme grundsätzlich zu ändern und die Pilotstudie mit einer angepassten Fragestellung und einem entsprechend anderen Design anzugehen. Für mich stand das aber nie wirklich zur Diskussion. Die Reduktion der Anzahl TN sowie auch das Argument, dass in der Studie nicht viel anderes gemacht wird als in der klinischen Praxis und deshalb die Studie unter entsprechenden Schutzmaßnahmen weitergeführt werden sollte, erwiesen sich im Nachgang als praktikabel. Dennoch scheint es unklar, wie sich die Pandemie anderweitig auf die Studie ausgewirkt hat. Vorstellbar ist, dass es beispielsweise bei der Rekrutierung zu einer gewissen Selektion gekommen ist, da viele Menschen in psychischen Krisen aus Angst vor Ansteckung psychiatrische Dienstleistungen nicht mehr oder viel weniger häufig in Anspruch genommen haben (Engels et al., 2022; Rojnic Kuzman et al., 2021). Das würde bedeuten, dass diese Population von der Rekrutierung ausgeschlossen blieb. Dass es trotzdem gut gelungen ist, genügend Personen zu rekrutieren und diese auch in der Studie zu halten, könnte daran gelegen haben, dass sich die Pandemie deutlich weniger stark auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Anm. d. Verf.: zu welchen die TN der Studie gemäß Resultate gehören) und ihre psychische Verfassung ausgewirkt hat, wie auf andere (Hofer et al., 2022). Die Pandemie hatte aber auch auf die Gesundheitsfachpersonen einen Einfluss. Es ist bekannt, dass Gesundheitsfachpersonen neben der Angst vor einer Ansteckung zusätzlich starkem Stress ausgesetzt waren, was zu einem deutlichen Anstieg von psychischen Problemen und empfundenem Stress geführt hat (Stocker et al., 2020, S. 15). Dieser Stress könnte sich in verschiedenen Bereichen auf die Studie ausgewirkt haben. Zum einen war es insbesondere für die Mitarbeitenden im Studienarm in Deutschland viel anspruchsvoller, neben ihren sonstigen Aufgaben auch denen im Rahmen der Studie gerecht zu werden, weil die Maßnahmen viel restriktiver waren als in der Schweiz. Dadurch haben sich die Energie und die zeitlichen Möglichkeiten, die für die Studie eingesetzt werden konnten, deutlich reduziert. Dies manifestierte sich unter anderem in Rekrutierungspausen und könnte sich allenfalls auch auf die EFC-Beratungen sowie die Durchführung der Assessmenttermine ausgewirkt haben. Die bisherigen Analysen geben aber keine Hinweise darauf, außer dass allenfalls bei den drei Studienteilnehmenden (TN 2-4) aus dem Studienarm aus Deutschland, die kurz nach der Baseline-Erhebung die Studienteilnahme abgebrochen haben, nicht genügend Zeit investiert werden konnte. Dies wiederum könnte dazu geführt haben, dass Hinweise bezüglich dieser Abbrüche übersehen wurden oder diese schon vor dem Einschluss hätte besser geklärt werden können. Insgesamt scheint es aber auch im Vergleich mit

anderen ähnlichen Studien gut gelungen zu sein, die Pilotstudie durchzuführen. Im weiteren Verlauf waren die Arbeiten im Rahmen der Pilotstudie sowie auch die Durchführung des Scoping-Reviews gut zu bewältigen. Dies lag auch an der stets konstruktiven und hilfreichen Unterstützung und entsprechenden Rückmeldungen aus dem Promotionskolloquium, am positiv stärkenden, freilassenden Support durch Prof. Dr. Weidner sowie der Hilfe und Mitarbeit von Joachim Schnackenberg als Zweit-Gutachter im Rahmen des Literatur-Selektionsprozesses des Scoping-Reviews. Die Abgabe der Dissertationsschrift sowie auch die bisher erfolgreiche Eingabe eines englischsprachigen Fachartikels zum Scoping-Review bei der Zeitschrift *Frontiers in Psychiatry* (Anm. d. Verf.: der Artikel ist angenommen und publiziert (Burr et al., 2022)) belegen den Erfolg dieser Arbeit und bestärken mich für die Zukunft, mich nicht von widrigen Umständen von der Umsetzung eines Forschungsvorhabens abhalten zu lassen, dabei aber jeweils auch flexibel zu bleiben und nötige Anpassungen zu bedenken, zu diskutieren und wenn nötig auch zu vollziehen.

5.2 Der Beitrag zur Professionalisierung der Pflege

In diesem Abschnitt soll die vorliegende Forschungsarbeit und entsprechende Ergebnisse daraufhin überprüft werden, welchen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege in der Psychiatrie sie leisten könnten. Dabei sollen ein paar spezifische Aspekte der Arbeit im Kontext von professionstheoretischen Ansätzen beleuchtet werden, ohne dabei den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Der EFC-Beratung unterliegt das Erfahrungswissen von Menschen, die Stimmen hören. Dieses wurde in einem gemeinsamen Prozess unter Beteiligung von Fachpersonen und Stimmehörenden strukturiert und aufgebaut und daraus eine Beratungsform entwickelt (Romme & Escher, 2013, S. 16). Dieses zusammengetragene und strukturierte Wissen kann im Sinne der Definition von Polit and Beck (2012, S. 126 f.) auch als eine Theorie bezeichnet werden, indem sie eine systematische, abstrakte Erklärung eines Phänomens wiedergibt, verschiedene Aspekte des Phänomens miteinander verknüpft und damit das Phänomen erklärt. Auch wenn sich diese Theorie nicht explizit auf die Pflege als Profession bezieht, scheinen insbesondere die Aspekte der Alltagsfokussierung wie auch der partizipativen Interaktion nahe bei wichtigen Merkmalen, die mit der Pflege als Profession verbunden scheinen. So fokussieren viele Pflgetheorien auf den Aspekt der Bedürfnisse im konkreten Alltag der zu unterstützenden Personen (Friesacher, 2008b, S. 201; Meleis & Brock, 1999, S. 320 f.) oder aber auch auf eine partizipative Interaktion (Peplau, 1992). Auch wenn solche Fokusse allenfalls

auch andere Gesundheitsberufe wie die Sozialarbeit oder die Ergotherapie für sich beanspruchen können, scheint diese Theoriefundierung der EFC-Beratung für die Pflege als Profession relevant. Dies zeigt sich auch darin, dass die Mitbegründer*innen und Mitentwickler*innen der EFC-Beratung immer wieder auf die Wichtigkeit der Pflege als EFC-Beratende mit ihrer Alltags- und Situationsfokussierung hinweisen (Romme & Escher, 2017, S. 10 f.). In diesem Sinne kann die hier beschriebene Theorie auch als eigenes „*wissenschaftlich fundiertes Wissen*“ (Geissler, 2013, S. 20) angesehen werden, das bei den merkmalsorientierten Professionstheorien als wichtige Abgrenzung zu anderen Professionen sowie bei späteren Professionstheorien wie der handlungsorientierten Theorien als relevantes Merkmal beschrieben wird (Ebd., S. 21). In diesem Sinne können die Auseinandersetzung und die Verknüpfung dieses spezifischen Wissens bezüglich dem Phänomen Stimmenhören und der dazugehörenden Beratungsform mit der Pflege als Profession einen Beitrag zur Theoriebasierung pflegerischen Handelns und demnach zur Professionalisierung leisten. Dies auch, wenn diese Übernahme von Wissen aus einem anderen Bereich im Sinne einer Art Kolonialisierung als kritisch betrachtet werden sollte und die Mitglieder des HVM immer wieder betonen, dass sich dieses Wissen nicht auf eine spezifische Theorie bezieht.

Bei genauerer Betrachtung von EFC-Beratung und ihren Merkmalen scheint die Pflege mit der Verbreitung und Übernahme dieses Ansatzes aber auch einen Beitrag zur Kritik an den frühen funktionalistischen und merkmalsorientierten Theorien, die in der Medizin teilweise immer noch immanent sind, zu leisten oder zur Einbuße derer Relevanz. Die funktionalistische Auffassungsweise beschrieb die Aufgabe der Professionen in der Gesellschaft mit der Kontrolle und dem Erhalt sozialer Normen resp. der Kontrolle von abweichendem Verhalten (Pfadenhauer & Sander, 2010, S. 364). Dies scheint der heutigen psychiatrischen Medizin immer noch zu entsprechen, wenn die aktuelle Diagnostik vorherrschend abnormales oder abweichendes Verhalten im Sinne entsprechender Symptome beschreibt (Dittmar, 2013, S. 25) und darauf ausgelegt ist, diese Symptome zu behandeln. Stimmenhören als Symptom einer psychischen Erkrankung gehört auch dazu. EFC-Beratung als Ansatz im Umgang mit den Stimmen nimmt hier eine konträre Position ein und entspringt einer Gruppe von Menschen, die genau diese Machtposition der Medizin kritisierten und sich davon emanzipierten (Corstens et al., 2014). Mit der Übernahme dieses Ansatzes begibt sich die Pflege in eine Position, in der sie die ursprüngliche Machtposition von Professionen, die den merkmalsorientierten und funktionalistischen Theorien eigen sind, sowie deren

Relevanz infrage stellt. Dies geht einher mit der soziologischen Analyse des Wandels des Professionsverständnisses, das gemäß Geissler (2013, S. 26) unter anderem von dem Verständnis der Klient*innen beeinflusst wird, sich selber dazu berufen zu fühlen, in Arbeitsbündnissen Arbeitsergebnisse selber zu interpretieren und dies nicht der Fachperson zu überlassen. Mit dem Beforschen und der Weiterverbreitung des EFC-Ansatzes, der auf Erkenntnissen von Klient*innen selbst beruht und die Deutungshoheit nicht mehr den Professionellen überlässt, sondern das Entwickeln von eigenen Deutungen unterstützt, kann die vorliegende Forschungsarbeit allenfalls einen Teil zu dieser Entwicklung und diesem Diskurs beitragen.

Mit dem Fokus auf den schon oben angedeuteten Aspekt des Arbeitsbündnisses zwischen Fachpersonen und der zu unterstützenden Person soll an dieser Stelle noch auf die handlungsorientierten Professionstheorien und deren mögliche Verbindung mit dieser Arbeit eingegangen werden. Bei den handlungsorientierten Professionstheorien wird Professionalität nicht mehr mit Merkmalen einer Profession oder deren Funktion innerhalb der Gesellschaft definiert, sondern es wird der Frage nachgegangen, was professionelles Handeln in der Interaktion mit der zu unterstützenden Person bedeutet (Geissler, 2013, S. 21). In dieser Interaktion, die von Oevermann (1997, S. 115) auch als Arbeitsbündnis bezeichnet wird, geht es für die Fachperson vereinfacht dargestellt darum, bestehendes Regelwissen angepasst auf die individuelle Situation der Person anzuwenden. Dazu benötigt die Fachperson die Begründungskompetenz für ihr Handeln, die auf wissenschaftlichem Wissen beruht sowie Entscheidungs- und Handlungskompetenz, die neben anderen Aspekten insbesondere das hermeneutische Fallverstehen beinhaltet (Weidner, 1995, S. 53 f.). In Bezug auf Schwierigkeiten und Probleme, die dazu führen, dass Menschen mit Stimmenhören sich mehr oder weniger freiwillig pflegerische Unterstützung suchen, kann die vorliegende Arbeit in verschiedenen Bereichen einen Beitrag leisten. Einerseits bietet die Übersichtsarbeit über verschiedene gesprächsbasierte Ansätze sowie auch die Beschreibung der theoretischen Begründung des EFC-Ansatzes umfangreiches Regelwissen zur Thematik. Dies kann in der Auseinandersetzung mit der stimmenhörenden Person einerseits dafür genutzt werden, zu einer Entscheidung zu kommen, welche Form der Unterstützung am erfolgsversprechendsten erscheint und man sich, falls dies nicht durch die Fachperson selbst angeboten werden kann, auf die Suche nach einer geeigneten Stelle oder Person begibt. Weiter erscheint die EFC-Beratung und insbesondere der Interviewteil prädestiniert dazu, die Kompetenz des hermeneutischen

Fallverstehens zu üben und erwerben. Dabei ist der Grundsatz wichtig und zentral, dass in dieser Phase noch keine Interpretationen der Fachperson gefragt sind, sondern es einzig und allein um das Verstehen der Geschichte und Situation der Person bezüglich Stimmen geht (Schnackenberg & Burr, 2017, S. 45). In diesem Sinne kann die vorliegende Forschungsarbeit einerseits spezifisches Regelwissen und allenfalls auch ein spezifisches Vorgehen bezüglich dem hermeneutischen Fallverstehen bei der Unterstützung von Menschen mit Stimmenhören bieten. Zudem eröffnet die EFC-Beratung die Möglichkeit, allgemeine Kompetenzen bezüglich dem Fallverstehen zu fördern, die auch auf andere Situationen oder die Bearbeitung von Problemen im Kontext von anderen Phänomenen übertragbar sind. Damit kann sie einen Beitrag zur Entwicklung der handlungsorientierten Professionalisierung der Pflege in den entsprechenden Bereichen leisten.

Die Ausführungen könnten an dieser Stelle zusätzlich in den Bereich der machtkritischen Professionalisierungsentwicklungen oder auch der kompetenz- oder identitätsorientierten Theorien ausgeweitet werden. Diese werden an dieser Stelle nur noch kurz skizziert und sollen Anhaltspunkte für eine vertiefte Auseinandersetzung liefern.

Auch wenn die Initiativen um Personal Recovery sowie die Stimmenhörbewegung in erster Linie nichts mit Professionalisierung zu tun haben oder aus der Kritik an frühen, aber heute teilweise immer noch bestehenden Verständnissen und Theorien von Professionen entstanden sind, schlägt die Pflege mit der Unterstützung und Übernahme ihrer Grundsätze eine Brücke zum Thema machtkritische Ansätze und könnte auch unter dem Schirm dieser diskutiert werden. Wenn sich die psychiatrische Pflege Grundsätze und Erkenntnisse aus den beschriebenen Bewegungen und spezifisch jener zum Thema Stimmenhören zu eigen macht, könnte dies als Emanzipationsprozess gegenüber der Medizin als eine von dieser unterdrückten Berufsgruppe (Roberts et al., 2009, S. 289) interpretiert werden. Dies, indem sie sich mit den Anliegen der Klient*innen oder Patient*innen solidarisiert, die in den hierarchischen Gesundheitssystemen sowie im Kontext von machtheoretischen Ansätzen als eine Gruppe ohne Macht oder als unterdrückte Gruppe identifiziert werden kann (Powers, 2002, S. 961).

Bezüglich der Kompetenzorientierung gab es schon einige Hinweise bei den Ausführungen zu den handlungsorientierten Theorien. Hier stellt sich die Frage, ob die vorliegende Arbeit eher nur zur Entwicklung spezifischer Kompetenzen oder auch einen grundsätzlicheren Beitrag zu diesem Thema und der Entwicklung einer konstitutiven Kompetenz innerhalb der psychiatrischen Pflege leisten kann, so wie

sie von Weidner (1995, S. 54) allgemein für die Pflege beschrieben wurde. Spannende Aspekte dabei sind die Übernahme von Aufgaben und Rollen sowie die Entwicklung entsprechender Kompetenzen, die bisher nicht per se der Pflege, sondern allenfalls der Psychologie oder anderen therapeutischen Professionen zugeordnet wurden und was dies bezüglich der Professionalisierung der Pflege bedeutet. Anschlussfähig an dieses Thema ist die Diskussion und Frage der Identität (Gerlach, 2013) oder dem Habitus (Krais & Gebauer, 2016) der Pflege bezüglich der Professionalität. In dieser Studie erhielten erfahrene examinierte resp. diplomierte Pflegefachpersonen eine Fortbildung in EFC-Beratung und wendeten diese gemäß den Vorgaben und unter Supervision in ihrer Praxis an. Aus Gesprächen mit den Pflegefachpersonen aus der Schweiz kann erahnt werden, dass dies ihr Berufsverständnis sowie ihre Haltung dahingehend beeinflusst hat. Sie berichten über mehr Zutrauen und ein größeres Selbstverständnis, solche Aufgaben durchzuführen und sie im interdisziplinären Team zu verteidigen, was allenfalls ein Hinweis für eine Veränderung des Habitus oder der Identität in die Richtung eines neuen Verständnisses gesehen werden kann.

Diese kurze Übersicht über die Verbindung oder mögliche Einflüsse dieser Arbeit auf Professionalisierungsentwicklungen in der Pflege zeigen, dass solche durchaus erkennbar sind. Inspiriert von bereits bestehenden Forschungsarbeiten in der Pflege (Flaitz, 2018; Gerlach, 2013) könnten weitere Arbeiten beispielsweise aufgrund von Befragungen der Pflegefachpersonen, die in dieser Studie als EFC-Beratende mitgewirkt haben, klarere Antworten liefern sowie auch Impulse für die weitere Entwicklung der Professionalisierung in der psychiatrischen Pflege leisten.

5.3 Reflexion der Position der involvierten Forschenden

Zur besseren Transparenz und Einordnung der Ergebnisse und Interpretation dieser Forschungsarbeit sollen an dieser Stelle meine Herkunft und Position als Forscher beschrieben und reflektiert werden sowie auch diese von Joachim Schnackenberg, der beim Selektionsprozess des Scoping-Reviews involviert war. Dies ist in quantitativen Studien meist nicht üblich, gilt in qualitativen Arbeiten jedoch als Qualitätsmerkmal. In beiden vom Equator-Netz⁸ empfohlenen Leitlinien für die Publikation von qualitativen Arbeiten, der COREQ und der SRQR (O'Brien et al., 2014), werden unter dem Titel *Research team and reflexivity*

⁸ Equator ist eine internationale Initiative, die darauf abzielt, die Zuverlässigkeit und den Wert der veröffentlichten Gesundheitsforschungsliteratur zu verbessern, indem sie eine transparente und genaue Berichterstattung und eine breitere Anwendung robuster Berichterstattungsrichtlinien fördert.,

Überprüfungskriterien dazu beschrieben. Bei COREQ ist diesem Thema sogar eine ganze Domäne mit verschiedenen Kriterien gewidmet (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Qualitätskriterien zur Berichterstattung über qualitative Forschung nach COREQ

Domäne 1: Forschungsteam und Reflexivität		
Nr.	Item	Frage / Beschreibung
Persönliche Charakteristika der Forschenden		
1	Interviewer/Moderator:	Welcher Autor/welche Autoren führten das Interview oder die Fokusgruppe durch?
2	Qualifikation:	Wie lautete die Qualifikation des Forschers? z.B. Promotion, MD
3	Beruf:	Welche Tätigkeit übten sie zum Zeitpunkt der Studie aus?
4	Geschlecht:	War der Forscher männlich oder weiblich?
5	Erfahrung und Ausbildung:	Welche Erfahrung oder Ausbildung hatte der Forscher?
Beziehung zu den Teilnehmern		
6	Bestehende Beziehung	Wurde eine Beziehung vor Beginn der Studie aufgebaut?
7	Wissen der Teilnehmer über den Interviewer:	Was wussten die Teilnehmer über den Forscher? z.B. persönliche Ziele, Gründe für die Durchführung der Studie
8	Interviewer Eigenschaften:	Welche Eigenschaften wurden über den Interviewer/Moderator berichtet? z.B. Voreingenommenheit, Annahmen, Gründe und Interessen in Bezug auf das Forschungsthema

Auch wenn solche Angaben oder eine solche Transparenz in der quantitativen Forschung nicht per se gefordert werden, gibt es dennoch Hinweise, dass dies allenfalls relevant sein könnte. Dabei geht es meist um die Transparentmachung von Interessenkonflikten, insbesondere den finanziellen (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2015, S. 34). Trotzdem erscheint es relevant und richtig, im Sinne der Transparenz dies hier gemäß den Kriterien von COREQ zu tun. Im ersten Teil werden meine Aufgaben in der Studie sowie Angaben zu mir beschrieben, danach von Joachim Schnackenberg. Im Anschluss daran sollen anhand von zwei Beispielen mögliche Bias im Kontext des Forschungsprozesses in Verbindung mit den Angaben der beiden Forscher reflektiert werden.

5.3.1 Beschreibung der involvierten Hauptforschenden

In der vorliegenden Forschungsarbeit habe ich, Christian Burr, als Doktorand in den konkreten beiden Forschungsprojekten folgende Aufgaben übernommen:

- *Scoping-Review*: Erstellung des Protokolls inkl. Forschungsfrage, Definition der Ein- und Ausschlusskriterien, Auswahl der Suchbegriffe und Datenbanken, Durchführung der Suche in den Datenbanken, Selektion der gefundenen Literatur anhand der Ein- und Ausschlusskriterien in allen Phasen der Selektion, Durchführung der Analyse der gesamten Literatur sowie der Synthese der spezifischen Literatur zu Ansätzen bezüglich Stimmenhören, kritische Diskussion der Ergebnisse, Schreiben aller Teile des Manuskriptes für das entsprechende Kapitel.

- *EFC-Pilotstudie*: Erstellung des Protokolls inkl. der Forschungsfragen, Schreiben und Bearbeiten der Anträge für die Ethikkommissionen, Durchführen der Registrierung der Studie, übergeordnete Studienkoordination und Anleiten der Studienkoordinator*innen an den jeweiligen Studienarmen, Studienkoordination am Schweizer Studienarm von der Rekrutierung bis zum Informed-Consent und der Baseline-Erhebung (T0), Durchführung aller Assessmenttermine bei allen TN am Schweizer Studienarm, Aufsetzen des Datenerfassungssystems (EDC) REDCap (Harris et al., 2009) und Eintragen aller Daten beider Studienarme, Export der Daten aus dem EDC, deskriptive Analyse der quantitativen Daten und Zusammenfassung der qualitativen Daten, Darstellung der Resultate, kritische Diskussion der Resultate, Schreiben aller Teile des Manuskriptes für das entsprechende Kapitel.

Persönliche und berufliche Angaben zu mir als Doktorand der vorliegenden Arbeit anhand der COREQ-Kriterien:

- *Qualifikation*: MScN
- *Beruf*: Pflegeexperte MScN und wissenschaftlicher Mitarbeiter in der psychiatrischen Uniklinik Bern und der Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit.
- *Geschlecht*: Männlich.
- *Ausbildung*: Diplomausbildung in allgemeiner Krankenpflege (1997), Höhere Fachausbildung Management Gesundheitsberufe (2005), Zertifikat Lösungsorientierte Kurzzeitberatung (2009), CAS Psychiatrische Pflege (2010), Pflegefachmann FH (2012), Master of Science in Pflege (2015).
- *Erfahrung*: 5 Jahre als Dipl. Pflegefachmann u.a. in der Psychiatrie, 13 Jahre im unteren und mittleren Management in der psychiatrischen Uniklinik Bern, 6 Jahre als Pflegeexperte und wissenschaftlicher Mitarbeiter in der psychiatrischen Uniklinik Bern und der Berner Fachhochschule auch in Forschungsprojekten, 10 Jahre klinische Praxis in der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Stimmenhören in Einzel- und Gruppenangeboten u.a. mit dem EFC-Ansatz.
- *Bestehende Beziehung*: Zu allen Studienteilnehmenden in der EFC-Studie wurde erst bei der Rekrutierung während der Studie Kontakt aufgenommen. Bei drei Studienteilnehmenden am Studienarm in der Schweiz handelte es sich um Personen, die mir schon vor der Studie durch meine klinische Tätigkeit bekannt waren (u.a. auch durch die Teilnahme an der Gruppe Stimmenhören).
- *Wissen der Teilnehmer über den Interviewer*: Am Studienarm in Deutschland kannten und kennen mich die Studienteilnehmenden nicht. Am Studienarm in

der Schweiz waren mir mehrere bekannt und sie wussten teilweise auch über mich, meine Funktion und entsprechende Initiativen wie die Stimmhörgruppe Bescheid. In der schriftlichen Studieninformation sowie auch in den entsprechenden Gesprächen nahm ich zu den Zielen der Studie Stellung und wies darauf hin, dass es darum geht, eine neue Beratungsform zu testen, die ich schon gut kenne und auch überzeugt bin, dass sie für den Umgang mit Stimmen hilfreich sein kann. In Deutschland war dies nicht im gleichen Ausmaß möglich, da die mündliche Studieninformation nicht in meinem Aufgabenbereich lag.

- Interviewereigenschaften: siehe oben.

In der vorliegenden Forschungsarbeit hat Joachim Schnackenberg als Zweit-Reviewer bei der Studienselektion im Scoping-Review folgende Aufgaben übernommen:

- *Scoping-Review*: Review der Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Suchbegriffe und Datenbanken, Selektion der gefundenen Literatur anhand der Ein- und Ausschlusskriterien in allen Phasen der Selektion, Review der Analyse der gesamten Literatur sowie der Synthese der Literatur der spezifischen Ansätze bezüglich Stimmenhören.

Persönliche und berufliche Angaben zu Joachim Schnackenberg als Zweit-Reviewer bei der Studienselektion im Scoping-Review:

- *Qualifikation*: PhD
- *Beruf*: Co-Leiter des efc-Instituts, Hannover, Dozent und Supervisor für EFC-Beratung, Leitung Stimmenhören und Recovery in der Diakonie Kropp, Deutschland.
- *Geschlecht*: Männlich.
- *Ausbildung*: Fachpflege für Psychiatrie (DIP HE in Mental Health Nursing) (2000), Dipl. Sozialarbeiter (2007), Doctor of Philosophy (PhD) (2018).
- *Erfahrung*: Mehrere Jahre als dipl. Pflegefachmann in der Akut- und ambulanten Psychiatrie, seit 2008 als zertifizierter EFC-Coach tätig, mehrere Publikationen zu EFC-Beratung und Durchführung einer Studie zu EFC-Beratung. Gilt als der grösste Experte zum Thema in der Fachwelt im deutschsprachigen Raum.
- *Bestehende Beziehung*: nicht relevant
- *Wissen der Teilnehmer über den Interviewer*: nicht relevant
- Interviewereigenschaften: nicht relevant

5.3.2 Reflexion des Forschungsprozesses aufgrund der Position der Forschenden

Bei Betrachtung der Angaben fällt bei beiden Forschenden eine gewisse Nähe zur EFC-Beratung auf, die sich bei Joachim Schnackenberg als Leiter des EFC-Instituts sowie auch Dozent und EFC-Supervisor deutlich stärker zeigt. Diese Nähe zum zentralen Thema und der zu untersuchenden Intervention kann auch als Interessenskonflikt gesehen werden und soll nun beispielhaft in Bezug auf zwei Phasen oder Tätigkeiten im Rahmen dieser Arbeit reflektiert werden.

Scoping-Review – Studienselektionsprozess und Analyse:

In systematischen Übersichtsarbeiten gibt es viele Richtlinien bezüglich Qualitätskriterien zur Verringerung der verschiedenen potenziellen Verzerrungen (Bias). Dabei geht es meist um den *Publication Bias*, den *Data Availability Bias* und den *Reviewer Bias* (Ahmed et al., 2012, S. 1), die zu einer Überschätzung der Effekte der bevorzugten Intervention führen können. Alle diese Bias können durch den aus der oben beschriebenen Nähe der Forschenden zur EFC-Beratung identifizierten, potenziellen Interessenskonflikt beeinflusst werden. An dieser Stelle soll auf den letzten der drei oben beschriebenen Bias etwas vertiefter eingegangen werden, da er bezüglich Interessenkonflikt und Vorwissen der Forschenden bezüglich EFC-Beratung am relevantesten erscheint. Ahmed et al. (2012, S. 1) beschreiben verschiedene Gründe für den *Reviewer Bias*, unter anderem wenn relevante Studien nicht durch die systematische Suche, sondern durch Kontakte oder Freunde in ihrem Forschungsgebiet berücksichtigt werden oder Daten, die nur durch das spezifische Wissen der Reviewer bezüglich eigener Studienresultaten genutzt werden können. Bei der Studienselektion und Analyse war dies in den Austauschsequenzen bezüglich Konsensfindung der beiden unabhängigen Selektionsergebnisse immer wieder ein Thema. Ein Diskussionspunkt war beispielsweise, ob eine Übersichtsarbeit aus dem Jahre 2014 (Schnackenberg & Martin) eingeschlossen bleiben soll, auch wenn sie zum Schluss kommt, dass bis dahin keine Interventionsstudie zu EFC-Beratung identifiziert werden konnte. Mit dem Einschluss hätte sich die Anzahl Studien zur EFC-Beratung erhöht. In einer weiteren Diskussion ging es darum, ob eine Studie aus der persönlichen Ablage von Joachim Schnackenberg (Cass Stevens, 2006) auch noch eingeschlossen werden sollte, auch wenn sie den Einschlusskriterien nur bedingt entsprach resp. eine etwas andere Intervention (Coleman & Smith, 2014) untersuchte, die jedoch dem gleichen Ansatz zugeordnet werden konnte. Auch bei der Analyse und der entsprechenden Diskussion, welche Informationen in welchem Detaillierungsgrad zu den eingeschlossenen Studien übernommen werden sollten, schien unsere Nähe zur EFC-Beratung einzuwirken. Zudem kam

immer wieder die Frage auf, inwiefern das spezifische Wissen von Joachim Schnackenberg zu den eingeschlossenen Studien zu EFC-Beratung, bei denen er ausnahmslos als Erst- oder Mitautor beteiligt war, berücksichtigt werden darf oder sollte. Es hätte beispielsweise genutzt werden können, um Aspekte wie die Beschreibung der Intervention oder der Ergebnisse, die in den Publikationen nicht ganz eindeutig formuliert waren, zu klären. Dies hätte aber dazu geführt, dass die EFC-Studien im Review anders behandelt worden wären als die restlichen, bei denen diese Informationen nicht vorlagen und dementsprechend keinen Eingang in die Analyse erhalten hätten. Konsequenterweise hätten wir bei Unklarheiten bei allen anderen Studien auch die Autor*innen kontaktieren müssen. Zudem spürten wir beide auch immer wieder eine Tendenz, die EFC-Beratung über die anderen zu stellen oder positiver darzustellen, da sie von allen Interventionen am ehesten unserem Hintergrund und unseren Haltungen von Personal Recovery entsprach. Durch die teilweise sehr penible Orientierung an der vorgegebenen Systematik der Methode und die Diskussion der Themen des umfangreicheren Wissens bezüglich der EFC-Beratung sowie der Nähe zu ihr, versuchten wir diesem Bias entgegenzuwirken. Trotzdem ist bekannt, dass solche Interessenskonflikte meist unbewusst wirken (Lieb et al., 2011, S. 257) und sie demnach nicht vollständig kontrolliert werden können. Dementsprechend ist die Transparentmachung der persönlichen und beruflichen Angaben und den damit verbundenen Interessenskonflikten im Rahmen der Forschung ein wichtiger Aspekt zur Sensibilisierung und kontextuellen Einordnung von Forschungsergebnissen (Young, 2009, S. 413).

EFC-Pilotstudie – Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Bezüglich Interessenskonflikten in klinischen Studien betont Young (2009, S. 416), dass nicht-finanzielle Interessenskonflikte ähnliche Auswirkungen resp. Bias auf die Darstellung und Interpretation von Studienergebnissen haben wie finanzielle. Bei Psychotherapieforschung wird dabei auch das sich zu einer bestimmten Psychotherapieschule zugehörig fühlen als Interessenskonflikt beschrieben (Maj, 2008, S. 91). Dies habe unter anderem dazu geführt, dass sich die Menge an Forschung zu kognitiver Verhaltenstherapie bei Menschen mit einer Diagnose im Bereich Schizophrenie in einem sehr unausgewogenen Verhältnis zu anderen Ansätzen entwickelt hat. Dabei werden unter anderem die Konzentration auf Daten, die die bevorzugte Behandlung in den Studienberichten begünstigen sowie die Nichtveröffentlichung negativer Daten als relevant beschrieben. Bezüglich der Pilotstudie zu EFC-Beratung könnte man aufgrund der persönlichen Angaben von mir als Studienleiter und der da beschriebenen Nähe zur EFC-Beratung von einem

ähnlichen Interessenkonflikt ausgehen. Bei der ersten deskriptiven Analyse der Daten der EFC-Studie deuteten die meisten Ergebnisse bezüglich der standardisierten Messinstrumente eher auf eine Überlegenheit der Kontrollgruppe gegenüber der EFC-Gruppe hin. Natürlich entsprachen diese Ergebnisse nicht meinen Vorstellungen und Hoffnungen, auch wenn sie durch die tiefe Anzahl an Studienteilnehmenden sowie der fehlenden inferenziellen Statistik noch vorläufigen Charakter haben. Trotzdem wurden alle Ergebnisse umfassend berichtet, was das Format einer Monografie ohne Beschränkung des Umfangs erleichterte. Die Frage des Umfangs der Berichterstattung der Ergebnisse und der entsprechenden Selektion wird sich aber bei einer allfälligen Publikation in einem Fachjournal mit beschränktem Umfang erst wirklich stellen. Bei einem unreflektierten Umgang mit dieser Art von Interessenkonflikt scheint es gut möglich, dass bei einer geforderten Selektion eher die positiven Ergebnisse berichtet und eher solche weggelassen werden, die nicht für die Intervention sprechen. In der Nachbetrachtung der Diskussion der Ergebnisse im entsprechenden Kapitel könnte der darin aufgenommene Aspekt der Ausreisser und die alternativ durchgeführten Analysen mit dem Median-Wert als eine durch den entsprechenden Interessenskonflikt beeinflusste Interpretation und Diskussion gesehen werden, auch wenn sich die Ergebnisse dadurch nur beim Ergebniskriterium Personal Recovery zugunsten der EFC-Beratung verändert haben.

5.3.3 Schlussbetrachtung der Reflexion der Position der involvierten Forschenden

Zusammenfassend scheint es auch in der quantitativen Forschung relevant, sich neben den klaren finanziellen auch mit den subtileren Arten von Interessenskonflikten auseinanderzusetzen und diese transparent zu machen, auch wenn dies in den gängigen Leitlinien zu klinischer Forschung nicht so beschrieben ist und gefordert wird. Für den weiteren Prozess und den Abschluss dieser Forschungsarbeit soll dies berücksichtigt werden. Dabei geht es einerseits um das Bewusstsein dieser Interessenskonflikte bei der Analyse, der Berichterstattung der Ergebnisse und deren Diskussion sowie um die Transparentmachung bei allfälligen Präsentationen an Kongressen und in entsprechenden Publikationen.

6 Literatur

- Aali, G., Kariotis, T., & Shokrane, F. (2020). Avatar Therapy for people with schizophrenia or related disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), Cd011898. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011898.pub2>
- Abderhalden, C., Needham, I., Schulz, M., Schoppmann, S., & Stefan, H. (2008). *Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Vorträge und Posterpräsentationen 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern*. Ibicura.
- ACNP. (2015). 54th Annual Meeting, ACNP, Poster Session I. *Neuropsychopharmacology*, 40(1), S106-S271. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.325>
- Aderhold. (2014). Neuroleptika minimal – warum und wie. Retrieved 31.01.2022, from <https://www.dgsp-ev.de/psychopharmaka/neuroleptikadebatte.html>
- Aftab, A., & Waterman, G. S. (2021). Conceptual Competence in Psychiatry: Recommendations for Education and Training. *Academic Psychiatry*, 45(2), 203-209. <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01183-3>
- Ahmed, I., Sutton, A. J., & Riley, R. D. (2012). Assessment of publication bias, selection bias, and unavailable data in meta-analyses using individual participant data: a database survey. *BMJ*, 344, d7762. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7762>
- Aleman, A., & Laroi, F. (2008). *Hallucinations: The science of idiosyncratic perception*. American Psychological Association.
- Alexander, A., Hutchison, C., Bradstreet, S., Forrest, S., Conner, A., Macaskill, D., Perkins, R., Goddard, K., & Bates, P. (2012). *Recovery praktisch! Schulungsunterlagen* (G. Zuaboni, C. Abderhalden, M. Schulz, & A. Winter, Eds.). Universitäre Psychiatrische Dienste.
- Alphasoft GmbH. (2022). *Endnote*. Alphasoft GmbH. Retrieved 10.04. from <https://www.endnote.de/>
- Amering, M., & Schmolke, M. (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Psychiatrie Verlag.
- Amering, M., & Schmolke, M. (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. (2 ed.). Psychiatrie Verlag.
- Amstutz, A., Schandelmaier, S., Frei, R., Surina, J., Agarwal, A., Olu, K. K., Alturki, R., Von Niederhäusern, B., Von Elm, E., & Briel, M. (2017). Discontinuation and non-publication of randomised clinical trials supported by the main public funding body in Switzerland: a retrospective cohort study. *BMJ Open*, 7(7), e016216. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016216>
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>
- Andreasen, N. C., Flaum, M., Arndt, S., Alliger, R., & Swayze, V. W. (1991). Positive and Negative Symptoms: Assessment and Validity. In A. Marneros, N. C. Andreasen, & M. T. Tsuang, *Negative Versus Positive Schizophrenia* Berlin, Heidelberg.

- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. G. (2010). Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry Research*, 177(3), 309-317. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.013>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(9), 526-534. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0676-6>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *British Journal of Psychiatry*, 203(2), 146-151. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.122978>
- Anglin, D. M., Ereshefsky, S., Klaunig, M. J., Bridgwater, M. A., Niendam, T. A., Ellman, L. M., DeVylder, J., Thayer, G., Bolden, K., Musket, C. W., Grattan, R. E., Lincoln, S. H., Schiffman, J., Lipner, E., Bachman, P., Corcoran, C. M., Mota, N. B., & van der Ven, E. (2021). From Womb to Neighborhood: A Racial Analysis of Social Determinants of Psychosis in the United States. *Am J Psychiatry*, 178(7), 599-610. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20071091>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Antonovsky, A., & Franke, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dgvt-Verlag.
- Arain, M., Campbell, M. J., Cooper, C. L., & Lancaster, G. A. (2010). What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy [journal article]. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-67>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Arnold, E., & Reh, S. (2005). Bachelor- und Master-Studiengänge für die Lehrerbildung. Neue Studienstrukturen als Professionalisierungschance? *Die Hochschule*, 1, 143-156.
- Ashworth, M., Shepherd, M., Christey, J., Matthews, V., Wright, K., Parmentier, H., Robinson, S., & Godfrey, E. (2004). A client-generated psychometric instrument: The development of 'PSYCHLOPS'. *Counselling and Psychotherapy Research*, 4(2), 27-31. <https://doi.org/10.1080/14733140412331383913>
- Aydin, N., & Fritsch, K. (2015). Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut*, 60(3), 245-257. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0024-9>

- Bach-Mortensen, A. M., Lange, B. C. L., & Montgomery, P. (2018). Barriers and facilitators to implementing evidence-based interventions among third sector organisations: a systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0789-7>
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial [Health & Mental Health Treatment & Prevention 3300]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129-1139. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1129>
- Bacon, T., Farhall, J., & Fossey, E. (2014). The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: clients' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4), 402-420. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S1352465813000209>
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing a Person-Centered Approach to Psychiatric and Mental Health Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(3), 79-87. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2001.tb00631.x>
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model. A Guide for Mental Health Professionals*. Routledge.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2007). Das Gezeitenmodell: Genesung durch Wiedergewinnung der Menschlichkeit. In M. Schulz, C. Abderhalden, I. Needham, S. Schoppmann, & H. Stefan (Eds.), *Kompetenz - zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentationen 4. Dreiländerkongress in Bielefeld-Bethel*. Ibicura.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2013). *Das Gezeitenmodell. Der Kompass für die recovery-orientierte psychiatrische Pflege* (G. Zuaboni, C. Burr, & M. Schulz, Eds. 2. ed.). Huber.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2020). *Das Gezeitenmodell. Der Kompass für die recovery-orientierte psychiatrische Pflege* (G. Zuaboni, C. Burr, & M. Schulz, Eds. 2. ed., Vol. 2. überarbeitete). Huber.
- Barnicot, K., Michael, C., Trione, E., Lang, S., Saunders, T., Sharp, M., & Crawford, M. J. (2020). Psychological interventions for acute psychiatric inpatients with schizophrenia-spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 82, 101929. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101929>
- Beavan, V. (2011). Towards a definition of "hearing voices": A phenomenological approach. *Psychosis*, 3(1), 63-73. <https://doi.org/10.1080/17522431003615622>
- Beavan, V., Read, J., & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review. *Journal of Mental Health*, 20(3), 281-292. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.562262>
- Bechdolf, A., & Klingberg, S. (2014). Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Kein Evidenz-, sondern ein Implementierungsproblem [Psychotherapy of Schizophrenia: Not a Problem of Evidence, but a Problem of Implementation]. *Psychiatrische Praxis*, 41(01), 8-10.

- Beck-Sander, A., Birchwood, M., & Chadwick, P. (1997). Acting on command hallucinations: A cognitive approach. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(1), 139-148. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01237.x>
- Beebe, L. H., Smith, K., Burk, R., McIntyre, K., Dessieux, O., Tavakoli, A., Tennison, C., & Velligan, D. (2011). Effect of a Motivational Intervention on Exercise Behavior in Persons with Schizophrenia Spectrum Disorders [journal article]. *Community Mental Health Journal*, 47(6), 628-636. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9363-8>
- Behrens, J. (2015). "Natürlichkeit" und "Generalisierbarkeit" sozialwissenschaftlicher Feldexperimente. In M. Keuschnigg & T. Wolbring (Eds.), *Soziale Welt. Sonderband 22* (1 ed., S. 246-267). Nomos.
- Behrens, J., & Langer, G. (2016). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“* (Vol. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Huber.
- Bekhet, A. K., Zauszniewski, J. A., Matel-Anderson, D. M., Suresky, M. J., & Stonehouse, M. (2018). Evidence for Psychiatric and Mental Health Nursing Interventions: An Update (2011 through 2015). *The Online Journal of Issues in Nursing*, 23(2). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol23No02Man04>
- Bell, I. H., Fielding-Smith, S. F., Hayward, M., Rossell, S. L., Lim, M. H., Farhall, J., & Thomas, N. (2018). Smartphone-based ecological momentary assessment and intervention in a blended coping-focused therapy for distressing voices: Development and case illustration. *Internet Interventions*, 14, 18-25. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.11.001>
- Bell, I. H., Rossell, S. L., Farhall, J., Hayward, M., Lim, M. H., Fielding-Smith, S. F., & Thomas, N. (2020). Pilot randomised controlled trial of a brief coping-focused intervention for hearing voices blended with smartphone-based ecological momentary assessment and intervention (SAVVy): Feasibility, acceptability and preliminary clinical outcomes. *Schizophrenia Research*, 216, 479-487. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.026>
- Bentall, R. P. (2009). *Doctoring the mind. Why psychiatric treatments fail*. Penguin Books.
- Bentall, R. P., Wickham, S., Shevlin, M., & Varese, F. (2012). Do Specific Early-Life Adversities Lead to Specific Symptoms of Psychosis? A Study from the 2007 The Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 734-740. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs049>
- Berrios, G. E., & Dening, T. R. (1996). Pseudohallucinations: a conceptual history. *Psychological Medicine*, 26(4), 753-763. <https://doi.org/10.1017/S0033291700037776>

- Berry, C., Newcombe, H., Strauss, C., Rammou, A., Schlier, B., Lincoln, T., & Hayward, M. (2021). Validation of the Hamilton Program for Schizophrenia Voices Questionnaire: Associations with emotional distress and wellbeing, and invariance across diagnosis and sex. *Schizophrenia Research*, 228, 336-343.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.032>
- Bhati, M. T. (2013). Defining Psychosis: The Evolution of DSM-5 Schizophrenia Spectrum Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15(11), 409.
<https://doi.org/10.1007/s11920-013-0409-9>
- Bighelli, I., Salanti, G., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., Schwermann, F., Pitschel-Walz, G., Barbui, C., Furukawa, T. A., & Leucht, S. (2018). Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(3), 316-329. <https://doi.org/10.1002/wps.20577>
- Birchwood, M., Michail, M., Meaden, A., TARRIER, N., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Dunn, G., & Peters, E. (2014). Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 23-33.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70247-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70247-0)
- Birchwood, M., Mohan, L., Meaden, A., TARRIER, N., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L. M., Dunn, G., Peters, E., & Michail, M. (2018). The COMMAND trial of cognitive therapy for harmful compliance with command hallucinations (CTCH): a qualitative study of acceptability and tolerability in the UK. *BMJ Open*, 8(6), e021657. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021657>
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale the Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 157(6), 853-859.
<https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>
- Birchwood, M. A. X., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., Murray, E., & Miles, J. N. V. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychological Medicine*, 34(8), 1571-1580. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002636>
- Bjornestad, J., Lavik, K. O., Davidson, L., Hjeltnes, A., Moltu, C., & Veseth, M. (2020). Antipsychotic treatment – a systematic literature review and meta-analysis of qualitative studies. *Journal of Mental Health*, 29(5), 513-523.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581352>
- Blakemore, S. J., Smith, J., Steel, R., Johnstone, C. E., & Frith, C. D. (2000). The perception of self-produced sensory stimuli in patients with auditory hallucinations and passivity experiences: evidence for a breakdown in self-monitoring. *Psychological Medicine*, 30(5), 1131-1139.
<https://doi.org/10.1017/s0033291799002676>

- Bock, T., Klapheck, K., & Ruppelt, F. (2014a). Der SuSi-Fragebogen - ein Versuch, Sinn zu erfassen. In T. Bock, K. Klapheck, & F. Ruppelt (Eds.), *Sinnsuche und Genesung. Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen* (S. 72-89). Psychiatrie Verlag.
- Bock, T., Klapheck, K., & Ruppelt, F. (2014b). *Sinnsuche und Genesung. Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen* (Vol. 1). Psychiatrie Verlag.
- Bögemann-Grossheim, E. (2004). Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft*, 9(3), 100-107.
- Boksa, P. (2009). On the neurobiology of hallucinations. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 34(4), 260-262.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19568476>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702442/>
- Brand, R. M., McEnery, C., Rossell, S., Bendall, S., & Thomas, N. (2018). Do trauma-focussed psychological interventions have an effect on psychotic symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 195, 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.037>
- Brown, E., Shrestha, M., & Gray, R. (2020). The safety and efficacy of acceptance and commitment therapy against psychotic symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0948>
- Brown, L. A., Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2011). Investigating the similarities and differences between practitioners of second- and third-wave cognitive-behavioral therapies. *Behavior modification*, 35(2), 187-200.
<https://doi.org/10.1177/0145445510393730>
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2008). Eine Klärung der grundlegenden Werte von Recovery : Die 10 Tidal Verpflichtungen. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit*, 2(1), 12-22.
- Buchberger, B., von Elm, E., Gartlehner, G., Huppertz, H., Antes, G., Wasem, J., & Meerpohl, J. J. (2014). Bewertung des Risikos für Bias in kontrollierten Studien. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57(12), 1432-1438. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-2065-6>
- Buck, B., Norr, A., Katz, A., Gahm, G. A., & Reger, G. M. (2019). Reductions in reported persecutory ideation and psychotic-like experiences during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 272, 190-195.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.022>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochtermann, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Pflegeinterventionsklassifikation (NIC)*. Hogrefe.
- Bullimore, P. (2010). My personal experience of paranoia. *Psychosis*, 2(2), 173-177. <https://doi.org/10.1080/17522430903420729>

- Burns, A. M., Erickson, D. H., & Brenner, C. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatric Services, 65*(7), 874-880. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300213>
- Burr, C. (2013). Die praktische Umsetzung der 10 Verpflichtungen. In G. Zuaboni, C. Burr, & M. Schulz (Eds.), *Das Gezeitenmodell. Der Kompass für die recovery-orientierte psychiatrische Pflege* Huber.
- Burr, C. (2021). Nicht nur Medikamente und Ablenkung. Unterstützung bei Stimmenhören in der akuten Phase. *Psychiatrische Pflege, 6*(5), 29–32.
- Burr, C., Hahn, S., Jäggli, S., & Richter, D. (2019). Die Sichtweise von Pflegenden sowie Patientinnen und Patienten zur Recovery-Orientierung auf psychiatrischen Akutstationen: eine Sekundäranalyse qualitativer Daten einer kontrollierten Interventionsstudie. *Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft 6*(1).
- Burr, C., & Richter, D. (2017). Zwischen Offenheit und Ablehnung – Die Einstellung von Psychiatriepflegenden gegenüber dem Risikoverhalten ihrer Patienten: eine qualitative Studie [Negotiating the Space Between Openness and Rejection – Mental Health Nurses' Attitudes Towards Risk Behaviour of their Patients – A Qualitative Study]. *Psychiatrische Praxis, 44*(06), 348-355. <https://doi.org/10.1055/s-0042-113093>
- Burr, C., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Kozeil, B., Weidling, K., & Zuaboni, G. (2021). Rollen und Arbeitsinhalte von Peers und Expertinnen und Experten durch Erfahrung in Praxis, Bildung, Entwicklung und Forschung in der Psychiatrie [Roles and Work Content of Peer Workers and Experts by Experience in Mental Health Practice, Education, Research and Development]. *Psychiatrische Praxis, 48*(03), 135-142.
- Burr, C., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Weidling, K., Kozeil, B., & Gurtner, C. (2020). Peer support in Switzerland – Results from the first national survey. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(2), 212-223. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12665>
- Burr, C., Schnackenberg, J. K., & Weidner, F. (2022). Talk-based approaches to support people who are distressed by their experience of hearing voices: A scoping review [Systematic Review]. *Frontiers in psychiatry, 13*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.983999>
- Burr, C., Schulz, M., Winter, A., & Zuaboni, G. (2012). *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Psychiatrie Verlag.
- Burr, C., & Winter, A. (2011). Gruppe „Gesundheit und Wohlbefinden“ – Ein Angebot von Betroffenen für Betroffene. *Psychiatrische Pflege Heute, 17*, 255-261. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1287909>
- Carpenito, L. J. (2014). *Das Pflegediagnosen-Lehrbuch. Pflegeassessment, Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen für Profis und Praxis* (Vol. 1). Huber.
- Caspar, F., Pjanic, I., & Westermann, S. (2018). Schizophrenie. In *Klinische Psychologie* (S. 83-90). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93317-7_7
- Casstevens, W. J. (2006). *Evaluation of a mentored self-help intervention for the management of psychotic symptoms*. FIU Electronic Theses and

- Dissertations. 2070. <https://digitalcommons.fiu.edu/etd/2070> (Publication Number 2070) Florida International University]. Florida.
<https://digitalcommons.fiu.edu/etd/2070>
- Chadwick, P., Birchwood, M. J., & Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Wiley.
- Chadwick, P., Lees, S., & Birchwood, M. (2000). The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry*, 177(3), 229-232. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.3.229>
- Chalkley, A. J., & Mulhall, D. J. (1991). The PQRSTUV: The Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique –‘Ultimate Version’. *British Journal of Clinical Psychology*, 30(2), 181-183.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1991.tb00935.x>
- Chan, J. K. N., Tong, C. H. Y., Wong, C. S. M., Chen, E. Y. H., & Chang, W. C. (2022). Life expectancy and years of potential life lost in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 1-10. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.19>
- Chaudhury, S. (2010). Hallucinations: Clinical aspects and management. *Industrial psychiatry journal*, 19(1), 5-12. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.77625>
- Chen, Y., Womer, F. Y., Feng, R., Zhang, X., Zhang, Y., Duan, J., Chang, M., Yin, Z., Jiang, X., Wei, S., Wei, Y., Tang, Y., & Wang, F. (2021). A Real-World Observation of Antipsychotic Effects on Brain Volumes and Intrinsic Brain Activity in Schizophrenia. *Frontiers in Neuroscience*, 15, 749316.
<https://doi.org/10.3389/fnins.2021.749316>
- Cho, W., Shin, W.-S., An, I., Bang, M., Cho, D.-Y., & Lee, S.-H. (2019). Biological Aspects of Aggression and Violence in Schizophrenia. *Clinical psychopharmacology and neuroscience : the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 17(4), 475-486.
<https://doi.org/10.9758/cpn.2019.17.4.475>
- Clamor, A., Frantz, I., & Lincoln, T. M. (2020). Psychotische Störungen und Schizophrenie. In J. Hoyer & S. Knappe (Eds.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 947-1003). Springer Berlin Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_44
- Clark, J., & Lang, N. (1992). Nursing's next advance: an internal classification for nursing practice. *Int Nurs Rev*, 39(4), 109-111, 128.
- Cleary, M., West, S., Arthur, D., & Kornhaber, R. (2019). Change Management in Health Care and Mental Health Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(11), 966-972. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1609633>
- Cocks, K., & Torgerson, D. J. (2013). Sample size calculations for pilot randomized trials: a confidence interval approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(2), 197-201.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.09.002>
- Coffey, M., & Hewitt, J. (2007). 'You don't talk about the voices': voice hearers and community mental health nurses talk about responding to voice hearing experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1591-1600.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02185.x>
- Coleman, R. (1999). *Recovery: an alien concept*. Handsell Publishing.

- Coleman, R., & Smith, M. (2014). *Stimmenhören verstehen und bewältigen*. (Vol. 4). Psychiatrie Verlag.
- Collier, E. (2010). Confusion of recovery: One solution. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 16-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00637.x>
- Corstens, D., Longden, E., & May, R. (2012). Talking with voices: Exploring what is expressed by the voices people hear. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 4(2), 95-104. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.571705>
- Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas, N. (2014). Emerging Perspectives From the Hearing Voices Movement: Implications for Research and Practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl_4), S285-S294. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007>
- Corstens, D., & Romme, M. (2004). Using Voice Dialogue method with people that hear voices. *Directieve Therapy*, 24, 54-68.
- Craig, T. K., Rus-Calafell, M., Ward, T., Leff, J. P., Huckvale, M., Howarth, E., Emsley, R., & Garety, P. A. (2018). AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial [Journal: Article]. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 31-40. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30427-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30427-3)
- Crisp, R. (2019). Towards an understanding of the experience of psychosis: the legacies of Rogers and Gendlin. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 18(2), 180-194. <https://doi.org/10.1080/14779757.2019.1618368>
- Cronise, R., Teixeira, C., Rogers, E. S., & Harrington, S. (2016). The peer support workforce: Results of a national survey. *Psychiatric rehabilitation journal*, 39(3), 211-221. <https://doi.org/10.1037/prj0000222>
- Crowe, M., Inder, M., Carlyle, D., Wilson, L., Whitehead, L., Panckhurst, A., O'Brien, T., Frampton, C., & Joyce, P. (2012). Nurse-led delivery of specialist supportive care for bipolar disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(5), 446-454. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01822.x>
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Archives of General Psychiatry*, 67(11), 1114-1119. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.147>
- Czypionka, T., & Achleitner, S. (2018). Patient Reported Outcome and Experience Measures. *Health System Watch (Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit)*(3), 417-432. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/4815/1/hsw-health-system-watch-III-2018-patient-reported-outcome-czypionka-achleitner.pdf>
- D'Antonio, P., Beeber, L., Sills, G., & Naegle, M. (2014). The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing Inquiry*, 21(4), 311-317. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nin.12056>
- Davis, K. L., Kahn, R. S., Ko, G., & Davidson, M. (1991). Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1474-1486. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1474>

- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
<https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Deegan, P. E. (1996). *Recovery and the Conspiracy of Hope* The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand, Brisbane, Australia.
http://d20wqiibvy9b23.cloudfront.net/resources/resources/000/000/614/original/Deegan_Recovery_and_the_Conspiracy_of_Hope.pdf?1468370243
- Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: a qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health, Suppl*, 66, 29-35.
<https://doi.org/10.1080/14034950510033345>
- Dennison, C. A., Legge, S. E., Pardiñas, A. F., & Walters, J. T. R. (2020). Genome-wide association studies in schizophrenia: Recent advances, challenges and future perspective. *Schizophrenia Research*, 217, 4-12.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.048>
- DeRosse, P., & Karlsgodt, K. H. (2015). Examining the Psychosis Continuum. *Current behavioral neuroscience reports*, 2(2), 80-89.
<https://doi.org/10.1007/s40473-015-0040-7>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Ed.). (2018). *S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.). (2018). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Springer.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.). (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung*. AWMF Online. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>
- Dierks, T., Linden, D. E. J., Jandl, M., Formisano, E., Goebel, R., Lanfermann, H., & Singer, W. (1999). Activation of Heschl's Gyrus during Auditory Hallucinations. *Neuron*, 22(3), 615-621. [https://doi.org/10.1016/S0896-6273\(00\)80715-1](https://doi.org/10.1016/S0896-6273(00)80715-1)
- Dillon, J. (2010). The tale of an ordinary little girl. *Psychosis*, 2(1), 79-83.
<https://doi.org/10.1080/17522430903384305>
- Dittmar, J. (2013). Die neuere Kritik an der modernen Psychiatrie im öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs. In M. Dellwing & M. Harbusch (Eds.), *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei: Die Renaissance der soziologischen Psychiatriekritik* (S. 25-52). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18784-6_2

- Diversitätsentwicklung, Diversity Arts Culture. Berliner Projektbüro für Diversitätsentwicklung. (2022). *Wörterbuch*. Stiftung für Kulturelle Weiterbildung und Kulturberatung. Zugegriffen am 11.02. from <https://diversity-arts-culture.berlin/woerterbuch/poc-person-color>
- Duggan, C., Parry, G., McMurran, M., Davidson, K., & Dennis, J. (2014). The recording of adverse events from psychological treatments in clinical trials: evidence from a review of NIHR-funded trials. *Trials*, 15(1), 335. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-335>
- Dunn, D. S., & Elliott, T. R. (2005). Revisiting a Constructive Classic: Wright's Physical Disability: A Psychosocial Approach. *Rehabilitation Psychology*, 50(2), 183–189.
- Ebnet-Stiftung. (2022). *Die Ebnet-Stiftung fördert und unterstützt*. Ebnet-Stiftung,. Zugegriffen 29.06.2022 <https://www.ebnet-stiftung.ch/>
- Eichner, C., & Berna, F. (2016). Acceptance and Efficacy of Metacognitive Training (MCT) on Positive Symptoms and Delusions in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis Taking Into Account Important Moderators. *Schizophrenia Bulletin*, 42(4), 952-962. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv225>
- Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L., & Lancaster, G. A. (2016). CONSORT 2010 statement: extension to randomised pilot and feasibility trials [journal article]. *Pilot and Feasibility Studies*, 2(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s40814-016-0105-8>
- Elhilali, L., Burr, C., Zuaboni, G., Rabenschlag, F., & Richter, D. (in Review). Psychometric Assessment of the German Version of the Questionnaire about the Process of Recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*.
- Engels, A., Stein, J., Konnopka, C., Eichler, U., Riedel-Heller, S. G., & König, H.-H. (2022). Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychiatrische Versorgung – eine Sekundärdatenanalyse auf der Grundlage von AOK-Versichertendaten. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Eds.), *Krankenhaus-Report 2022: Patientenversorgung während der Pandemie* (S. 129-146). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64685-4_7
- England, M. (2007). Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(2), 69-76. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2007.00114.x>
- Engmann, B., & Steinberg, H. (2019). Viktor Chrisanfovič Kandinskij (1849–1889). *Der Nervenarzt*, 90(1), 58-61. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0424-x>
- Escher, S., Romme, M., Buiks, A., Delespaul, P., & Van Os, J. (2002). Independent course of childhood auditory hallucinations: A sequential 3-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 181(S43), s10-s18. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.43.s10>
- Evans, C. L., McGuire, P. K., & David, A. S. (2000). Is auditory imagery defective in patients with auditory hallucinations? *Psychol Med*, 30(1), 137-148. <https://doi.org/10.1017/s0033291799001555>

- Eylmann, C. (2015). *Es reicht ein Lächeln als Dankeschön. Habitus in der Altenpflege*. V&R unipress.
- Farhall, J., Shawyer, F., & Thomas, N. (2010). Premature Excitement or Promising Direction? The application of Acceptance and Commitment Therapy to persisting psychotic symptoms. 19. Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand, 2009, Perth.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6, 68-74.
- Fett, A.-K. J., Lemmers-Jansen, I. L. J., & Krabbendam, L. (2019). Psychosis and urbanicity: a review of the recent literature from epidemiology to neurourbanism. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(3), 232-241. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000486>
- Fetz, K. (2021). Was ist eine randomisierte kontrollierte Studie? In M. W. Schnell, C. Schulz-Quach, & C. Dunger (Eds.), *Entscheidungsfindung von professionellen Mitarbeitern in der Palliative Care: Zwei randomisiert-kontrollierte Studien* (S. 19-36). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32167-3_2
- Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., Allan, S., Canejo, C., Carney, R., Carvalho, A. F., Chatterton, M. L., Correll, C. U., Curtis, J., Gaughran, F., Heald, A., Hoare, E., Jackson, S. E., Kisely, S., Lovell, K., . . . Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 675-712. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4)
- Fisher, A. J., Medaglia, J. D., & Jeronimus, B. F. (2018). Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(27), E6106-E6115. <https://doi.org/doi:10.1073/pnas.1711978115>
- Flaitz, B. (2018). *Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen. Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland*. Mabuse.
- Fleming, M., & Martin, C. R. (2009). A preliminary investigation into the experience of symptoms of psychosis in mental health professionals: implications for the psychiatric classification model of schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 473-480. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01404.x>
- Forbes, A. (2009). Clinical intervention research in nursing. *Int J Nurs Stud*, 46(4), 557-568. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.012>
- Ford, I., & Norrie, J. (2016). Pragmatic Trials. *New England Journal of Medicine*, 375(5), 454-463. <https://doi.org/doi:10.1056/NEJMra1510059>
- Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice*. Wiley.
- Frauenfelder, F., Müller-Staub, M., Needham, I., & van Achterberg, T. (2013). Nursing interventions in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), 921-931. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12040>

- Frauenfelder, F., van Achterberg, T., & Müller-Staub, M. (2018). Documented Nursing Interventions in Inpatient Psychiatry. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(1), 18-28.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/2047-3095.12152>
- Freitag, K. (2019). *Das Erleben „Erfahrungsfokussierter Beratung“ aus Sicht der Stimmenhörer: Eine qualitative Studie* [Fachhochschule der Diakonie]. Bielefeld.
- Friesacher, H. (2008a). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. V&R unipress.
- Friesacher, H. (2008b). Wissen und Können im pflegerischen Handeln. In *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer Kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. (S. 199-237). V&R Unipress.
- Frith, C. D., & Done, D. J. (1988). Towards a Neuropsychology of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 153(4), 437-443.
<https://doi.org/10.1192/bjp.153.4.437>
- Funder, D. C., & Ozer, D. J. (2019). Evaluating Effect Size in Psychological Research: Sense and Nonsense. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 2(2), 156-168.
<https://doi.org/10.1177/2515245919847202>
- Garety, P. A., Kuipers, L., Fowler, D., Chamberlain, F., & Dunn, G. (1994). Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis [Cognitive Therapy 3311]. *British Journal of Medical Psychology*, 67(3), 259-271.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1994.tb01795.x>
- Garofalo, D. A. (2013). 1 - The whats and whys of social networking for academic libraries. In D. A. Garofalo (Ed.), *Building Communities* (S. 1-25). Chandos Publishing. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-1-84334-735-4.50001-4>
- Geissler, B. (2013). Professionalisierung und Profession. *Die Hochschule*, 22(1), 19-32.
- Gerlach, A. (2013). *Professionelle Identität der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation*. Mabuse.
- Gesundheits- Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (GSI). (2022). *Ethikkommission für die Forschung am Menschen*. Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (GSI),. Zugriffen am 25.06.2022 <https://www.gsi.be.ch/de/start/ueber-uns/kommissionen-gsi/ethikkommission.html>
- Gmeiner, A., Aslan, J., Gaglia, A., Rumpold, T., Schrank, B., Süßenbacher, S., & Amering, M. (2018). Überzeugungen und Belastungen durch Stimmenhören: die deutsche Version des Beliefs About Voices Questionnaire – Revised (BAVQ-R). *neuropsychiatrie*, 32(4), 214-221.
<https://doi.org/10.1007/s40211-018-0291-0>
- Gonther, U. (2017). Der sich und Anderen fremd werdende Mensch (Schizophrenie). In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz, & F. Wendt (Eds.), *Irren ist menschlich- Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (Vol. 24, S. 233-284). Psychiatrie Verlag.

- Gordon, M. S., Carswell, S. B., Schadegg, M., Mangen, K., Merkel, K., Tangires, S., & Vocci, F. J. (2017). Avatar-assisted therapy: a proof-of-concept pilot study of a novel technology-based intervention to treat substance use disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(5), 518-524. <https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1280816>
- Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V., & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48(2-3), 335-342. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(00\)00145-6](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(00)00145-6)
- Gray, B. (2008). Hidden demons: a personal account of hearing voices and the alternative of the hearing voices movement. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1006-1007. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn099>
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29(04), 879-889. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291799008661>
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced practice nursing : an integrative approach* (4rd ed.). Saunders Elsevier.
- Hans & Annelies Swierstra Stiftung. (2022). *Hans & Annelies Swierstra Stiftung*. Hans & Annelies Swierstra Stiftung. Zugegriffen am 29.06.2022 <http://has-stiftung.ch/>
- Hansen, H., (Hg). (2015). *Höllengal oder Himmelsgabe. Erfahrungen von Stimmen hörenden Menschen*. Paranus Verlag.
- Harkness, J. (2003). Questionnaire translation. In J. Harkness, F. J. R. van de Vijver, & P. P. Mohler (Eds.), *Cross-cultural Survey Methods* (S. 35 – 56). John Wiley and Sons.
- Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(2), 377-381. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>
- Harvey, A. G., & Gumpert, N. B. (2015). Evidence-based psychological treatments for mental disorders: modifiable barriers to access and possible solutions. *Behaviour research and therapy*, 68, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.02.004>
- Hautgen, T., & Akiskal, H. (2006). French antecedents of “contemporary” concepts in the American Psychiatric Association's classification of bipolar (mood) disorders. *Journal of Affective Disorders*, 96(3), 149-163. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.014>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(3), 363-375. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20884>

- Hayward, M., Denney, J., Vaughan, S., & Fowler, D. (2008). The voice and you: development and psychometric evaluation of a measure of relationships with voices. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(1), 45-52. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cpp.561>
- Hayward, M., Jones, A.-M., Bogen-Johnston, L., Thomas, N., & Strauss, C. (2017). Relating Therapy for distressing auditory hallucinations: A pilot randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 183, 137-142. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.11.019>
- Hayward, M., Overton, J., Dorey, T., & Denney, J. (2009). Relating therapy for people who hear voices: a case series. *Clin Psychol Psychother*, 16(3), 216-227. <https://doi.org/10.1002/cpp.615>
- Hegedüs, A., Burr, C., Pfluger, V., Sieg, D., Nienaber, A., & Schulz, M. (2021). Peer support worker training: Results of the evaluation of the Experienced Involvement training programme in Switzerland and Germany. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 451-460. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12805>
- Heinz, A. (2000). Dopaminhypothese der SchizophrenienNeue Befunde für eine alte Theorie. *Der Nervenarzt*, 71(1), 54-57. <https://doi.org/10.1007/s001150050008>
- Hemmerich, W. (2019). *StatistikGuru: Cohen's Kappa für zwei Rater berechnen*. <https://statistikguru.de/rechner/cohens-kappa-zwei-rater-berechnen.html>
- Higgs, R. N. (2020). Reconceptualizing Psychosis: The Hearing Voices Movement and Social Approaches to Health. *Health and human rights*, 22(1), 133-144. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32669795>
- Hine, R. H., Maybery, D., & Goodyear, M. J. (2018). Challenges of connectedness in personal recovery for rural mothers with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 672-682. <https://doi.org/10.1111/inm.12353>
- Hirano, Y., & Tamura, S. (2021). Recent findings on neurofeedback training for auditory hallucinations in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(3). https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2021/05000/Recent_findings_on_neurofeedback_training_for.9.aspx
- Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 4(4), 295-301. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30078-0)
- Hodann-Caudevilla, R. M., Díaz-Silveira, C., Burgos-Julián, F. A., & Santed, M. A. (2020). Mindfulness-Based Interventions for People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph17134690>

- Hodgekins, J., Birchwood, M., Christopher, R., Marshall, M., Coker, S., Everard, L., Lester, H., Jones, P., Amos, T., Singh, S., Sharma, V., Freemantle, N., & Fowler, D. (2015). Investigating trajectories of social recovery in individuals with first-episode psychosis: A latent class growth analysis. *British Journal of Psychiatry*, *207*(6), 536-543. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153486>
- Hoenig, J. (1983). The Concept of Schizophrenia Kraepelin–Bleuler–Schneider. *British Journal of Psychiatry*, *142*(6), 547-556. <https://doi.org/10.1192/bjp.142.6.547>
- Hofer, A., Kachel, T., Plattner, B., Chernova, A., Conca, A., Fronthaler, M., Haring, C., Holzner, B., Huber, M., Marksteiner, J., Miller, C., Pardeller, S., Perwanger, V., Pycha, R., Schmidt, M., Sperner-Unterweger, B., Tutzer, F., & Frajo-Apor, B. (2022). Mental health in individuals with severe mental disorders during the covid-19 pandemic: a longitudinal investigation. *Schizophrenia*, *8*(1), 17. <https://doi.org/10.1038/s41537-022-00225-z>
- Höflinger, L. (2014). Wer spricht den da? *Spiegel*, *29*, 108-109.
- Honig, A., Romme, M. A. J., Ensink, B. J., Escher, S. D. M. A. C., Pennings, M. H. A., & Devries, M. W. (1998). Auditory Hallucinations: A Comparison between Patients and Nonpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *186*(10). https://journals.lww.com/ionmd/Fulltext/1998/10000/Auditory_Hallucinations_A_Comparison_between.9.aspx
- Horatio, European Psychiatric Nurses. (2011). *Deklaration von Turku. Der Beitrag der Psychiatrischen Pflege zur Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen*. Retrieved from <http://www.horatio-web.eu/position-papers.php>
- Hostettler, S., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). Patient-reported outcome measures: Die Patientensicht zählt. Grundlagenpapier der DDQ/SAQM. *Schweiz Ärztezeitung*, *99*(40), 1348-1352
- Houghton, J. F. (1982). First Person Account: Maintaining Mental Health in a Turbulent World. *Schizophrenia Bulletin*, *8*(3), 548-552. <https://doi.org/10.1093/schbul/8.3.548>
- Howes, O. D., & Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III--the final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(3), 549-562. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp006>
- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahlke, C., Shamba, D., Puschner, B., Repper, J., & Slade, M. (2019). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems [journal article]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1>
- Iffland, J. R., Lockhofen, D., Gruppe, H., Gallhofer, B., Sammer, G., & Hanewald, B. (2015). Validation of the German Version of the Social Functioning Scale (SFS) for schizophrenia. *PLoS One*, *10*(4), e0121807. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121807>

- Ince, P., Haddock, G., & Tai, S. (2016). A systematic review of the implementation of recommended psychological interventions for schizophrenia: Rates, barriers, and improvement strategies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 324-350. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/papt.12084>
- International council for harmonisation of technical requirements for pharmaceuticals for human use (ICH). (2016). *ICH Harmonised Guideline. Integrated addendum to ICH ER(R1): Guideline for good clinical practice E6(R2). ICH Consensus Guideline* http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E6/E6_R2_Step_4.pdf
- International Council of Nurses (ICN). (2012). ICN-Ethikkodex für Pflegendende. Zugegriffen am 16.3.2022 <https://www.heds-fr.ch/media/1378/icn-ethikkodex-2012-deutsch.pdf>
- Intervoice. (2022a). *Intervoice - About Us*. Intervoice. Zugegriffen am 1.3.2022 <https://www.intervoiceonline.org/about-us#content>
- Intervoice. (2022b). *Intervoice - Our History*. Intervoice. Zugegriffen am 25. Februar <https://www.intervoiceonline.org/about-us/our-history#content>
- Jandl, M. (2009). *Expressed Emotions. Bedeutung der Angehörigen-und Patientensicht für das Stresserleben der Angehörigen psychiatrisch ersthospitalisierter Patienten im 3-Jahresverlauf*. Ludwig-Maximilians-Universität]. München. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/10031/1/Jandl_Mitja.pdf
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D., & Read, J. (2018). The Power Threat Meaning Framework: Overview. <https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Policy/Policy%20-%20Files/PTM%20Overview.pdf>
- Jolley, S., Onwumere, J., Bissoli, S., Bhayani, P., Singh, G., Kuipers, E., Craig, T., & Garety, P. (2015). A pilot evaluation of therapist training in cognitive therapy for psychosis: therapy quality and clinical outcomes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(4), 478-489. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S1352465813001100>
- Jones, M., & Coffey, M. (2012). Voice hearing: A secondary analysis of talk by people who hear voices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 50-59. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00761.x>
- Joos, S., Bleidorn, J., Haasenritter, J., Hummers-Pradier, E., Peters-Klimm, F., & Gágyor, I. (2013). Ein Leitfaden zur Planung Nichtmedikamentöser klinischer Studien in der Primärversorgung unter Berücksichtigung der Kriterien der Guten Klinischen Praxis (GCP). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107(1), 87-92. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.12.019>
- Kapfhammer, H.-P. (2016). Akute und posttraumatische Belastungsstörung. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Eds.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie Band 2: Spezielle Psychiatrie* (S. 1-76). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45028-0_71-1

- Kapur, P., Hayes, D., Waddingham, R., Hillman, S., Deighton, J., & Midgley, N. (2014). The experience of engaging with mental health services among young people who hear voices and their families: a mixed methods exploratory study. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 527. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0527-z>
- Kasenda, B., von Elm, E., You, J., Blümle, A., Tomonaga, Y., Saccilotto, R., Amstutz, A., Bengough, T., Meerpohl, J. J., Stegert, M., Tikkinen, K. A. O., Neumann, I., Carrasco-Labra, A., Faulhaber, M., Mulla, S. M., Mertz, D., Akl, E. A., Bassler, D., Busse, J. W., . . . Briel, M. (2014). Prevalence, Characteristics, and Publication of Discontinued Randomized Trials. *JAMA*, *311*(10), 1045-1052. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.1361>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *13*(2), 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kaymaz, N., & van Os, J. (2010). Extended psychosis phenotype – yes: single continuum – unlikely: A commentary on ‘Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality’ by David (2010). *Psychological Medicine*, *40*(12), 1963-1966. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000358>
- Keen, N., Hunter, E. C. M., & Peters, E. (2017). Integrated trauma-focused cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress and psychotic symptoms: A case-series study using imaginal reprocessing strategies. *Frontiers in Psychiatry*, *8*(JUN), 92. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2017.00092>
- Kelava, A., & Moosbrugger, H. (2012). Deskriptivstatistische Evaluation von Items (Itemanalyse) und Testwertverteilungen. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Eds.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 75-102). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-20072-4_4
- Kelle, U., & Krones, T. (2010). „Evidence based Medicine“ und „Mixed Methods“ - wie methodologische Diskussionen in der Medizin und den Sozialwissenschaften voneinander profitieren könnten. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *104*(8), 630-635. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.09.023>
- Kellet, S., & Hardy, G. (2014). Treatment of Paranoid Personality Disorder with Cognitive Analytic Therapy: A Mixed Methods Single Case Experimental Design. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *21*(5), 452-464. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cpp.1845>
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing Between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, *160*(1), 4-12. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.4>
- Kennedy-Martin, T., Curtis, S., Faries, D., Robinson, S., & Johnston, J. (2015). A literature review on the representativeness of randomized controlled trial samples and implications for the external validity of trial results. *Trials*, *16*, 495. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1023-4>
- Khalil, H., Peters, M., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., & Parker, D. (2016). An Evidence-Based Approach to Scoping Reviews. *Worldviews Evid Based Nurs*, *13*(2), 118-123. <https://doi.org/10.1111/wvn.12144>

- Kim, S. H., Jung, H. Y., Hwang, S. S., Chang, J. S., Kim, Y., Ahn, Y. M., & Kim, Y. S. (2010). The usefulness of a self-report questionnaire measuring auditory verbal hallucinations. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *34*(6), 968-973.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.05.005>
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Guilford Press.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs *Community Mental Health Journal*, *4*(6), 443-453.
- Kirkbride, J. B., Errazuriz, A., Croudace, T. J., Morgan, C., Jackson, D., McCrone, P., Murray, R. M., & Jones, P. B. (2012). *Systematic Review of the Incidence and Prevalence of Schizophrenia and other Psychoses in England*. London: Department of Health
- Klapheck, K., Nordmeyer, S., Cronjäger, H., Naber, D., & Bock, T. (2012). Subjective experience and meaning of psychoses: the German Subjective Sense in Psychosis Questionnaire (SUSE). *Psychological Medicine*, *42*(1), 61-71. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001103>
- Klingberg, S., Herrlich, J., Wiedemann, G., Wölwer, W., Meisner, C., Engel, C., Jakobi-Malterre, U. E., Buchkremer, G., & Wittorf, A. (2012). Adverse Effects of Cognitive Behavioral Therapy and Cognitive Remediation in Schizophrenia. Results of the Treatment of Negative Symptoms Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *200*(7), 569-576.
- Klingberg, S., & Hesse, K. (2013). Kognitive Verhaltenstherapie bei schizophrenen Psychosen. *Psychotherapeut*, *58*(4), 352-356.
<https://doi.org/10.1007/s00278-013-0999-z>
- Klinikum rechts der Isar. (2022). *Evidenzbasierte Psychiatrie. Sektion Evidenzbasierte Medizin in der Psychiatrie*. Technische Universität München. Zugegriffen am 11.06.2022
<https://www.psykl.mri.tum.de/evidenzbasierte-psychiatrie>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*, *30*(2), 111-116.
<https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Knudson, B., & Coyle, A. (2002). The experience of hearing voices: An interpretative phenomenological analysis. *Existential Analysis*, *13*(1), 117-134.
- Knuf, A. (2020). *Recovery und Empowerment*. Psychiatrie Verlag.
- Krabbendam, L., Myin-Germeys, I., Bak, M., & van Os, J. (2005). Explaining transitions over the hypothesized psychosis continuum. *Aust N Z J Psychiatry*, *39*(3), 180-186. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01541.x>
- Krafft, A. M. (2018). Die Psychologie der Hoffnung. In *Positive Psychologie der Hoffnung: Grundlagen aus Psychologie, Philosophie, Theologie und Ergebnisse aktueller Forschung* (S. 109-173). Springer Berlin Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-56201-7_4
- Krais, B., & Gebauer, G. (2016). *Habitus* (6. ed.). Bielefeld.

- Kråkvik, B., Gråwe, R. W., Hagen, R., & Stiles, T. C. (2013). Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms: a randomized controlled effectiveness trial [Journal Article; Randomized Controlled Trial; Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(5), 511-524. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000258>
- Kråkvik, B., Larøi, F., Kalhovde, A. M., Hugdahl, K., Kompus, K., Salvesen, Ø., Stiles, T. C., & Vedul-Kjelsås, E. (2015). Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(5), 508-515. <https://doi.org/10.1111/sjop.12236>
- Krampe, E.-M. (2009). *Emanzipation durch Professionalisierung. Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren: Erwartungen und Folgen*. Mabuse-Verlag.
- Kravitz, R. L., Duan, N., Vohra, S., Li, J., & the DEcIDE Methods Center N-of-1 Guidance Panel (Duan N, E. I., Gabler NB, Kaplan HC, Kravitz RL, Larson EB, Pace WD, Schmid CH, Sim I, Vohra S). (2014). the DEcIDE Methods Center N-of-1 Guidance Panel. Introduction to N-of-1 Trials: Indications and Barriers. In: , and the DEcIDE Methods Center N-of-1 Guidance Panel (Duan N, Eslick I, Gabler NB, Kaplan HC, Kravitz RL, Larson EB, Pace WD, Schmid CH, Sim I, Vohra S). Design and Implementation of N-of-1 Trials: A User's Guide. AHRQ Publication No. 13(14)-EHC122-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January 2014: Chapter 1, S. 1-11. In R. L. Kravitz, N. Duan, & E. I. the DEcIDE Methods Center N-of-1 Guidance Panel (Duan N, Gabler NB, Kaplan HC, Kravitz RL, Larson EB, Pace WD, Schmid CH, Sim I, Vohra S) (Eds.), *Design and Implementation of N-of-1 Trials: A User's Guide*. AHRQ Publication No. 13(14)-EHC122-EF (S. 1-11). Agency for Healthcare Research and Quality.
- Kronmüller, K.-T., Von Bock, A., Grupe, S., Büche, L., Gentner, N. C., Rückl, S., Marx, J., Joest, K., Kaiser, S., Vedder, H., & Mundt, C. (2011). Psychometric evaluation of the Psychotic Symptom Rating Scales. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 102-108.
- Kupper, Z., & Tschacher, W. (2008). Lack of concordance between subjective improvement and symptom change in psychotic episodes. *Br J Clin Psychol*, 47(Pt 1), 75-93. <https://doi.org/10.1348/014466507x246780>
- Lally, J., Watkins, R., Nash, S., Shetty, H., Gardner-Sood, P., Smith, S., Murray, R. M., & Gaughran, F. (2018). The Representativeness of Participants With Severe Mental Illness in a Psychosocial Clinical Trial [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00654>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lau, C.-I., Wang, H.-C., Hsu, J.-L., & Liu, M.-E. (2013). Does the dopamine hypothesis explain schizophrenia? *Reviews in the Neurosciences*, 24(4), 389-400. <https://doi.org/doi:10.1515/revneuro-2013-0011>

- Laux, G., & Möller, H.-J. (2011). 3.9 Klassifikationen psychischer Störungen. In *Memorix Psychiatrie und Psychotherapie* (2., aktualisierte Auflage). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-0034-40169>
- Law, H., Neil, S. T., Dunn, G., & Morrison, A. P. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). *Schizophrenia Research*, 156(2–3), 184-189. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.011>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., Kendall, T., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(5), 260-268. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.54>
- Lee, R. M., Draper, M., & Lee, S. (2001). Social connectedness, dysfunctional interpersonal behaviors, and psychological distress: Testing a mediator model. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 310-318. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.310>
- Lee, R. M., & Robbins, S. B. (1995). Measuring belongingness: The Social Connectedness and the Social Assurance scales. *Journal of Counseling Psychology*, 42(2), 232-241. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.2.232>
- Leendertse, J. C. P., Wierdsma, A. I., van den Berg, D., Ruissen, A. M., Slade, M., Castelein, S., & Mulder, C. L. (2021). Personal Recovery in People With a Psychotic Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Associated Factors [Systematic Review]. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.622628>
- Leff, J., Williams, G., Huckvale, M. A., Arbutnot, M., & Leff, A. P. (2013). Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study. *British Journal of Psychiatry*, 202(6), 428-433. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.124883>
- Leichsenring, F., & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM): Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien — Gibt es nur einen Goldstandard? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50(2), 203-217. <http://www.jstor.org/stable/23870119>
- Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S., & Ioannidis, J. P. A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(1), 133-145. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20941>

- Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F., Samara, M., Barbui, C., Engel, R. R., Geddes, J. R., Kissling, W., Stapf, M. P., Lässig, B., Salanti, G., & Davis, J. M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, *382*(9896), 951-962. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60733-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60733-3)
- Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., & Engel, R. (2005). Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *British Journal of Psychiatry*, *187*(4), 366-371. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.4.366>
- Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B., Samara, M., Rabaioli, M., Bächer, S., Cipriani, A., Geddes, J. R., Salanti, G., & Davis, J. M. (2017). Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. *American Journal of Psychiatry*, *174*(10), 927-942. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16121358>
- Leucht, S., Samara, M., Heres, S., & Davis, J. M. (2016). Dose Equivalents for Antipsychotic Drugs: The DDD Method. *Schizophrenia Bulletin*, *42* Suppl 1(Suppl 1), S90-S94. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv167>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, *5*(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Lewis, S., TARRIER, N., Haddock, G., Bentall, R. P., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Drake, R., Everitt, J., Leadley, K., & et al. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes [Clinical Trial; Journal Article; Randomized Controlled Trial; Research Support, Non-U.S. Gov't]. *British journal of psychiatry. Supplement*, *43*, s91-97. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.43.s91>
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, *14*(4), 256-272. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016905>
- Lieb, K., Klemperer, D., Koch, K., Baethge, C., Ollenschläger, G., & Ludwig, W.-D. (2011). Interessenkonflikte in der Medizin: Mit Transparenz Vertrauen stärken. *Dtsch Arztebl International*, *108*(6), 256-260. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=80790>
- Lillie, E. O., Patay, B., Diamant, J., Issell, B., Topol, E. J., & Schork, N. J. (2011). The n-of-1 clinical trial: the ultimate strategy for individualizing medicine? *Per Med*, *8*(2), 161-173. <https://doi.org/10.2217/pme.11.7>
- Lincoln, T. (2006). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. Ein individuenzentrierter Ansatz zur Veränderung von Wahn, Halluzinationen und Negativsymptomatik*. Hogrefe.

- Lincoln, T. M., Jung, E., Wiesjahn, M., & Schlier, B. (2016). What is the minimal dose of cognitive behavior therapy for psychosis? An approximation using repeated assessments over 45 sessions., Was ist die minimale Dosis der kognitiven Verhaltenstherapie fuer Psychose? Eine Annaeherung mittels wiederholter Messungen ueber 45 Sitzungen. *European Psychiatry*, *38*, 31-39. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.05.004>
- Lincoln, T. M., & Peters, E. (2019). A systematic review and discussion of symptom specific cognitive behavioural approaches to delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, *203*, 66-79. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.12.014>
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Orimoto, T. E., & Kolko, D. J. (2016). A Meta-Analysis of Personalized Treatment Goals in Psychotherapy: A Preliminary Report and Call for More Studies. *Clin Psychol (New York)*, *23*(2), 165-176. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12153>
- Linscott, R. J., & van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med*, *43*(6), 1133-1149. <https://doi.org/10.1017/s0033291712001626>
- Lonergan, A. (2017). The Meaning of Voices in Understanding and Treating Psychosis: Moving Towards Intervention Informed by Collaborative Formulation. *Eur J Psychol*, *13*(2), 352-365. <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i2.1199>
- Longden, E. (2010). Making sense of voices: A personal story of recovery. *Psychosis*, *2*(3), 255-259. <https://doi.org/10.1080/17522439.2010.512667>
- Lorente-Rovira, E., Grasa, E., Ochoa, S., Corripio, I., Peláez, T., López-Carrillero, R., Morano-Guillén, M., Gutiérrez-Gea, Á., Villagrán, J. M., Llácer, B., & Sanjuán, J. (2020). Positive and Useful Voices in Patients With Schizophrenia: Prevalence, Course, Characteristics, and Correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *208*(8). https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2020/08000/Positive_and_Useful_Voices_in_Patients_With.3.aspx
- Louise, S., Rossell, S. L., & Thomas, N. (2019). The Acceptability, Feasibility and Potential Outcomes of an Individual Mindfulness-Based Intervention for Hearing Voices. *Behav Cogn Psychother*, *47*(2), 200-216. <https://doi.org/10.1017/s1352465818000425>
- Luhrmann, T. M., Alderson-Day, B., Bell, V., Bless, J. J., Corlett, P., Hugdahl, K., Jones, N., Larøi, F., Moseley, P., Padmavati, R., Peters, E., Powers, A. R., & Waters, F. (2019). Beyond Trauma: A Multiple Pathways Approach to Auditory Hallucinations in Clinical and Nonclinical Populations. *Schizophrenia Bulletin*, *45*(45 Suppl 1), S24-S31. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby110>
- Lukoff, D., Liberman, R. P., & Nuechterlein, K. H. (1986). Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients [Article]. *Schizophrenia Bulletin*, *12*(4), 578-602. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.578>

- Lysaker, P. H., Glynn, S. M., Wilkniss, S. M., & Silverstein, S. M. (2010). Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. *Psychological services*, 7(2), 75-91. <https://doi.org/10.1037/a0019115>
- Mahler, L., Jarchov-Jädi, I., Montag, C., & Gallinat, J. (2014). *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. Psychiatrie Verlag.
- Mahlke, C., Kraemer, U., Kilian, R., & Becker, T. (2015). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung Übersicht des internationalen Forschungsstandes. *Nervenheilkunde*, 34(4), 235-239.
- Mahlke, C., Schulz, G., Sielaff, G., Nixdorf, R., & Bock, T. (2019). Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2875-z>
- Mahlke, C. I., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Bock, T. (2017). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *European Psychiatry*, 42(Supplement C), 103-110. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.12.007>
- Maiwald, K.-O. (2005). Die ‚Ganzheitlichkeit‘ professionellen Wissens und seiner Vermittlung. Überlegungen am Beispiel des juristischen Wissens. *Die Hochschule*, 1, 52-71.
- Maj, M. (2008). Non-financial conflicts of interests in psychiatric research and practice. *British Journal of Psychiatry*, 193(2), 91-92. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.049361>
- Martin, P. J. (2000). Hearing voices and listening to those that hear them. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 7(2), 135-141. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00276.x>
- Marzouk, T., Winkelbeiner, S., Azizi, H., Malhotra, A. K., & Homan, P. (2020). Transcranial Magnetic Stimulation for Positive Symptoms in Schizophrenia: A Systematic Review. *Neuropsychobiology*, 79(6), 384-396. <https://doi.org/10.1159/000502148>
- Maß, R., Burmeister, J., & Krausz, M. (1997). Dimensionale Struktur der deutschen Version der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) [journal article]. *Der Nervenarzt*, 68(3), 239-244. <https://doi.org/10.1007/s001150050119>
- Matthijssen, S. J. M. A., Heitland, I., Verhoeven, L. C. M., & van den Hout, M. A. (2019). Reducing the emotionality of auditory hallucination memories in patients suffering from auditory hallucinations. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 637. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2019.00637>
- McCarthy-Jones, S. (2012). *Hearing Voices: The histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations*. Cambridge University Press.

- McCarthy-Jones, S., Hayward, M., Waters, F., & Sommer, I. E. (2016). *Hallucinations: New Interventions Supporting People with Distressing Voices and/or Visions*. (S. McCarthy-Jones, M. Hayward, F. Waters, & I. E. Sommer, Eds.). Frontiers Media. <https://doi.org/10.3389/978-2-88945-007-7>
- McCarthy-Jones, S., & Longden, E. (2015). Auditory verbal hallucinations in schizophrenia and post-traumatic stress disorder: common phenomenology, common cause, common interventions? [Hypothesis & Theory]. *Frontiers in Psychology*, 6(1071). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01071>
- McCluskey, A., Watson, C., Nugent, L., O'Connor, T., Moore, Z., O'Brien, N., Molloy, L., & Patton, D. (2022). Psychiatric nurse's perceptions of their interactions with people who hear voices: A qualitative systematic review and thematic analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(3), 395-407. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12829>
- McEntegart, C., Barnes-Holmes, Y., Dillon, J., Egger, J., & Oliver, J. E. (2016). Hearing voices, dissociation, and the self: A functional-analytic perspective. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1241851>
- McGrath, J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Chiu, W. T., de Jonge, P., Fayyad, J., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., Lim, C. C., Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., . . . Kessler, R. C. (2015). Psychotic Experiences in the General Population: A Cross-National Analysis Based on 31,261 Respondents From 18 Countries. *JAMA Psychiatry*, 72(7), 697-705. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0575>
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 67-76. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn001>
- McMillan, K. A., Enns, M. W., Cox, B. J., & Sareen, J. (2009). Comorbidity of Axis I and II mental disorders with schizophrenia and psychotic disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(7), 477-486. <https://doi.org/10.1177/070674370905400709>
- Meldrum, M. L. (2000). A brief history of randomized controlled trial: From Oranges and Lemons to the Gold Standard. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 14(4), 745-760. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0889-8588\(05\)70309-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0889-8588(05)70309-9)
- Meleis, A. I., & Brock, E. (1999). *Pflegetheorie : Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Verlag Hans Huber.
- Methodenberatung. (2022a). *Pearson Chi-Quadrat-Test (Kontingenzanalyse)*. Universität Zürich. Zugegriffen am 29.06.2022 https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/zentral.html

- Methodenberatung. (2022b). *Zentrale Tendenz*. Universität Zürich. Zugegriffen am 29.06.2022
https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/zentral.html
- Mezey, G., White, S., Harrison, I., Bousfield, J., Killaspy, H., Lloyd-Evans, B., & Payne, S. (2022). 'Modelling social exclusion in a diagnostically-mixed sample of people with severe mental illness'. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(2), 420-428.
<https://doi.org/10.1177/00207640211001893>
- Millham, & Easton. (1998). Prevalence of auditory hallucinations in nurses in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(2), 95-99. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1998.00098.x>
- Mindfreedom. (2022). *Mindfreedom - About MFI*. Mindfreedom. Zugegriffen am 01.03.2022 <https://mindfreedom.org/about-mfi/>
- Moncrieff, J. (2020). Misleading information about antipsychotics. *Psychological Medicine*, 50(16), 2810-2811.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720004523>
- Morrison, A. P., French, P., & Wells, A. (2007). Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2241-2246.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.002>
- Morrison, A. P., Hutton, P., Wardle, M., Spencer, H., Barratt, S., Brabban, A., Callcott, P., Christodoulides, T., Dudley, R., French, P., Lumley, V., Tai, S. J., & Turkington, D. (2012). Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: an exploratory trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 1049-1056.
<https://doi.org/10.1017/S0033291711001899>
- Morrison, A. P., Nothard, S., Bowe, S. E., & Wells, A. (2004). Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1315-1323.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.009>
- Morrison, A. P., Renton, J. C., Dunn, H., Williams, S., & Bentall, R. P. (2004). *Cognitive Therapy for Psychosis. A Formulation-Based Approach*. Brunner-Routledge.
- Morrison, A. P., Renton, J. C., Williams, S., Dunn, H., Knight, A., Kreutz, M., Nothard, S., Patel, U., & Dunn, G. (2004). Delivering cognitive therapy to people with psychosis in a community mental health setting: an effectiveness study. *Acta Psychiatr Scand*, 110(1), 36-44.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00299.x>

- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, T., Dudley, R., Chapman, N., Callcott, P., Grace, T., Lumley, V., Drage, L., Tully, S., Irving, K., Cummings, A., Byrne, R., Davies, L. M., & Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet*, *383 North American Edition*(9926), 1395-1403. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62246-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62246-1)
- Moskowitz, A., & Corstens, D. (2008). Auditory Hallucinations: Psychotic Symptom or Dissociative Experience? *Journal of Psychological Trauma*, *6*(2-3), 35-63. https://doi.org/10.1300/J513v06n02_04
- Mourgues, C., Negreira, A. M., Quagan, B., Mercan, N. E., Niles, H., Kafadar, E., Bien, C., Kamal, F., & Powers, A. R., III. (2020). Development of Voluntary Control Over Voice-Hearing Experiences: Evidence From Treatment-Seeking and Non-Treatment-Seeking Voice-Hearers. *Schizophrenia Bulletin Open*, *1*(1). <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa052>
- Müller, M. J., Rossbach, W., Davids, E., Wetzel, H., & Benkert, O. (2000). Evaluation eines standardisierten Trainings für die "Positive and Negative Syndrome Scale" (PANSS). *Der Nervenarzt*, *71*(3), 195-204. <https://doi.org/10.1007/s001150050029>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, *18*(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Murray, R. M., Quattrone, D., Natesan, S., van Os, J., Nordentoft, M., Howes, O., Di Forti, M., & Taylor, D. (2016). Should psychiatrists be more cautious about the long-term prophylactic use of antipsychotics? *The British Journal of Psychiatry*, *209*(5), 361-365. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182683>
- National Empowerment Center. (2022). *National Empowerment Center, about us - NEC Staff and Consultants*. National Empowerment Center. Zugegriffen am 01.03.2022 <https://power2u.org/staff-consultants/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014a). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (CG178)*. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014b). *Rehabilitation for adults with complex psychosis (NG 181)*. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists. https://www.nice.org.uk/guidance/ng181/resources/rehabilitation-for-adults-with-complex-psychosis-pdf-6614201664301_3
- Neale, J., & Strang, J. (2015). Blending qualitative and quantitative research methods to optimize patient reported outcome measures (PROMs). *Addiction*, *110*(8), 1215-1216. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/add.12896>

- Neil, S. T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. P. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, 1(2), 145-155. <https://doi.org/10.1080/17522430902913450>
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- Norton, M. J., & Swords, C. (2021). Social recovery: a new interpretation to recovery-orientated services – a critical literature review. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 16(1), 7-20. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-06-2020-0035>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>
- Oevermann, U. (1997). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Eds.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (2 ed.). Suhrkamp.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799-812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- Pardiñas, A. F., Holmans, P., Pocklington, A. J., Escott-Price, V., Ripke, S., Carrera, N., Legge, S. E., Bishop, S., Cameron, D., Hamshere, M. L., Han, J., Hubbard, L., Lynham, A., Mantripragada, K., Rees, E., MacCabe, J. H., McCarroll, S. A., Baune, B. T., Breen, G., . . . Consortium, C. (2018). Common schizophrenia alleles are enriched in mutation-intolerant genes and in regions under strong background selection. *Nature Genetics*, 50(3), 381-389. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0059-2>
- Parker, I., Schnackenberg, J. K., & Hopfenbeck, M. (2021). *The Practical Handbook of Hearing Voices: Therapeutic and creative approaches*. PCCS Books.
- Peeters, F. (2015). Toward Personalized Treatment in Psychiatry. *Journal of Clinical Psychiatry*, 16(10), e1313-1315. <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/21095/>
- Peplau, H. E. (1992). Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 13-18. <https://doi.org/10.1177/089431849200500106>
- Perepletchikova, F. (2009). Treatment Integrity and Differential Treatment Effects. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(3), 379-382. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01177.x>
- Perkins, R., & Rinaldi, M. (2008). *Das Leben wieder in den Griff bekommen. Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery.*(C. Abderhalden, M. Schulz, H. Stefan, & A. Winter, Eds.). UPD Verlag.

- Pesola, F., Williams, J., Bird, V., Freidl, M., Le Boutillier, C., Leamy, M., Macpherson, R., & Slade, M. (2015). Development and evaluation of an Individualized Outcome Measure (IOM) for randomized controlled trials in mental health. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(4), 257-265. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/mpr.1480>
- Peters, M. D. J., C., G., Kahlil, H., McInerney, P., Baldini Soares, C., & D., P. (2017). Methodology for JBI Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Joanna Briggs Institute. <https://reviewersmanual.joannabriggs.org>
- Petry, N. M., Roll, J. M., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Stitzer, M., Peirce, J. M., Blaine, J., Kirby, K. C., McCarty, D., & Carroll, K. M. (2008). Serious adverse events in randomized psychosocial treatment studies: safety or arbitrary edicts? *J Consult Clin Psychol*, 76(6), 1076-1082. <https://doi.org/10.1037/a0013679>
- Pfadenhauer, M., & Sander, T. (2010). Professionssoziologie. In G. Kneer & M. Schroer (Eds.), *Handbuch Spezielle Soziologien* (S. 361-378). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92027-6_20
- Phalen, P., Warman, D., Martin, J. M., Lucksted, A., Drapalski, A., Jones, N., & Lysaker, P. (2019). Public understanding of different kinds of voice-hearing experiences: Causal beliefs, perceptions of mental illness, and stigma. *Psychiatric rehabilitation journal*, 42(4), 331-340. <https://doi.org/10.1037/prj0000353>
- Phillips, J., Frances, A., Cerullo, M. A., Chardavoyne, J., Decker, H. S., First, M. B., Ghaemi, N., Greenberg, G., Hinderliter, A. C., Kinghorn, W. A., LoBello, S. G., Martin, E. B., Mishara, A. L., Paris, J., Pierre, J. M., Pies, R. W., Pincus, H. A., Porter, D., Pouncey, C., . . . Zachar, P. (2012). The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine : PEHM*, 7, 3-3. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-3>
- Pierre, J. M. (2010). Hallucinations in Nonpsychotic Disorders: Toward a Differential Diagnosis of "Hearing Voices". *Harvard Review of Psychiatry*, 18(1), 22-35. <https://doi.org/10.3109/10673220903523706>
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., & Bechdorf, A. (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen : Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen"* (2., erw. und aktualisierte Aufl.). Schattauer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). Theoretical Frameworks. In D. F. Polit & C. T. Beck (Eds.), *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9 ed., S. 126-149). Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Powers, P. (2002). A Discourse Analysis of Nursing Diagnosis. *Qualitative Health Research*, 12(7), 945-965. <https://doi.org/10.1177/104973202129120377>
- Ralph, S. J., & Espinet, A. J. (2018). Increased All-Cause Mortality by Antipsychotic Drugs: Updated Review and Meta-Analysis in Dementia and General Mental Health Care. *Journal of Alzheimer's disease reports*, 2(1), 1-26. <https://doi.org/10.3233/ADR-170042>

- Ramon, S. (2018). The Place of Social Recovery in Mental Health and Related Services. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1052. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061052>
- Ramon, S., Healy, B., & Renouf, N. (2007). Recovery from Mental Illness as an Emergent Concept and Practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(2), 108-122. <https://doi.org/10.1177/0020764006075018>
- Raphael, J., Price, O., Hartley, S., Haddock, G., Bucci, S., & Berry, K. (2021). Overcoming barriers to implementing ward-based psychosocial interventions in acute inpatient mental health settings: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103870. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103870>
- Read, J. (2013). Does 'schizophrenia' exist? Reliability and validity. In J. Read & J. Dillon (Eds.), *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*, 2nd ed. (S. 47-61). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Reger, G. M., Koenen-Woods, P., Zetocha, K., Smolenski, D. J., Holloway, K. M., Rothbaum, B. O., Difede, J., Rizzo, A. A., Edwards-Stewart, A., Skopp, N. A., Mishkind, M., Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2016). Randomized controlled trial of prolonged exposure using imaginal exposure vs. virtual reality exposure in active duty soldiers with deployment-related posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(11), 946-959. <https://doi.org/10.1037/ccp0000134>
- Reist, S., Eichmann, B., Burr, C., & Homan, P. (2016). Die Einführung der Behandlungskonferenz auf einer akupsykiatrischen Station – Erfahrungen aus einem Veränderungsprojekt. In M. Schulz, S. Schoppman, H. Anna, C. Gurtner, H. Stefan, U. Finklenburg, & S. Hahn (Eds.), „Fremdsein überwinden“ *Kompetenzen der psychiatrischen Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung. Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen 13.Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld* (S. 239-244). Verlag Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule.
- Richter, D. (2018). Inklusion, Exklusion und Integration: Schlüsselkonzepte für die psychiatrische (Arbeits-) Rehabilitation. In W. Kawohl & W. Rössler (Eds.), *Arbeit und Psyche: Grundlage, Therapie, Rehabilitation, Prävention - ein Handbuch* (S. 94-106). Kohlhammer.
- Richter, D. (2021). Diagnostische Klassifikation in der Psychiatrie. *Psychiatrische Pflege*, 6(6), 9-11. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000390>
- Richter, D., & Dixon, J. (2022). Models of mental health problems: a quasi-systematic review of theoretical approaches. *Journal of Mental Health*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022638>
- Richter, D., Eikemann, B., & Reker, T. (2006). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen [Work, Income, Intimate Relationships: Social Exclusion of the Mentally Ill]. *Gesundheitswesen*, 68(11), 704-707.

- Richter, D., & Hoffmann, H. (2019). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 427-435.
<https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>
- Ripke, S., Sanders, A. R., Kendler, K. S., Levinson, D. F., Sklar, P., Holmans, P. A., Lin, D.-Y., Duan, J., Ophoff, R. A., Andreassen, O. A., Scolnick, E., Cichon, S., St. Clair, D., Corvin, A., Gurling, H., Werge, T., Rujescu, D., Blackwood, D. H. R., Pato, C. N., . . . The Schizophrenia Psychiatric Genome-Wide Association Study, C. (2011). Genome-wide association study identifies five new schizophrenia loci. *Nature Genetics*, 43(10), 969-976. <https://doi.org/10.1038/ng.940>
- Roberts, S. J., Demarco, R., & Griffin, M. (2009). The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 288-293. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00959.x>
- Rogge, A. A., Fischer, F., Otto, L., & Rose, M. (2022). Empirische Erfassung patient*innenberichteter Merkmale: PROMs und PREMs [Assessment of Patient-reported Outcomes in Routine Medical Care: Patient-reported Outcome Measures (PROMs) and Patient-reported Experience Measures (PREMs)]. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 57(02), 150-155.
- Rojnic Kuzman, M., Vahip, S., Fiorillo, A., Beezhold, J., Pinto da Costa, M., Skugarevsky, O., Dom, G., Pajevic, I., Peles, A. M., Mohr, P., Kleinberg, A., Chkonia, E., Balazs, J., Flannery, W., Mazaliauskiene, R., Chihai, J., Samochowiec, J., Cozman, D., Mihajlovic, G., . . . Goorwod, P. (2021). Mental health services during the first wave of the COVID-19 pandemic in Europe: Results from the EPA Ambassadors Survey and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 64(1), e41.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2215>
- Romme, M., & Escher, A. (1989). Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209-216. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.209>
- Romme, M., & Escher, S. (1994). Hearing voices. *BMJ : British Medical Journal*, 309(6955), 670-670.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541463/>
- Romme, M., & Escher, S. (2013). *Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern*. Psychiatrie Verlag.
- Romme, M., & Escher, S. (2017). Geleitwort. In *Stimmenhören und Recovery. Erfahrungsfokussierte Beratung in der Praxis* (S. 9-12). Psychiatrie Verlag.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J., & Corstens, D. (2009). *Living with Voices: 50 stories of recovery*. PCCS Books.
- Romme, M., & Morris, M. (2013). The recovery process with hearing voices: accepting as well as exploring their emotional background through a supported process. *Psychosis*, 5(3), 259-269.
<https://doi.org/10.1080/17522439.2013.830641>

- Romme, M. A., Honig, A., Noorthoorn, E. O., & Escher, A. D. (1992). Coping with hearing voices: an emancipatory approach [10.1192/bjp.161.1.99]. *The British Journal of Psychiatry*, 161(1), 99.
<http://bjp.rcpsych.org/content/161/1/99.abstract>
- Roosenschoon, B.-J., Kamperman, A. M., Deen, M. L., Weeghel, J. v., & Mulder, C. L. (2019). Determinants of clinical, functional and personal recovery for people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A cross-sectional analysis. *PLoS One*, 14(9), e0222378-e0222378.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222378>
- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (1987). *Die Elemente der Krankenpflege*. RECOM-Verlag.
- Rössler, W., Joachim Salize, H., van Os, J., & Riecher-Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399-409.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.009>
- Royal College of Psychiatrists. (2019). *College Report 190. Consensus statement on high-dose antipsychotic medication*. London Zugegriffen am 26.08.2022 https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/members/faculties/rehabilitation-and-social-psychiatry/rehab-cr190.pdf?sfvrsn=d8397218_4
- Rüsch, N., Abbruzzese, E., Hagedorn, E., Hartenhauer, D., Kaufmann, I., Curschellas, J., Ventling, S., Zuaboni, G., Bridler, R., Olschewski, M., Kawohl, W., Rössler, W., Kleim, B., & Corrigan, P. (2014). Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 204.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135772>
- Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J. E., & Day, R. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures: A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Psychological Medicine*, 16(4), 909-928. <https://doi.org/10.1017/S0033291700011910>
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., & Wolff, S. (2006). *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (2., durchges. und erg. Aufl.). H. Huber.
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., & Wolff, S. (2011). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (Vol. 3. vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Huber.
- Sauter, D., & Richter, D. (1999). *Experten für den Alltag - Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern*. Psychiatrie Verlag.
- Schäfer, T., & Schwarz, M. A. (2019). The Meaningfulness of Effect Sizes in Psychological Research: Differences Between Sub-Disciplines and the Impact of Potential Biases [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00813>
- Schaub, A., Neubauer, N., Mueser, K. T., Engel, R., & Möller, H.-J. (2013). Neuropsychological functioning in inpatients with major depression or schizophrenia [journal article]. *BMC Psychiatry*, 13(1), 203.
<https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-203>

- Schnackenberg, J. K. (2013). *efc Institut. Stimmenhören verstehen*. efc Institut. Zugegriffen am 12.01.2022 http://www.efc-institut.de/index.php?article_id=21&clang=0
- Schnackenberg, J. K. (2017a). *Experience Focussed Counselling With Voice Hearers in Training and Practice. Effectiveness, Clinical and Social Implications*. University of the West of Scotland. Ayr.
- Schnackenberg, J. K. (2017b). *Experience Focussed Counselling With Voice Hearers in Training and Practice. Effectiveness, Clinical and Social Implications* University of the West of Scotland.
- Schnackenberg, J. K., & Burr, C. (2017). *Stimmenhören und Recovery*. Psychiatrie Verlag.
- Schnackenberg, J. K., Fleming, M., & Martin, C. R. (2016). A randomised controlled pilot study of Experience Focused Counselling with voice hearers. *Psychosis*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1185452>
- Schnackenberg, J. K., Fleming, M., & Martin, C. R. (2018). Experience Focussed Counselling with Voice Hearers as a Trauma-Sensitive Approach. Results of a Qualitative Thematic Enquiry. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 997-1007. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0294-0>
- Schnackenberg, J. K., Fleming, M., Walker, H., & Martin, C. R. (2018). Experience Focussed Counselling with Voice Hearers: Towards a Transdiagnostic Key to Understanding Past and Current Distress—A Thematic Enquiry [journal article]. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 1071-1081. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0280-6>
- Schnackenberg, J. K., & Martin, C. R. (2014). The need for Experience Focused Counselling (EFC) with voice hearers in training and practice: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(5), 391-402. <https://doi.org/10.1111/jpm.12084>
- Schneider, K. (2007). *Klinische Psychopathologie* (15 ed.). Thieme Verlag,.
- Schrems, B. (2013). *Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche*. Facultas.
- Schulgen, G., & Schmoor, C. (2007). Randomisation und Verblindung. In M. Schumacher & G. Schulgen (Eds.), *Methodik klinischer Studien. Methodische Grundlagen der Planung, Durchführung und Auswertung* (Vol. 2). Springer.
- Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (2007). Reihe Epidemiologi 6:: Generierung von Randomisierungslisten in randomisierten Studien: Zufall, nicht Auswahl. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 101(6), 419-426. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.zgesun.2007.05.027>
- Schulz, M., Gray, R., Spiekermann, A., Abderhalden, C., Behrens, J., & Driessen, M. (2013). Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: A multi-centre randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 146(1–3), 59-63. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.01.028>

- Schulz, M., & Zuaboni, G. (2014). *Die Hoffnung trägt*. (Vol. 1). Psychiatrie Verlag.
- Schulz, M., Zuaboni, G., & Burr, C. (2020). Das Gezeiten-Modell im Spiegel der wissenschaftlichen Diskussion. In *Das Gezeiten-Modell. Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege* (Vol. 2, S. 151-168). Hogrefe. <https://doi.org/http://doi.org/10.1024/86034-000>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2015). *Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis* (Vol. 2). Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- Schweizerische Akademie der Naturwissenschaften (SNAT). (2021). *Genetische Tests - Genome Wide Association Study*. Zugegriffen am 08.01.2022 <https://naturwissenschaften.ch/personalized-health-explained/welche-methoden-werden-eingesetzt/genetische-tests/gwas>
- Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP/APSI. (2019). Swiss Research Agenda for Nursing 2019 – 2029 (SRAN) VFP/APSI. https://www.vfp-apsi.ch/fileadmin/user_upload/SRAN_AGENDA_lang_final.pdf
- Seal, M. L., Aleman, A., & McGuire, P. K. (2004). Compelling imagery, unanticipated speech and deceptive memory: neurocognitive models of auditory verbal hallucinations in schizophrenia. *Cogn Neuropsychiatry*, 9(1-2), 43-72. <https://doi.org/10.1080/13546800344000156>
- Seki, Y., Nagata, S., Shibuya, T., Yoshinaga, N., Yokoo, M., Ibuki, H., Minamitani, N., Kusunoki, M., Inada, Y., Kawasoe, N., Adachi, S., Yoshimura, K., Nakazato, M., Iyo, M., Nakagawa, A., & Shimizu, E. (2016). A feasibility study of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for panic disorder in a Japanese clinical setting: an uncontrolled pilot study. *BMC Research Notes*, 9, 458. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2262-5>
- Selten, J.-P., van der Ven, E., & Termorshuizen, F. (2020). Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychological Medicine*, 50(2), 303-313. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000035>
- Servonnet, A., Allain, F., Gravel-Chouinard, A., Hernandez, G., Bourdeau Caporuscio, C., Legrix, M., Lévesque, D., Rompré, P. P., & Samaha, A. N. (2021). Dopaminergic mechanisms underlying the expression of antipsychotic-induced dopamine supersensitivity in rats. *Neuropharmacology*, 197, 108747. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2021.108747>
- Servonnet, A., & Samaha, A. N. (2020). Antipsychotic-evoked dopamine supersensitivity. *Neuropharmacology*, 163, 107630. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.05.007>
- Servonnet, A., Uchida, H., & Samaha, A. N. (2021). Continuous versus extended antipsychotic dosing in schizophrenia: Less is more. *Behavioural Brain Research*, 401, 113076. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.113076>
- Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Boutillier, C. L., & Slade, M. (2013). Measures of Personal Recovery: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 64(10), 974-980. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005012012>

- Shean, G. (2014). Limitations of Randomized Control Designs in Psychotherapy Research. *Advances in Psychiatry*, 2014, 561452. <https://doi.org/10.1155/2014/561452>
- Shergill, S. S., Brammer, M. J., Fukuda, R., Williams, S. C., Murray, R. M., & McGuire, P. K. (2003). Engagement of brain areas implicated in processing inner speech in people with auditory hallucinations. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 525-531. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.525>
- Simeone, J. C., Ward, A. J., Rotella, P., Collins, J., & Windisch, R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0578-7>
- Sivec, H. J., Montesano, V. L., Skubby, D., Knepp, K. A., & Munetz, M. R. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBT-p) Delivered in a Community Mental Health Setting: A Case Comparison of Clients Receiving CBT Informed Strategies by Case Managers Prior to Therapy. *Community Mental Health Journal*, 53(2), 134-142. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s10597-015-9930-0>
- Slade, M. (2009a). Policy rationale. In M. Slade (Ed.), *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals* (S. 74-76). Cambridge University Press.
- Slade, M. (2009b). What is recovery. In M. Slade (Ed.), *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals* (S. 35-40). Cambridge University Press.
- Slade, M. (2013). *100 Wege um Recovery zu unterstützen*. (M. Schulz, G. Zuaboni, M. Löhr, & C. Abderhalden, Eds.). Fachhochschule der Diakonie.
- Sohler, N., Adams, B. G., Barnes, D. M., Cohen, G. H., Prins, S. J., & Schwartz, S. (2016). Weighing the evidence for harm from long-term treatment with antipsychotic medications: A systematic review. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(5), 477-485. <https://doi.org/10.1037/ort0000106>
- Solomon, P., Cavanaugh, M. M., & Draine, J. (2019). *Designing the Randomized Controlled Trial* (P. Solomon, M. M. Cavanaugh, & J. Draine, Eds.). Oxford University Press. <https://doi.org/DOI:10.1093/acprof:oso/9780195333190.003.0005>
- Soneson, E., Russo, D., Stochl, J., Heslin, M., Galante, J., Knight, C., Grey, N., Hodgekins, J., French, P., Fowler, D., Lafortune, L., Byford, S., Jones, P. B., & Perez, J. (2020). Psychological interventions for people with psychotic experiences: A systematic review and meta-analysis of controlled and uncontrolled effectiveness and economic studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(7), 673-695. <https://doi.org/10.1177/0004867420913118>
- Spitzbart, S. (2004). *Barrieren bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Ergebnisse einer empirischen Studie bei TherapienutzerInnen in Oberösterreich* (J. Weidenholzer, Ed.). Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität.

- Steel, C., Schnackenberg, J. K., Perry, H., Longden, E., Greenfield, E., & Corstens, D. (2019). Making Sense of Voices: a case series. *Psychosis*, 11(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/17522439.2018.1559874>
- Steel, C., Schnackenberg, J. K., Travers, Z., Longden, E., Greenfield, E., Meredith, L., Perry, H., & Corstens, D. (2020). Voice hearers' experiences of the Making Sense of Voices approach in an NHS setting. *Psychosis*, 12(2), 106-114. <https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1707859>
- Stefan, H., Allmer, F., Schalek, K., Eberl, J., Hansmann, R., Jedelski, E., Pandzic, R., Tomacek, D., & Vencour, M. C. (2013). *POP. Praxis orientierte Pflegedignositik. Pflegediagnosen, Ziele, Massnahmen.* (2. Auf.). Springer.
- Stefaniak, I., Sorokosz, K., Janicki, A., & Wciorka, J. (2019). Therapy based on avatar-therapist synergy for patients with chronic auditory hallucinations: a pilot study [Letter]. *Schizophrenia Research*, 211, 115-117. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.05.036>
- Stefansson, H., Ophoff, R. A., Steinberg, S., Andreassen, O. A., Cichon, S., Rujescu, D., Werge, T., Pietiläinen, O. P. H., Mors, O., Mortensen, P. B., Sigurdsson, E., Gustafsson, O., Nyegaard, M., Tuulio-Henriksson, A., Ingason, A., Hansen, T., Suvisaari, J., Lonnqvist, J., Paunio, T., . . . Outcome in, P. (2009). Common variants conferring risk of schizophrenia. *Nature*, 460(7256), 744-747. <https://doi.org/10.1038/nature08186>
- StiftungSchweiz. (2022). *Die Schweizer Plattform für gemeinnütziges Engagement: Spenden, fördern, freuen!* Philanthropy Services AG. Zugegriffen am 05.07.2022 <https://stiftungschweiz.ch/>
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P., & Künzi, K. (2020). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Erster Teilbericht* (Bundesamt für Gesundheit Ed.). Bundesamt für Gesundheit.
- Stockmann, C. (2005). A literature review of the progress of the psychiatric nurse-patient relationship as described by peplau. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(9), 911-919. <https://doi.org/10.1080/01612840500248197>
- Stone, H., & Stone, S. (1989). *Embracing Our Selves. The Voice Dialogue Manual.* New World Library.
- Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 26(3), 291-304. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222056>
- Styron, T., Utter, L., & Davidson, L. (2017). The hearing voices network: initial lessons and future directions for mental health professionals and Systems of Care [journal article]. *Psychiatric Quarterly*, 88(4), 769-785. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9491-1>
- Swyer, A., & Powers, A. R. (2020). Voluntary control of auditory hallucinations: phenomenology to therapeutic implications. *npj Schizophrenia*, 6(1), 1-19. <https://doi.org/10.1038/s41537-020-0106-8>

- Szymczynska, P., Walsh, S., Greenberg, L., & Priebe, S. (2017). Attrition in trials evaluating complex interventions for schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *90*, 67-77. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.02.009>
- Taipale, H., Schneider-Thoma, J., Pinzón-Espinosa, J., Radua, J., Efthimiou, O., Vinkers, C. H., Mittendorfer-Rutz, E., Cardoner, N., Pintor, L., Tanskanen, A., Tomlinson, A., Fusar-Poli, P., Cipriani, A., Vieta, E., Leucht, S., Tiihonen, J., & Luykx, J. J. (2022). Representation and Outcomes of Individuals With Schizophrenia Seen in Everyday Practice Who Are Ineligible for Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry*, *79*(3), 210-218. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3990>
- Tarrier, N., Harwood, S., Yusopoff, L., Beckett, R., & Baker, A. (1990). Coping Strategy Enhancement (CSE): A Method of Treating Residual Schizophrenic Symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *18*(4), 283-293. <https://doi.org/10.1017/S0141347300010387>
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Wittkowski, A., Yusopoff, L., Gledhill, A., Morris, J., & Humphreys, L. (2001). Are some types of psychotic symptoms more responsive to cognitive-behaviour therapy? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*(1), 45-55. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S1352465801001060>
- The National Collaborating Centre for Mental Health. (2021). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. London: The National Collaborating Centre for Mental Health
- Thoma, R. J., Chaze, C., Lewine, J. D., Calhoun, V. D., Clark, V. P., Bustillo, J., Houck, J., Ford, J., Bigelow, R., Wilhelmi, C., Stephen, J. M., & Turner, J. A. (2016). Functional MRI Evaluation of Multiple Neural Networks Underlying Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia Spectrum Disorders [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, *7*(39). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00039>
- Thomas, N., Hayward, M., Peters, E., van der Gaag, M., Bentall, R. P., Jenner, J., Strauss, C., Sommer, I. E., Johns, L. C., Varese, F., García-Montes, J. M., Waters, F., Dodgson, G., & McCarthy-Jones, S. (2014). Psychological Therapies for Auditory Hallucinations (Voices): Current Status and Key Directions for Future Research. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(Suppl_4), S202-S212. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu037>
- Thorpe, K. E., Zwarenstein, M., Oxman, A. D., Treweek, S., Furberg, C. D., Altman, D. G., Tunis, S., Bergel, E., Harvey, I., Magid, D. J., & Chalkidou, K. (2009). A pragmatic-explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *Journal of Clinical Epidemiology*, *62*(5), 464-475. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.12.011>
- Todorovic, A., Lal, S., Dark, F., De Monte, V., Kisely, S., & Siskind, D. (2020). CBTp for people with treatment refractory schizophrenia on clozapine: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Mental Health*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1836558>

- Topor, A., Boe, T. D., & Larsen, I. B. (2022). The Lost Social Context of Recovery Psychiatrization of a Social Process [Policy and Practice Reviews]. *Frontiers in Sociology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.832201>
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J., & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 36-40. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.010884>
- Turkington, D., Munetz, M., Pelton, J., Montesano, V., Sivec, H., Nausheen, B., & Kingdon, D. (2014). High-yield cognitive behavioral techniques for psychosis delivered by case managers to their clients with persistent psychotic symptoms: an exploratory trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(1), 30-34. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000070>
- Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD). (2022). *Die Stiftung der UPD*. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD). Zugegriffen am 29.06.2022 <https://www.upd.ch/de/ueber-uns/stiftung-upd.php>
- Utschakowski, J. (2015). *Mit Peers arbeiten. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung*. Psychiatrie Verlag.
- Valery, K. M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- Van Broeck, N., & Lietaer, G. (2008). Psychology and Psychotherapy in Health Care. *European Psychologist*, 13(1), 53-63. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.13.1.53>
- van der Gaag, M., Valmaggia, L. R., & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156(1), 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.03.016>
- Van Eck, R. M., Burger, T. J., Vellinga, A., Schirmbeck, F., & de Haan, L. (2017). The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 631-642. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx088>
- Van Lieshout, R. J., & Goldberg, J. O. (2007). Quantifying self-reports of auditory verbal hallucinations in persons with psychosis. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 39(1), 73-77. <https://doi.org/10.1037/cjbs2007006>
- van Os, J. (2016). "Schizophrenia" does not exist. *BMJ*, 352, i375. <https://doi.org/10.1136/bmj.i375>
- van Os, J., Burns, T., Cavallaro, R., Leucht, S., Peuskens, J., Helledin, L., Bernardo, M., Arango, C., Fleischhacker, W., Lachaux, B., & Kane, J. M. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(2), 91-95. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00659.x>
- van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B. P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 203-212. <https://doi.org/10.1038/nature09563>

- van Os, J., & Linscott, R. J. (2012). Introduction: The extended psychosis phenotype--relationship with schizophrenia and with ultrahigh risk status for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 227-230.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbr188>
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness--persistence--impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179-195.
<https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
- van Os, J., Rutten, B. P., & Poulton, R. (2008). Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: Review of Epidemiological Findings and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1066-1082.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbn117>
- van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2(2), 169–181.
<https://doi.org/10.1037/prj0000356>
- Varese, F., Douglas, M., Dudley, R., Bowe, S., Christodoulides, T., Common, S., Grace, T., Lumley, V., McCartney, L., Pace, S., Reeves, T., Morrison, A. P., & Turkington, D. (2020). Targeting dissociation using cognitive behavioural therapy in voice hearers with psychosis and a history of interpersonal trauma: A case series. *Psychology and psychotherapy*, e12304. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/papt.12304>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Vauth, R. (2010). Wenn Antipsychotika nicht helfen. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei persistierendem Wahn und chronischem Stimmenhören. *Nervenheilkunde*, 30(4), 239-244.
- Velligan, D., Prihoda, T., Dennehy, E., Biggs, M., Shores-Wilson, K., Crismon, M. L., Rush, A. J., Miller, A., Suppes, T., Trivedi, M., Kashner, T. M., Witte, B., Toprac, M., Carmody, T., Chiles, J., & Shon, S. (2005). Brief Psychiatric Rating Scale Expanded Version: How do new items affect factor structure? *Psychiatry Research*, 135(3), 217-228.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2005.05.001>
- Velligan, D. I., Tai, S., Roberts, D. L., Maples-Aguilar, N., Brown, M., Mintz, J., & Turkington, D. (2015). A randomized controlled trial comparing cognitive behavior therapy, cognitive adaptation training, their combination and treatment as usual in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 597-603. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu127>
- Ventura, J., Green, M. F., Shaner, A., & Liberman, R. P. (1993). Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: "The drift busters.". *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3(4), 221-244.

- Verdoux, H., & van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54(1-2), 59-65. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(01\)00352-8](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(01)00352-8)
- Verein EX-IN Schweiz. (2022). *EX-IN. Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie. EX-IN Schweiz*. Zugegriffen am 13.04.2022 <https://www.ex-in-schweiz.ch/>
- Viechtbauer, W., Smits, L., Kotz, D., Budé, L., Spigt, M., Serroyen, J., & Crutzen, R. (2015). A simple formula for the calculation of sample size in pilot studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(11), 1375-1379. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.04.014>
- Voice Collective. (2021). *Who hears voices? Famous people who hear (or have heard) voices*. Zugegriffen am 02.12.2021 <http://www.voicecollective.co.uk/about-voices/who-hears-voices/>
- Vollmer, L. (2017). Professionssoziologische Theorie. In *Gleichstellung als Profession? Gleichstellungsarbeit an Hochschulen aus professionssoziologischer Sicht* (S. 21-49). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-17279-4_2
- von Elm, E., Schreiber, G., & Haupt, C. C. (2019). Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.05.004>
- Wabnitz, P., Löhr, M., Nienaber, A., Hemkendreis, B., Kronmüller, K. T., & Schulz, M. (2017). Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy (LI-CBT) – Eine Einführung in Konzepte und Rahmenbedingungen [Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy (LI-CBT) – An Introduction in Concepts and Framework]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 67(08), 362-368.
- Wabnitz, P., Löhr, M., Schulz, M., Nienaber, A., Oppermann, G., Sauter, D., Schreiber, W., Gouzoulis-Mayfrank, E., Claus, S., Hohl-Radke, F., Jordan, W., & Pollmächer, T. (2019). Perspektiven und Chancen für pflegerisch-psychotherapeutische Interventionen in der stationären psychiatrischen Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 46(03), 156-161. <https://doi.org/10.1055/a-0801-3847>
- Wahbeh, M. H., & Avramopoulos, D. (2021). Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: A Literature Review. *Genes*, 12(12), 1850. <https://www.mdpi.com/2073-4425/12/12/1850>
- Wallston, K. (2013). Multidimensional Health Locus of Control Scales. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (S. 1266-1269). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_605
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63(3), 534-553. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6303_10
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170. <https://doi.org/10.1177/109019817800600107>

- Weck, F., Bohn, C., Ginzburg, D. M., & Stangier, U. (2011).
Behandlungsintegrität: Implementierung, Messung, Evaluation und
Zusammenhänge zum Therapieerfolg. *Verhaltenstherapie*, 21(2), 99-107.
- Weidner, F. (1995). Professionelle Pflegepraxis -ausgewählte Ergebnisse einer
Untersuchung auf der Grundlage eines handlungsorientierten
Professionalisierungsverständnisses. *Pflege*, 8(1), 49-58.
- Weisbrod, M., Aschenbrenner, S., Pfüller, U., Kaiser, S., & Roesch-Ely, D.
(2014). Rehabilitation von Menschen mit schizophrenen Psychosen: Die
Bedeutung von Kognition und Training kognitiver Funktionen. *Fortschritte
der Neurologie Psychiatrie*, 82(03), 128-134.
- Westfälische Wilhelms-Universität Münster. (2022). *Ethik-Kommission der
Ärztammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelms-
Universität*. Medizinische Fakultät Münster. Zugegriffen am 25.06.2022
<https://www.medizin.uni-muenster.de/ek/ethik-kommission.html>
- Wilkinson, R., Marmot, M., & World Health Organization. Regional Office for, E.
(2003). *Social determinants of health: the solid facts* (2nd (en) ed.). World
Health Organization. Regional Office for Europe.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326568>
- Windeler, J., Antes, G., Behrens, J., Donner-Banzhoff, N., & Lelgemann, M.
(2008). Randomised Controlled Trials (RCTs). *Zeitschrift für Evidenz,
Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102(5), 321-325.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2008.05.002>
- Woods, A., Jones, N., Alderson-Day, B., Callard, F., & Fernyhough, C. (2015).
Experiences of hearing voices: analysis of a novel phenomenological
survey. *The Lancet Psychiatry*, 2(4), 323-331.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00006-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00006-1)
- World Health Organization (WHO). (2013). *Mental health action plan 2013-2020*.
World Health Organization (WHO).
- World Health Organization (WHO). (2017). *Creating peer support groups in
mental health and related areas* Mental Health Policy and Service
Development Department of Mental Health and Substance Abuse. World
Health Organization (WHO).
- World Medical Association. (2013). WMA Deklaration von Helsinki - Ethische
Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. Zugegriffen
am 31.05.2017
[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-
Ordner/International/Deklaration-von-Helsiniki_2013_DE.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration-von-Helsiniki_2013_DE.pdf)
- Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, F. J. (2013).
Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an
early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy:
Long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA
Psychiatry*, 70(9), 913-920.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.19>
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy
for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor.
Schizophrenia Bulletin, 34(3), 523-537.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbm114>

- Yeomans, D., Taylor, M., Currie, A., Whale, R., Ford, K., Fear, C., Hynes, J., Sullivan, G., Moore, B., & Burns, T. (2010). Resolution and remission in schizophrenia: getting well and staying well. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(2), 86-95. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.006411>
- Young, S. N. (2009). Bias in the research literature and conflict of interest: an issue for publishers, editors, reviewers and authors, and it is not just about the money. *Journal of psychiatry & neuroscience*, 34(6), 412-417.
- Yu, Y., Xiao, X., Yang, M., Ge, X.-p., Li, T.-x., Cao, G., & Liao, Y.-j. (2020). Personal Recovery and Its Determinants Among People Living With Schizophrenia in China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1436. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2020.602524>
- Zuaboni, G. (2014). Evaluation des Schulungskonzeptes "Recovery praktisch!" in Deutschland und der Schweiz. In (S. 292-294).
- Zuaboni, G., & Burr, C. (2011). Fare Out.... Eine Reise nach Nottingham. *Psychiatrische Pflege*, 17, 64-67. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1275373>
- Zuaboni, G., Burr, C., & Schulz, M. (2020). Vorwort der deutschen Herausgeber. In G. Zuaboni, C. Burr, & M. Schulz (Eds.), *Das Gezeiten-Modell. Der Kompass für eine recovery-orientierte psychiatrische Pflege* (Vol. 2, S. 15-17). Hogrefe.
- Zuaboni, G., Burr, C., Winter, A., & Schulz, M. (2020). *Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte*. Psychiatrie Verlag.
- Zuaboni, G., Hahn, S., Wolfensberger, P., Schwarze, T., & Richter, D. (2017). Impact of a Mental Health Nursing Training-Programme on the Perceived Recovery-Orientation of Patients and Nurses on Acute Psychiatric Wards: Results of a Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 38, 1-8. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1359350>
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability--a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.86.2.103>
- Zuddas, A. (2013). Autism assessment tools in the transition from DSM-IV to DSM-5. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(6), 325-327. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0424-8>
- Zwarenstein, M., Treweek, S., Gagnier, J. J., Altman, D. G., Tunis, S., Haynes, B., Oxman, A. D., & Moher, D. (2008). Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. *BMJ*, 337. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2390>

7 Anhang

A. Tabelle Beschreibung der verwendeten Datenbanken für das Scoping-Review

Datenbank	Beschreibung der inhaltlichen Ausrichtung ^a	Begründung für die Wahl
MEDLINE (Pubmed)	Enthält Referenzen von Artikeln und Konferenzberichten aus den Bereichen Klinische Medizin, Anatomie und Physiologie, Pharmakologie und Pharmazie, Zahnmedizin, Psychiatrie und Psychologie, Gesundheitswesen.	<ul style="list-style-type: none"> • Internationale Ausrichtung • Wichtige spezifisch genannte Bereiche: Medizin, Psychiatrie, Psychologie und Gesundheitswesen • Gilt als eine der wichtigsten Datenbanken im Gesundheitswesen
Embase	Internationale Literatur mit Schwerpunkt Europa aus der gesamten Humanmedizin und ihren Randgebieten. Besonderer Schwerpunkt: Arzneimittelforschung, Pharmakologie, Pharmazie, Pharmaökonomie, Toxikologie, biologische Grundlagenforschung, Gesundheitspolitik und -management, Gesundheitswesen, Arbeitsmedizin, Umweltmedizin und Drogenprobleme. Enthält alle Dokumente der Excerpta Medica Referatezeitschriften einschließlich der Journale aus MEDLINE	<ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung Europa • Wichtige spezifisch genannte Bereiche: Humanmedizin, Gesundheitswesen
Cochrane Library	Datenbank zur evidenzbasierten Medizin weltweit. Sie beinhaltet Reviews von Zeitschriften, Konferenzberichten und anderen Quellen zu den neuesten nachgewiesenen medizinischen Behandlungen sowie zu kontrollierten klinischen Studien.	<ul style="list-style-type: none"> • Internationale Ausrichtung • Fokus auf Interventionsforschung • Cochran-Reviews gelten als die methodisch besten.
CINAHL	In der Datenbank werden ein grosser Teil der englischsprachigen Pflegezeitschriften, die Veröffentlichungen der American Nurses' Association und der National League for Nursing sowie Zeitschriften aus weiteren Berufsfeldern im Gesundheitswesen ausgewertet. Ausserdem sind Monografien, graue Literatur, AV-Materialien, Dissertationen und ausgewählte Kongressberichte nachgewiesen.	<ul style="list-style-type: none"> • Internationale Ausrichtung • Wichtige spezifisch genannte Bereiche: Pflege, weitere Gesundheitsberufe, • Gilt als eine der wichtigsten

		Datenbanken in der Pflege
PsycINFO	Literaturnachweise mit Abstracts von mehrheitlich englischsprachigen psychologischen Publikationen weltweit. Nachgewiesen werden Zeitschriftenartikel ab 1806 und Bücher, Buchkapitel, Dissertationen und Reports ab 1987	<ul style="list-style-type: none"> • Internationale Ausrichtung • Wichtige spezifisch genannte Bereiche: Psychologie
Psyndex	Literaturnachweise mit Abstracts von psychologischen Publikationen aus dem deutschsprachigen Raum (Zeitschriftenartikel, Bücher, Beiträge aus Sammelwerken, Dissertationen, Reports ab 1977, audiovisuelle Medien)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung auf Deutschsprachige Publikationen • Wichtige spezifisch genannte Bereiche: Psychologie

^a Quelle: Fachbereich Gesundheit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften:

<https://www.zhaw.ch/de/hochschulbibliothek/recherchehilfe-kurse/fachinformation-gesundheit/fachdatenbanken-gesundheit/> und der Universitätsbibliothek der Universität Bern:

https://www.ub.unibe.ch/recherche/e_medien/datenbanken/index_ger.html

B. Differenzierte Beschreibung der Suchstrategie pro Datenbank

B.1. Suche vom 23.10.2020:

B.1.1. Allgemeine Angaben zu den Suchbegriffen und ihren Kombinationen für die Verwendung in den Datenbanken:

("hearing voices" OR "acoustic hallucination" OR "auditory hallucination") AND ("intervention" OR "therapy" OR "counsel*") NOT (transcranial* OR stimulat* OR magnet*)

B.1.2. Beschreibung der Suche in den verschiedenen Datenbanken:

Suche 1: Medline 23.10.2020: 169 Treffer

(hearing voices OR acoustic hallucination OR auditory hallucination) AND (intervention OR therapy OR counsel*) NOT (transcranial* OR stimulat* OR magnet*) → (("hearing voices"[All Fields] OR ("acoustic"[All Fields] AND ("hallucinations"[MeSH Terms] OR "hallucinations"[All Fields] OR "hallucinate"[All Fields] OR "hallucinated"[All Fields] OR "hallucinating"[All Fields] OR "hallucination"[All Fields] OR "hallucinative"[All Fields] OR "hallucinator"[All Fields] OR "hallucinators"[All Fields])) OR "auditory hallucination"[All Fields]) AND ("intervention"[All Fields] OR "therapy"[All Fields] OR "counsel*"[All Fields])) NOT ("transcranial*"[All Fields] OR "stimulat*"[All Fields] OR "magnet*"[All Fields])

Suche 2: PsycInfo 23.10.2020: 206 Treffer

((hearing voices or acoustic hallucination or auditory hallucination) and (intervention or therapy or counsel*)) not (transcranial* or stimulat* or magnet*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh] =

Suche 3: Cinahl 23.10.2020: 130 Treffer

(hearing voices or auditory hallucinations or acoustic hallucination) AND intervention AND (treatment or therapy) NOT transcranial magnetic stimulation

Suche 4: Psyn dex Strategie 1 23.10.2020: 12 Treffer

(hearing voices OR acoustic hallucination OR auditory hallucination) AND (intervention OR therapy OR counsel*) NOT (transcranial* OR stimulat* OR magnet*)

Suche 5: Cochran Strategie 1 23.10.2020: 82 Treffer

(auditory hallucination OR hearing voices OR acoustic hallucination):ti,ab,kw AND (intervention*):ti,ab,kw AND (therapy):ti,ab,kw OR (counselling):ti,ab,kw NOT (transcranial):ti,ab,kw NOT (stimulation):ti,ab,kw NOT (magnet*):ti,ab,kw

Suche 6: Embase Strategie 1: 23.10.2020: 119 Treffer

((auditory hallucination or acoustic hallucination or hearing voices) and (intervention or therapy or counsel*)).ab. not (transcranial* not stimulat* not magnet*).af. not medication.af.

B.1.3. Handsuche in deutschsprachigen Zeitschriften

1.Thieme (u.a. Psychotherapie im Dialog PiD; psychiatrische Praxis, Psychiatrische Pflege Heute) je mit den Suchbegriffen Stimmenhören und akustische Halluzinationen = 2 Treffer

2.Hogrefe → ejournals → alle Fachbereiche durchsuchen → Medizin (englisch und deutsch), Pflege, Psychologie (englisch und deutsch): Stimmenhören, hallucination, therapy = 0 Treffer

3.Schweizerische Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie: Stimmenhören, halluzinationen = 0 Treffer

B.2. Erweiterte Suche vom 22.01.2021:

B.2.1. Allgemeine Angaben zu den Suchbegriffen und ihren Kombinationen für die Verwendung in den Datenbanken:

("hearing voices" OR "acoustic hallucination" OR "auditory hallucination" OR "psychosis*" OR "psychotic*") AND ("intervention" OR "therapy" OR "counselling") NOT (Transcranial Magnetic Stimulation (MeSH) OR "neuroleptic*" OR "antipsychotic*" OR "music*" OR "art therapy") Filter: clinical trials, rcts, reviews, meta-analyses, English German, 1990-2021

B.2.2. Beschreibung der Suche in den verschiedenen Datenbanken:

Suche 1: Medline 24.01.2021: 1367 Treffer

(((((auditory hallucination[Title/Abstract])) OR (acoustic hallucination[Title/Abstract])) OR (hearing voices[Title/Abstract])) OR (psychosis[Title/Abstract])) OR (psychotic[Title/Abstract])) AND (((therapy[Title/Abstract]) OR (counselling[Title/Abstract])) OR (intervention[Title/Abstract])) NOT (((("Psychotropic Drugs"[Mesh]) OR ("Transcranial Magnetic Stimulation"[Mesh])) OR (neuroleptic*[All fields])) OR (antipsychotic*[All fields])) OR (music*[All fields])) OR (art therapy[All fields]) OR (electro*[All fields])) Filters: Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review, English, German, from 1990 - 2021

Darstellung auf Pubmed (History and Search Details) ("auditory hallucination"[Title/Abstract] OR "acoustic hallucination"[Title/Abstract] OR "hearing voices"[Title/Abstract] OR "psychosis"[Title/Abstract] OR "psychotic"[Title/Abstract]) AND ("therapy"[Title/Abstract] OR "counselling"[Title/Abstract] OR "intervention"[Title/Abstract])) NOT ("Psychotropic Drugs"[MeSH Terms] OR "Transcranial Magnetic Stimulation"[MeSH Terms] OR "neuroleptic*" [All Fields] OR "antipsychotic*" [All Fields] OR "music*" [All Fields] OR ("art therapy"[MeSH Terms] OR ("art" [All Fields] AND "therapy" [All Fields]) OR "art therapy" [All Fields]) OR "electro*" [All Fields])

Suche 2: PsycInfo 24.01.2021: = 168

((auditory hallucination or hearing voices or acoustic hallucination or psychosis or psychotic*).ab. and (auditory hallucination or hearing voices or acoustic hallucination or psychosis or psychotic*).ti. and (intervention or therapy or counselling).ab. and (intervention or therapy or counselling).ti.) not (Psychotropic Drugs or Transcranial Magnetic Stimulation or neuroleptic* or antipsychotic* or music therapy or art therapy or electro*).af. Filter: Journal, Jahr:1990-2021

Suche 3: Cinahl 24.01.2021: = 544

[XVII](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&bquery=((hearing+AND+voices)+OR+(auditory+AND+hallucinations)+OR+(auditory+AND+hallucinations)+OR+psychotic*+OR+psychosis)+AND+(intervention+OR+therapy+OR+counselling)+AND+(((psychotropic+AND+drugs))+OR+((transcranial+AND+magnetic+AND+stimulation))+OR+(neuroleptics+OR+antipsychotics)+OR+((music+AND+t</p></div><div data-bbox=)

herapy))+OR+((art+AND+therapy)))&cli0=DT1&clv0=199001-202112&type=1&searchMode=And&site=ehost-live

Limiters - Published Date: 19900101-20211231; Expanders - Apply equivalent subjects; Narrow by Language: - English; Narrow by SubjectMajor: - outcome assessment - affective disorders, psychotic psychotherapy - affective disorders - clinical trials - quality of life - practice guidelines – delusions – depression - cognitive therapy - cognition disorders - bipolar disorder – hallucinations - treatment outcomes - psychotic disorders – schizophrenia; Search modes - Find all my search terms

Suche 4: Psyndex Strategie 1 24.01.2021: = 164

((((auditory hallucination or hearing voices or acustic hallucination or psychosis or psychotic*) and (intervention or therapy or counselling)) not (Psychotropic Drugs or Transcranial Magnetic Stimulation or neuroleptic* or antipsychotic* or music therapy or art therapy or electro*)).ab. Filter: Journal, Jahr:1990-2021

Suche 5: Cochran Strategie 1 24.01.2021: = 756

("auditory hallucination"):ti,ab,kw OR (hearing voices):ti,ab,kw OR (acustic halluzination):ti,ab,kw OR (psychosis):ti,ab,kw OR (or psychotic*):ti,ab,kw (Word variations have been searched) AND (intervention):ti,ab,kw OR (therapy):ti,ab,kw OR (counselling):ti,ab,kw NOT ("psychotropic drug"):ti,ab,kw OR ("transcranial magnetic stimulation"):ti,ab,kw OR (neuroleptic* or "antipsychotic drug"):ti,ab,kw OR ("music therapy"):ti,ab,kw OR ("art therapy"):ti,ab,kw; with Publication Year from 1990 to 2021, with Cochrane Library publication date Between Jan 1990 and Dec 2021, in Trials with 'Schizophrenia', 'Common Mental Disorders', 'Developmental, Psychosocial and Learning Problems' in Cochrane Groups

Suche 6: Embase Strategie 1: 24.01.2021: = 623

((auditory hallucination or hearing voices or acustic hallucination or psychosis or psychotic*).ab. and (auditory hallucination or hearing voices or acustic hallucination or psychosis or psychotic*).ti. and (intervention or therapy or counselling).ab. and (intervention or therapy or counselling).ti.) not (Psychotropic Drugs or Transcranial Magnetic Stimulation or neuroleptic* or antipsychotic* or music therapy or art therapy or electro*).af. Filter: Article, Jahr:1990-2021

Nr.	Studie	Land ^a (ISO-Code)	Anzahl eingeschlossener Studien in Reviews (N)	Anzahl eingeschlossener Teilnehmenden(n)	Fokus auf Diagnose, Phänomen oder Symptom					Name ^a	Anzahl an Sitzungen (über X Monate)	Kontrollbedingung ^a	Methods / Design ^a				Outcome measures ^a					Resultate ^a		
					Psychose	Schizophrenie	Stimmen / akustische Halluzinationen	Wahn	Trauma				Andere	Quant.	Qual.	PSYRATS	PANSS	SAPS	BAVQ-R	BPRS (-E)	Others ^a			
12	Brand et al. (2018)	AUS	12	520	x			x		Trauma fokussierte Intervention	3-16	TAU or AC	x	x				x					Positive-symptome: + - 0,31 0,18 Halluzinationen: - - 0,14 0,06 Psychotische Symptome: - - 0,21 Anmerkungen: AC ist besser als ACT; ACT ist besser als TAU; Gruppe ist besser als Einzel	
13	Brown et al. (2020)	AUS	8	274	x		x	x		ACT (Einzel & Gruppe)	N/A	TAU or AC	x	x										
14	Buck et al. (2019)	USA		161			x	x	x	PE & VRE	10	WL			CT									b BASIS-24 Halluzinationen: - N/A N/A N/A
15	Burns et al. (2014)	CAN	12	639	x	x	x	x		KVT-p	10-24	TAU, WL or AC	x	x										Positive-symptome: + + 0,47 0,41 PSYRATS-AH: - N/A N/A N/A CR reduziert Anzahl an KVT Termine
16	Drake et al. (2014)	GBR		61	x	x				CR before KVT	N/A	SC before KVT												
17 ^c	England (2007)	CAN		65	x	x	x			KVT (CNI)	12 (4)	TAU												Brief-BPRS- overall: N/A + N/A N/A 0,71
18	Farhall et al. 2009	AUS		94	x	x				KVT-p	12-24	TAU												PANSS-Positive: - N/A N/A N/A
19	Fichtenbauer et al. (2019)	AUT		10	x	x				DIALOG+	5	-				BS								PANSS-Positive: + N/A 0,77 N/A
20	Garety et al. (2008)	GBR		301	x	x				KVT p & FI, KVT-p	20	TAU												PANSS-Positive: - - N/A N/A PSYRATS-AH: - - N/A N/A
21	Gould et al. (2001)	USA	7	340	x	x	x	x		KVT-p	5-20 (1-9)	TAU, WL, or AC	x	x										Positive-symptome: + + 0,65 N/A

Studie		Intervention		Methods / Design ^a		Outcome measures ^a		Resultate ^a																					
Nr.	Identifizier	Land ^a (ISO-Code)	Anzahl eingeschlossener Studien in Reviews (N)	Anzahl eingeschlossener Teilnehmenden(n)	Fokus auf Diagnose, Phänomen oder Symptom					Name ^a	Anzahl an Sitzungen (über X Monate)	Kontrollbedingung ^a	Quant.		Qual.		PSYRATS	PANSS	SAPS	BAVQ-R	BPRS-E	Others ^a	Quantitative Ergebnisse: Relevante Ergebnisse: wenn keine Gesamtwerte verfügbar waren, wurden Subskalen oder Items verwendet, falls angegeben; positive Symptome (z. B. PANSS-, & BPRS-E positiv, PSYRATS-Total); Stimmhören oder auditive Halluzinationen (z. B. PSYRATS-AH, BPRS-E-Halluzinationsitem) Statistisch signifikante Verbesserungen (p-Wert < .5; sig.): ja (+), nein (-), oder nicht verfügbar (N/A) Effektgröße (ES): Wert (standardisierte Mittelwertdifferenzen, Cohen's d, oder Hedge's g) oder nicht verfügbar (k.A.) Prä- bis Posttest (t0-t1) / Prä-Test bis Follow-up (t0-t2): 4 Zellen pro Zeile Gruppe mal X-Zeitpunkte: 2 Zellen pro Zeile Qualitative Ergebnisse: werden in einer Zeile beschrieben						
					Psychose	Schizophrenie	Stimmen / akustische Halluzinationen	Wahn	Trauma				Andere	Systematic Reviews	Meta-Analysen	RCT								Andere	Einzelstudien	Qualitative- oder Meta-Synthesen	sig. t0-t1	sig. t0-t2	ES t0-t1
44 ^c	Penn et al. (2011)	USA		46	x	x				KVT-p (GRIP)	N/A	TAU		x										PANSS-Positive (within group Analyse):	+	+	0.18	0.17	
45 ^c	Peters et al. (2015)	GBR		358	x					KVT-p	9 (18)	WL			BS									PSYRATS-AH:	+	+	0.52	0.44	
46	Premkumar et al. (2015)	GBR		60	x					KVT	19 (5)	TAU		x										PANSS-Positive:	+	N/A	N/A	N/A	
47	Priebe et al. (2015)	GBR		179	x	x				DIALOG+	6 (6)	AC		x										PANSS-Positive:	-	-	N/A	N/A	
48	Rathod et al. (2010)	GBR		15	x	x				CA-KVT-p	-	-												KVT oder Therapeuten helfen, die Stimmen auf eine andere und weniger belastende Weise zu verstehen. Die Stimmen sollten nicht auf eine wertende Weise verstanden werden.					
49	Rathod et al. (2013)	GBR		33	x	x				CA-KVT-p	16 (5)	TAU		x										i	CPRS-AH Subskala	-	-	N/A	N/A
50 ^c	Rosenbaum et al. (2012)	DNK		269	x	x				SPP-p	N/A (24)	TAU		x											PANSS-Positive:	-	N/A	N/A	N/A
51	Schnackenberg et al. (2018)	DEU		25 ^d		x				EFC	30 (10)	AC													EFC wurde als hilfreich angesehen, um Trauma bedingte Belastungen zu verstehen und zu bearbeiten.				
52 ^c	Schnackenberg et al. (2016)	DEU		12		x				EFC	30 (10)	AC		x											BPRS-E Psychose:	-	+	0.9	1.6
																									PSYRATS-AH:	-	-	0.4	1.0

Nr.	Studie	Land ^a (ISO-Code)	Anzahl eingeschlossener Studien in Reviews (N)	Anzahl eingeschlossener Teilnehmenden(n)	Fokus auf Diagnose, Phänomen oder Symptom					Name ^a	Anzahl an Sitzungen (über X Monate)	Kontroll- bedingung ^a	Methods / Design ^a			Outcome measures ^a			Resultate ^a					
					Andere	Trauma	Wahn	Stimmen / akustische Halluzinationen	Schizophrenie				Psychose	Quant.	Qual.	PSYRATS	PANSS	SAPS		BAVQ-R	BPRS (E)	Others ^a		
53 ^c	Schnackenberg et al. (2018b)	DEU		25 ^d	x					EFC	30 (10)	AC				x								Die EFC wurde von Fachpersonen und Stimmehörenden als positiv und nicht belastend eingeschätzt. EFC hat das Potenzial, das Leben von Stimmehörenden insgesamt zu verbessern und wurde als leicht umsetzbar und für die meisten als sehr hilfreich angesehen, insbesondere um die Stimmen im Lebenskontext zu verstehen und mit ihnen zu arbeiten.
54	Schnackenberg et al. (2014)	DEU	0	0	x					EFC	N/A	-	x											Es gab keine veröffentlichten Interventionsstudien, die alle Elemente von EFC beinhalteten. Zwei qualitative Studien ohne Interventionsstudienkontext beschrieben EFC, um Stimmen im Lebenskontext einer Person zu verstehen und die persönliche Genesung zu fördern.
55	Singer et al. (2014)	CAN		10	x					KVT-p	19			x										PANSS-Positive: - N/A N/A N/A
56 ^c	Svec et al. (2017)	USA		6	x	x	x	x	x	KVT-p	10	TAU			CC									Deskriptive Ergebnisse: Sehr geringe Unterschiede in Bezug auf PSYRATS-AH zwischen den beiden Gruppen. Eine Person in jeder Gruppe gab beim Posttest an, keine Halluzinationen mehr zu haben.

D. Tabelle zusammenfassende Darstellung der Synthese der Interventionen mit klarem Bezug zu Stimmenhören

Name der Intervention	Studien		Inhalte der Intervention	Durchführung der Intervention		Falls berichtet: Quantitative Ergebnisse, die sich nur auf das Stimmenhören beziehen (falls angegeben, werden spezifische Messungen genannt; falls keine Gesamtsummenscores verfügbar sind, wurden Unterskalen verwendet) Prä-, zu Post-Test oder Prä-Test zu Follow-up Signifikanzniveau: $p < .05$ Effektgröße: Hedges g oder Cohens d Qualitative Ergebnisse Kurzbeschreibung
	Anzahl Studien	Studiennummern ^a		Anzahl der Sitzungen und Dauer der Intervention	Beruflicher Hintergrund der Therapeut*innen	
KVT-p Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen	18	11, 15, 17 ^b , 21, 28 ^b , 29, 31 ^b , 33, 35, 36, 40, 41, 43 ^b , 56 ^b , 61, 68, 73, 74	Beziehungsaufbau und Normalisierung: Entwicklung eines Verständnisses für die Symptome und Stimmen. Psychoedukation: Aufklärung über das Wesen, die Behandlung und die Rückfallprävention von Psychosen. Fallformulierung: Konzeptualisierung der Stimmen auf der Grundlage kognitiver Modelle Bearbeitung der Stimmenhörerfahrung und Entwicklung von Bewältigungsstrategien: Behandlung der aufrechterhaltenden Faktoren im Zusammenhang mit den Stimmen, Stress oder negativen Überzeugungen durch kognitive Verhaltenstechniken Inhalt der spezialisierten Programme - Verbesserung der Verbindung zwischen Therapie und Alltag - Techniken für Menschen mit Dissoziationen - Expositionstechniken für Menschen mit Psychosen und PTSD	5-25 Sitzungen über 1-9 Monate	Psycholog*innen mit Master- oder Dokortitel, teilweise auch andere Berufsgruppen wie Psychiater*innen, Ergotherapeut*innen und Pflegefachpersonen	Quantitativ: Signifikante Verbesserung (28, 29, 31, 33, 40, 41, 43, 61, 73, 74) ^a Effektstärken: mittel bis groß, 0,56-1,08 (28, 41, 73) ^a Effektstärken: klein bis groß, 0,3-1,4 (36) ^a Effektstärken: klein bis mittel, 0,1-0,56 (31, 56, 68) ^a
	1932			Quantitativ: Mehr Kontrolle und Macht über die Stimmen, Normalisierung der Stimmenhörerfahrung, Angst, den Stimmen zu antworten oder zu widersprechen, bleibt (11) ^a		
AVATAR Therapie Audio-visual assisted therapy aid for refractory auditory hallucinations	2		Erstellung eines AVATARS: Auf einem Computerbildschirm wird eine visuelle und akustische Repräsentation (Avatar) der Hauptstimme erstellt. Dialog mit dem AVATAR: In 45-minütigen Sitzungen werden etwa 10 bis 15 Minuten damit verbracht, selbstbewusste Kommunikation zwischen der stimmhörenden Person und dem Avatar (wird vom/von der Therapeut*in gesprochen) zu üben. Der/die Therapeut*in kann im selben oder einem anderen Raum wie die stimmhörende Person sitzen und unterstützt und begleitet sie beim Einüben der selbstbewussten Kommunikation. 1. Phase: Der Avatar spricht den wörtlichen Inhalt der Stimme in der Art und Weise, wie es die stimmhörende Person gewohnt ist, die stimmhörende Person wird ermutigt selbstbewusst zu reagieren. 2. Phase: Der Avatar und seine Stimme verändern sich in eine konstruktive und unterstützende Richtung und der Dialog verändert sich entsprechend und wird weniger konfrontativ.	6-7 wöchentliche Sitzungen über 2 Monate	Therapeut*innen mit Erfahrung in CBT	Quantitativ: Signifikante Verbesserung (1, 60) ^a Effektstärken nicht berichtet
	1, 60			Spezifische Ausbildung nicht klar definiert, die Verwendung eines Manuals wird empfohlen, wöchentliche Supervision mit erfahrenen Therapeut*innen		
	218					

<p>Smartphone-basierte CFT</p> <p>Smartphone-basierte coping-fokussierte Therapie für Stimmehörende</p>	<p>1</p> <p>9</p> <p>34</p>	<p>Die Grundlage der Intervention ist die Verbesserung der Bewältigungsstrategien (Coping Strategy Enhancement, CSE), durch die Förderung der Verwendung früherer nützlicher und wirksamer Strategien.</p> <p>Erste Sitzung: Einführung und Schulung zur Nutzung der Smartphone-App und zur Erhebung von Daten zu Stimmen und Strategien.</p> <p>Beobachtungsphase: Erhebung von Daten zu Stimmen und Strategien über sechs Tage, Auswertung der Daten.</p> <p>Zweite Sitzung: Identifizierung und Definition von alternativen Strategien zum Umgang mit den Stimmen.</p> <p>Überwachungs- und Interventionsphase: Die Stimmehörenden werden regelmäßig an die Anwendung der Strategien erinnert und erheben weiterhin regelmäßig Daten über 10 Tage.</p> <p>In einer dritte Sitzung wird die Überwachungs- und Interventionsphase wiederholt und weiter verlängert.</p>	<p>4 Sitzungen über einen Zeitraum von ca. 1 Monat. Dazwischen üben der Interventionen mit Unterstützung der Smartphone-App</p> <p>Doktorierte, klinische Psycholog*innen</p> <p>Keine Informationen über spezifische Ausbildung und Supervision</p> <p>1-15 Sitzungen in einem 1- bis 2-wöchigen Rhythmus, zusätzliche Hausaufgaben</p> <p>Erfahrene klinische Psycholog*innen</p> <p>Spezifisches Training zu ACT sowie Supervision durch ACT-Expert*innen (keine Angaben zu Inhalt und Umfang)</p> <p>Quantitativ: Keine spezifischen Ergebnisse berichtet (13) ^a</p> <p>Qualitativ: ACT kann dazu beitragen, die Intensität und den Leidensdruck der Stimmen zu verringern. Die Intervention wurde von den Teilnehmern als sehr hilfreich empfunden und weiterempfohlen (3) ^a</p>
<p>ACT</p> <p>Akzeptanz and Commitment Therapie</p>	<p>2</p> <p>3, 13</p> <p>274</p>	<p>Einführung: Der ACT-Ansatz wird vorgestellt, dann beginnt die Therapie: Kognitive "Entschärfung"; Therapeut*in übernimmt die Rolle der Stimmen oder Gedanken (Verstand), kommentiert, bewertet, analysiert Dinge und Ereignisse und gibt Handlungsempfehlungen, Stimmehörer*in beobachten, was der Verstand tut, ohne zu kommunizieren oder dem zu folgen, was er sagt oder denkt, Erfahrung machen, dass die Kontrolle und Unterdrückung von Gedanken, Stimmen und Emotionen zu negativen Gefühlen führen können.</p> <p>Strategien entwickeln und finden: praktikable und hilfreiche Strategien entwickeln, Strategien aus der Vergangenheit wiederentdecken.</p> <p>Hausaufgaben: Anhören von Sitzungsaufzeichnungen, Führen eines ACT-Tagebuchs, um Nützliches sowie Themen und Fragen für die nächste Sitzung zu notieren, Wiederholung von Übungen mit Hilfe eines Therapehandbuchs und einer Achtsamkeits-CD.</p>	

<p>IMPV</p> <p>1</p>	<p>Grundlagen: IMBP basiert auf dem achtsamkeitsbasierten kognitiven Training (MBCT) und der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (MBSR). Es wurden folgende Anpassungen für Menschen die Stimmen hören vorgenommen: die Achtsamkeitsübungen sind zeitlich auf 15 Minuten begrenzt und werden mit offenen Augen durchgeführt.</p> <p>Inhalt der Sitzungen: Demonstration und Anleitung von Achtsamkeitsübungen; Gespräche und Übungen, um gewohnte durch achtsame Reaktionen zu ersetzen; Aufbau einer nicht wertenden Achtsamkeit und Akzeptanz den Stimmen gegenüber; Verwendung von selbst aufgenommene Audioaufnahmen der selbst imitierten Stimmen, wenn die Stimmen in den Übungsssequenzen nicht vorhanden waren.</p> <p>Hausaufgaben: Es werden Hausaufgaben und ein Protokoll zum Ausfüllen gegeben.</p>	<p>4 Sitzungen über 4 Wochen und zusätzliche Hausaufgaben</p> <p>Fachpersonen mit Psychose spezifischer CBT- und ACT-Ausbildung</p> <p>Spezifische MBCT-Ausbildung (keine Angaben zu Inhalt und Dauer der Ausbildung und Supervision).</p>	<p>Quantitativ: PSYRATS-AH, total: Keine signifikante Verbesserung (37) ^a Effektstärke: gering, 0.24 (37) ^a Life impairment (item, PSYRATS-AH): signifikante Verbesserung (37) ^a Effektstärke: mittel, 0.43 (37) ^a</p> <p>Qualitativ: Studienteilnehmer empfehlen die Intervention anderen Menschen, die Stimmen hören. Intervention hilft, sich trotz negativer Stimmen zu beruhigen und sich auf positive Dinge und Wohlbefinden zu konzentrieren. (37) ^a</p>
<p>Erfahrungs- und Stimmendialog</p> <p>EFC/ MsV</p> <p>6</p> <p>51, 52^b, 53^b, 54, 58, 59</p> <p>29^c</p>	<p>Verteilte Intervention. Randomisierte Fallserie (58) mit stärkerem Fokus auf den 4. Teil, dem Stimmendialog.</p> <p>Grundannahmen: Stimmenhören ist kein Krankheitssymptom, sondern eine normale, menschliche Erfahrung, die im Kontext von Lebensereignissen verstanden werden kann.</p> <p>Maastrichter-Interview (halbstrukturiert): offenes Gespräch über die Stimmen und Erfahrungen, mit dem Fokus auf die subjektive Bedeutung und den Kontext der Erfahrung.</p> <p>Maastrichter-Bericht: schriftlicher Bericht über den Inhalt des Interviews in der Sprache der stimmhörenden Person.</p> <p>Maastrichter-Konstrukt: Gemeinsame Entwicklung eines subjektiven und sinnvollen Erklärungsmodells für die Stimmenerfahrung im Lebenskontext der stimmhörenden Person zwischen stimmhörender und Begleitperson.</p> <p>Sprechen mit den Stimmen: indirekter oder direkter Dialog der stimmhörenden und Begleitperson mit den Stimmen mit dem Ziel, dem, was die Stimmen sagen wollen, Raum zu geben.</p>	<p>18-40 Sitzungen über 9-10 Monate</p> <p>Klinische Psycholog*innen oder Gesundheitsfachpersonen aus den Bereichen Pflege, Psychologie, Pädagogik oder Sozialarbeit</p> <p>6-tägiges EFC-Training und 2 zusätzliche Tage für Stimmendialog.</p> <p>Regelmäßige Gruppen- und Einzelsupervision während der Trainings- und Interventionsphase</p>	<p>Quantitativ: PSYRATS-AH, total: Signifikante Verbesserungen (58) ^a Effektstärken: mittel bis groß, 0.76-1.57 (58) ^a Effektstärken: klein bis groß, 0.4-1.0 (52) ^a Anderer Stimmenspezifische Messinstrumente (BAVQ-R, DAIMON): Signifikante Verbesserungen (58) ^a Effektstärken: klein bis mittel, -0.22 – 0.78 (58) ^a</p> <p>Qualitativ: Positive Bewertung von EFC/ MsV durch Stimmhörende und Fachpersonen. Leicht durchführbar und hilfreich, um Stimmen im Kontext des Lebens und ihrer Bedeutung zu verstehen. Korrelation zwischen subjektiv bewerteter Verbesserung und besserem Verständnis und mehr Kontrolle über die Stimmen. Das Sprechen mit den Stimmen wurde zwar nicht negativ, aber auch nicht in allen Fällen positiv erlebt (51, 53, 59) ^a</p>

Rating Therapie Beziehung zur Reflexion und Verbesserung der Therapie zur Reflexion und Verbesserung der Beziehung zu den Stimmen und der Umwelt	2	Dreiteilige Intervention: Grundlegende Annahmen: Parallelen zwischen der Art und Weise, wie mit Stimmen umgegangen wird, und der Art und Weise, wie mit Menschen in zwischenmenschlichen Beziehungen umgegangen wird. Einsatz von Rollenspielen als Methode, um einen selbstbewussten Umgang mit den Stimmen zu üben. 1. Phase: Kennenlernen der Intervention und ihrer Auswirkungen auf die Beziehung zwischen der Person und ihren Stimmen. 2. Phase: Erforschung von Themen in der Beziehungsgeschichte der stimmhörnden Person bezüglich der Beziehungen zu den Stimmen sowie der zwischenmenschlichen Beziehungen. 3. Phase: Erkundung und Entwicklung einer selbstbewussten Kommunikation mit den Stimmen und den Menschen im sozialen Umfeld.	12-16 Sitzungen über 3-4 Monate Therapeut*innen mit psychologischem und pflegerischem Hintergrund und viel Erfahrung mit Menschen, die Stimmen hören Spezifische Ausbildung (nicht spezifiziert), keine Angaben zur Supervision, zur Überprüfung der Einhaltung der Therapie muss eine Checkliste mit Informationen zu den verschiedenen Phasen der Intervention verwendet werden	Quantitative: Effektstärken: groß, 1,2 - 1,4 (25) ^a
	34			
PE und VRE Prolongierte Expositionstherapie Reality-Expositionstherapie	1	Vorbereitung: Erläuterung der Grundprinzipien der Behandlung und Psychoedukation zum Verständnis des Traumas, Atemübungen und andere Interventionen zur Vorbereitung der Exposition. Nach der 3. Sitzung: Beginn der Expositionstherapie. PE: Therapeut*in leitet Imagination vergangener Trauma Erlebnisse an, Schaffung eines Gefühls der Sicherheit. Ziel ist es, sich verminderten Expositionen im realen Leben wieder stellen zu können. VRE: Dasselbe wie PE. Anstelle der Imagination wird die virtuelle Realität eingesetzt. Die virtuelle Realität wird mit einem Computerprogramm erstellt; die Teilnehmer sehen und bewegen sich darin mit einer Virtual-Reality-Brille.	10 Sitzungen zu je 90-120 Minuten Promovierte Psycholog*innen 2-tägige spezifische Ausbildung, regelmäßige Supervision	Quantitative: Keine signifikante Verbesserung Von Prä- zu Postintervention Verringerung des Anteils an Teilnehmenden, die angaben, überhaupt Stimmen zu hören von 39,1 % auf 26,8 %
	14			
	162			

EMDR Desensibilisierung und Aufarbeitung mithilfe von Augenbewegungen				
1	<p>Grundlegende Annahmen: EMDR wurde für PTSD entwickelt. Es gibt große Überschneidungen von negativ wahrgenommenen Emotionen bei Intrusionen bei PTBS sowie beim Auftreten von Stimmen. EMDR nutzt die begrenzte Kapazität des Arbeitsgedächtnisses. Gleichzeitige Aufgaben wie das Festhalten emotionaler Erinnerungen im Gedächtnis und das Ausführen von Augenbewegungen (visuelles Appraisal, VT) oder lautes Zählen (auditives Appraisal, AT) verringern die Emotionalität der Erinnerung.</p> <p>Therapie-Sitzung: Innerhalb einer Sitzung werden die verschiedenen Appraisal-Methoden (VT, AT) sowie einer anderen Übung als Kontrollintervention in fünf verschiedenen Sequenzen abwechselnd für jeweils fünf Minuten durchgeführt.</p>	<p>Eine Sitzung, abwechselnd VT und AT und Kontrollintervention in verschiedenen Sequenzen, 2-Mal je 5 Minuten lang.</p>	<p>Quantitative: Kein Ergebnis zum Stimmenhören berichtet <i>Subjektive Bewertung des Unbehagens (SUD) bei der Erinnerung an das Stimmenhören:</i> Signifikante Verbesserung</p>	
39		nicht berichtet		
36		nicht berichtet		

^aDie Nummern beziehen sich auf die Tabelle im Anhang C

^bStudien in welchen Pflegefachpersonen als Durchführende der Intervention genannt wurden

^cdie Gesamtzahl der Studienteilnehmenden, auch wenn einige, die sich auf quantitative Ergebnisse beziehen, gleichzeitig in den qualitativen Studien einbezogen wurden

E. Ethikvoten der zuständigen Kommissionen für die EFC-Pilotstudie

Gesundheits-
und Fürsorgedirektion
des Kantons Bern

Direction de la santé
publique et de la
prévoyance sociale
du canton de Berne

Kantonale
Ethikkommission
für die Forschung

Commission cantonale
d'éthique de la recherche

Murtenstrasse 31
3010 Bern
Tel. +41 31 633 70 70
Fax +41 31 633 70 71
www.be.ch/kek
info.kek.kapa@gef.be.ch

Dorothy Pfiffner
Tel. +41 31 633 70 77
Fax +41 31 633 70 71
dorothy.pfiffner@gef.be.ch

Herr
Dr. Philipp Meyer
Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie,
UPD Bern
Bolligenstrasse 111
3000 Bern 60

Bern, 03.12.2019, NR

Bewilligung der KEK Bern

Project-ID	2019-01093
Projekttitel	Pilot study of a randomized, controlled, single-blinded intervention study on the effectiveness of Experience-Focused Counselling (EFC) for people hearing voices
Master-/Doktorarbeit von	Burr, Christian
Haupt-Prüfer	Dr. habil. Dirk Richter
Sponsor	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD Bern, Dr. Philipp Meyer
Zentren	<ul style="list-style-type: none">• Dr. habil. Dirk Richter, Zentrum für Psychiatrische Rehabilitation ZPR, UPD, Bern



Entscheid

- Die Bewilligung wird mit Auflagen erteilt

Die Dokumente sind gemäss den unten stehenden Punkten zu revidieren. Die Änderungen in den einzelnen Dokumenten müssen im Korrekturmodus abgefasst werden, sodass sowohl die neuen wie auch die alten Informationen sichtbar sind. Beim Hochladen der revidierten Unterlagen (jeweils 1x mit Korrekturmodus, 1x clean-Version) via Basec sind die alten Dokumente, die durch die neuen Dokumente ersetzt werden, zu löschen.

Auflagen:

1. Protokoll (diese Auflage muss vor der ersten Beratung erfüllt werden):
Bitte geben Sie an, welche Pflegefachperson die Beratung mit den Patienten durchführen.
2. CRF:
Bitte finales CRF nachreichen (Auszug auf REDCap).
3. Studienformation (Angabe von Gründen zur Nichtteilnahme):
Einwilligungserklärung: Der verantwortliche Prüfer ist Herr Richter, nicht Herr Burr.
Bitte korrigieren.

2019-01093

Klassifizierung

- klinischer Versuch gemäss KlinV, Kategorie A
 - mit Arzneimitteln
 - mit Transplantatprodukten
 - mit genetisch veränderten oder pathogenen Organismen
 - anderer klinischer Versuch gemäss Kapitel 4 KlinV
 - mit Medizinprodukten
 - der Gentherapie
 - der Transplantation
 - mit ionisierender Strahlung

Entscheidungsverfahren

- ordentliches Verfahren
- vereinfachtes Verfahren
- Präsidialverfahren

Die Ethikkommission bestätigt, dass sie nach ICH-GCP arbeitet.

Gebühren

Betrag: CHF 0.--

Tarifcode:

Gemäss der geltenden Gebührenordnung von swissethics. Rechnungsstellung folgt durch die Kantonale Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF).

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diese Verfügung kann innert 30 Tagen seit Eröffnung bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern Beschwerde erhoben werden. Die Beschwerdefrist kann nicht verlängert werden. Die Beschwerdeschrift ist im Doppel bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion, Rathausgasse 1, 3011 Bern einzureichen.

Sie muss

- (a) angeben, welche Entscheidung anstelle der angefochtenen Verfügung beantragt wird und
- (b) aus welchen Gründen diese andere Entscheidung verlangt wird sowie
- (c) die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder der sie vertretenden Person enthalten.

Der Beschwerdeschrift beizulegen sind die Beweismittel, soweit sie greifbar sind, und die angefochtene Verfügung. (Art. 32 und 60 ff. des Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]).

Stand Dezember 2015

Kopie an

- BAG
- DLF
- Andere

CS

Prof. Dr. med. Christian Seiler
Präsident KEK Bern

DP

Dr. sc. nat. Dorothy Pfiffner
Vizepräsidentin
Leiterin Wissenschaftliches Sekretariat

Anhang: -Pflichten des Sponsors/der Prüfperson oder der Projektleitung
-Mögliche Entscheide und ihre Bedeutung
-Eingereichte Dokumente, Stand vom 07.11.2019



Ethik-Kommission Münster · Gartenstraße 210–214 · 48147 Münster

Herrn
Prof. Dr. habil. rer. Medic Michael Schulz
LWL - Klinikum Gütersloh
Stabsgruppe "Klinikentwicklung und Forschung
- SKF
Buxelstraße 50
33334 Gütersloh

Gartenstraße 210–214
48147 Münster, Germany
Tel.: +49 (0)251 929 2460
Fax: +49 (0)251 929 2478
E-Mail: ethik-kommission@aekwl.de
www.ethik-kommission.uni-muenster.de

3. März 2021

per E-Mail an: michael.schulz@lwl.org

Unser Aktenzeichen: 2021-001-f-S (bitte immer angeben!)
Studiencode: (EFC) bei Menschen die Stimmenhören
Titel des Forschungsvorhabens: „Pilotstudie einer randomisierten, kontrollierten, einfach verblindeten Interventionsstudie zur Wirksamkeit der Erfahrungsfokussierten Beratung (EFC) bei Menschen die Stimmenhören“

Beratung und Bewertung

Sehr geehrter Herr Professor Schulz,

mit Schreiben vom 04.01.2021 haben Sie die zustimmende Bewertung zu oben genanntem Forschungsvorhaben beantragt. Die Ethik-Kommission hat über Ihren Antrag beraten und beschlossen:

Die Ethik-Kommission hat keine grundsätzlichen Bedenken ethischer oder rechtlicher Art gegen die Durchführung des Forschungsvorhabens.

Die vorliegende Einschätzung gilt für das Forschungsvorhaben, wie es sich auf Grundlage der in Anhang 1 genannten Unterlagen darstellt.

Für die Entscheidung der Ethik-Kommission erhebt die Ärztekammer Westfalen-Lippe Gebühren nach Maßgabe ihrer Verwaltungsgebührenordnung. Über die Gebühren erhalten Sie von der Ärztekammer einen gesonderten Bescheid.

Allgemeine Hinweise:

Die Einschätzung der Kommission ist als ergebnisoffene Beratung für den Antragsteller nicht bindend. Die Ethik-Kommission weist darauf hin, dass unabhängig von der vorliegenden Stellungnahme die medizinische, ethische und rechtliche Verantwortung für die Durchführung des Forschungsvorhabens bei dessen Leiter und bei allen an dem Vorhaben teilnehmenden Ärzten bzw. Forschern verbleibt.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. med. W. E. Berdel
Stellvertretende Vorsitzende: Prof. Dr. med. Dr. phil. G. Brodner, Prof. Dr. phil. C. Frantz, Dr. jur. D. Keyzers

Es haben keine Mitglieder teilgenommen, die selbst an dem Forschungsvorhaben mitwirken oder deren Interessen davon berührt werden.

Die Ethik-Kommission empfiehlt im Einklang mit der Deklaration von Helsinki nachdrücklich die Registrierung klinischer Studien vor Studienbeginn in einem öffentlich zugänglichen Register, das die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geforderten Voraussetzungen erfüllt, insbesondere deren Mindestangaben enthält. Ausführliche Informationen zur International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) stehen im Internetangebot der WHO zur Verfügung:

<http://www.who.int/ictip/about/en/>

Zu den Kriterien des International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) sei beispielsweise verwiesen auf die Informationen unter:

<http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/clinical-trial-registration.html>

Das WHO Primär-Register für Deutschland ist das Deutsche Register für Klinische Studien (DRKS) in Freiburg. Es erfüllt die Forderungen der Fachzeitschriften:

<http://www.drks.de/index.html>

Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster ist organisiert und arbeitet gemäß den nationalen gesetzlichen Bestimmungen und den GCP-Richtlinien der ICH.

Die Kommission wünscht Ihrem Forschungsvorhaben gutes Gelingen und geht davon aus, dass Sie nach Abschluss des Vorhabens über die Ergebnisse berichten werden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. jur. Dagmar Keyzers
Stellv. Vorsitzende der Ethik-Kommission

F. Studieninformation und Einverständniserklärung EFC-Studie

UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD)
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Zentrum Klinische Pflegewissenschaft
Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60



Studieninformation



Titel: Wirksamkeit von erfahrungsfokussierter Beratung bei Stimmenhören – Pilotstudie einer randomisierten, kontrollierten, einfach verblindeten Interventionsstudie zur Wirksamkeit der Erfahrungsfokussierten Beratung (EFC) bei Menschen die Stimmenhören

Diese Studie ist organisiert durch das Zentrum Klinische Pflegewissenschaft der Universitären Psychiatrische Dienste UPD Bern. Die Studie wird an der UPD Bern (CH) sowie am und in Kooperation mit dem LWL Klinikum Gütersloh (D) durchgeführt

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr

gerne laden wir Sie ein, an der Studie „Wirksamkeit von erfahrungsfokussierter Beratung bei Stimmenhören“ teilzunehmen. Im Folgenden wird Ihnen dieses Studienvorhaben dargestellt: zunächst in einer Zusammenfassung, damit Sie wissen, um was es geht, anschliessend in einer detaillierten Beschreibung.

Zusammenfassung

1	Ziel der Studie Diese Studie hat zum Ziel, zu überprüfen, ob der Studienplan für eine grössere Studie passend ist. Zudem geht es darum, erste Erkenntnisse bezüglich der Wirkung der erfahrungsfokussierten Beratung (EFC-Beratung) bei Stimmenhören zu erhalten.
2	Auswahl Wenn Sie zwischen 18 und 65 Jahre alt sind und unter dem Stimmenhören leiden, können Sie an der Studie teilnehmen.
3	Allgemeine Informationen zur Studie Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine kleine Vorstudie einer grösseren Studie. Dabei wird die EFC-Beratung mit der üblichen pflegerischen Beratung verglichen wird. Die EFC-Beratung soll Ihnen helfen, die Stimmen besser zu verstehen, mehr Kontrolle über sie zu gewinnen und einen guten Umgang mit dem Stimmen im Alltag zu entwickeln. Dafür werden Sie als Studienteilnehmende zufällig in zwei Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe (Interventionsgruppe) erhält die EFC-Beratung, die zweite Gruppe (Kontrollgruppe) die übliche Pflege und Beratung. Wir benötigen ca. 40 Teilnehmende für die Studie. Die Studie läuft von September 2020 bis Oktober 2022.
4	Ablauf Neben den 20 Beratungsterminen in der Interventionsgruppe werden bei allen Teilnehmenden an vier Zeitpunkten (vor dem Start - nach 10 Wochen - nach

	<p>Abschluss der Beratung oder nach 20 Wochen - sechs Monate nach dem 3. Termin) Angaben zu Ihrer Person und zur Einschätzung Ihres Gesundheitszustands erhoben. Dies geschieht in einem Gespräch und durch das Ausfüllen von Fragebögen. Am dritten Termin werden wir Ihnen noch ein paar Fragen zu Ihrer Einschätzung zur Studie stellen. Diese können Sie schriftlich oder mündlich beantworten. Um die Qualität der EFC-Beratung zu beurteilen, sind zudem bei zufällig ausgewählten Beratungsterminen elektronische Aufnahmen geplant. Diese werden im Anschluss durch EFC-Experten angehört und bezüglich Beratungsqualität beurteilt.</p>
5	<p>Nutzen Die Teilnahme an der Studie ergibt keinen direkten Nutzen für Studienteilnehmende. Wenn Sie an der Studie teilnehmen erhalten Sie in der Interventionsgruppe die EFC-Beratung Stimmenhören. In der Kontrollgruppe werden Sie die übliche Pflege und Beratung erhalten. Mit Ihrer Teilnahme unterstützen Sie ein Projekt, das zur Etablierung der EFC-Beratung für Stimmenhörende beitragen soll.</p>
6	<p>Rechte Sie entscheiden frei, ob Sie an der Studie teilnehmen wollen oder nicht. Eine Nicht-Teilnahme ändert nichts an Ihrer laufenden medizinischen und pflegerischen Behandlung. Wenn Sie sich jetzt entscheiden teilzunehmen, können Sie jederzeit wieder aus der Studie aussteigen. Sie müssen Ihre Entscheidungen nicht begründen.</p>
7	<p>Pflichten Wenn Sie teilnehmen, bitten wir Sie, an allen Beratungsterminen und an allen vier Terminen zur Erhebung von persönlichen Angaben zu erscheinen.</p>
8	<p>Risiken Die in dieser Studie untersuchte EFC-Beratung wurde auf Grund von Erfahrungen und Empfehlungen von Menschen, die Stimmenhören entwickelt. Erfahrungen aus der Praxis und aus einzelnen kleineren Studien zeigen, dass diese mit wenigen Risiken verbunden ist. Es kann sein, dass vor allem zu Beginn der Beratung die Stimmen lauter oder unangenehmer werden. Sie werden jederzeit von der Beratungsperson unterstützt im Umgang mit dieser Situation.</p>
9	<p>Andere Behandlungsmöglichkeiten Gerne berät Sie die zuständige Pflegefachperson bezüglich anderen Möglichkeiten zur Behandlung und Pflege.</p>
10	<p>Ergebnisse Bei Ergebnissen der Studie werden Sie informiert, wenn diese aus gesundheitlichen Gründen für Sie wichtig sind. Falls Sie dies nicht möchten, informieren Sie bitte die Person, die mit ihnen die Beratung oder die Interviews/Fragebögen durchführt.</p>
11	<p>Vertraulichkeit von Daten und Proben Wir halten alle gesetzlichen Regeln des Datenschutzes ein und alle Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht. Ihre persönlichen und medizinischen Daten werden in den Universitären Psychiatrischen Diensten 10 Jahre verschlüsselt aufbewahrt.</p>

12	Rücktritt Sie können jederzeit von der Studie zurücktreten und nicht mehr teilnehmen. Die bis dahin erhobenen Daten werden noch ausgewertet.
13	Entschädigung Sie erhalten keine Entschädigung für die Teilnahme an der Studie.
14	Haftung Die Haftpflichtversicherung der entsprechenden Klinik kommt für allfällige Schäden im Rahmen der Studie auf.
15	Finanzierung Neben den beiden Kliniken UPD Bern (CH) und LWL Klinik Gütersloh (D) wird die Studie von der UPD Stiftungen Bern, der Ebnet-Stiftung und der Swierstra-Stiftung finanziell unterstützt.

16	Studienverantwortliche Person, Studienseite Bern (CH): Christian Burr, Tel: +41 31 930 97 12 und E-Mail: christian.burr@upd.ch Studienverantwortliche Person, Studienseite Gütersloh (D): Prof. Dr. habil. Michael Schulz, Tel: +49 5241 502 2712 und Email: michael.schulz@lwl.org
17	Kontaktperson: Falls Sie irgendwelche Fragen haben, können Sie sich an die folgenden Personen wenden: Christian Burr, Studienmitarbeiter: Tel: +41 31 930 97 12 und E-Mail: christian.burr@upd.ch <u>Dr. Dirk Richter, Studienleiter:</u> Tel: +41 31 632 47 07 und Email: dirk.richter@upd.unibe.ch

Detailliertere Information

1. Ziel der Studie

Diese Pilotstudie möchte die Durchführbarkeit einer grösseren Studie in kleiner Form überprüfen, bevor mit dieser begonnen wird. Zudem geht es darum, erste Hinweise zu bekommen, ob die von Pflegefachpersonen angebotene, erfahrungsfokussierte Beratung (EFC-Beratung) bei Menschen, die Stimmenhören, eine bessere Wirkung zeigt, als die übliche pflegerische Betreuung und Beratung.

2. Auswahl

Sie können an der Studie teilnehmen, wenn Sie zwischen 18 und 65 Jahre alt sind, Stimmenhören und darunter leiden. Stimmenhören schliesst dabei alle akustischen Wahrnehmungen mit ein, die ohne äusseren Reiz wahrgenommen werden. Dies kommt oft vor bei Menschen mit Diagnosen im Bereich der Schizophrenie und Psychose, aber auch bei affektiven und anderen Erkrankungen. Deshalb spielt die Diagnose bezüglich Teilnahme keine Rolle.

Nicht teilnehmen können Sie, wenn Sie sich in einer akuten Phase der Psychose befinden, Sie Mühe haben, einem längeren Gespräch zu folgen oder Sie sich nicht mehr als eine ¼ Stunde konzentrieren können. Für eine Teilnahme ist es zudem wichtig, dass Sie sich in deutscher Sprache gut verständigen können.

3. Allgemeine Informationen

Das Hören von Stimmen oder anderen akustischen Wahrnehmungen stellt für viele Menschen eine grosse Herausforderung dar. Insbesondere dann, wenn diese negativ wahrgenommen werden. Es gibt verschiedene Behandlungsansätze wie Medikamente oder Psychotherapie, die vor allem auf das Beseitigen der Stimmen oder den Umgang mit ihnen fokussieren. Diese wirken nicht bei allen Menschen gleich gut. Deshalb scheint es wichtig, weitere Möglichkeiten zu etablieren. Die erfahrungsfokussierte Beratung wurde auf Grund von Erfahrungen und Empfehlungen von Menschen die Stimmenhören entwickelt und zielt vor allem darauf, die Stimmen besser zu verstehen, mehr Kontrolle über die Stimmen zu bekommen und einen guten Umgang im Alltag zu etablieren.

Diese Studie ist als eine kontrollierte Studie aufgebaut. Das bedeutet, dass die EFC-Beratung durch Pflegefachpersonen mit der sonst üblichen pflegerischen Betreuung und Beratung verglichen wird. Zur Sicherheit, dass keine anderen Aspekte die Resultate beeinflussen, werden die Teilnehmenden per Zufall in zwei gleich grosse Gruppen zugeordnet. Das heisst, die Chance liegt bei 50%, dass Sie zur EFC-Beratung zugeteilt werden. Die Teilnehmenden, die in die Interventionsgruppe zugeteilt werden, erhalten über 20 Wochen die EFC-Beratung in wöchentlichen Terminen. Die Teilnehmenden in der Kontrollgruppe erhalten die übliche pflegerische Betreuung und Beratung ungefähr im gleichen Umfang wie die EFC-Beratung. Teilnehmende, die in die Kontrollgruppe eingeteilt wurden und daher im Rahmen der Studie keine EFC-Beratung bekommen, haben die Möglichkeit, nach Abschluss der Studienteilnahme ausserhalb der Studie die EFC-Beratung zu erhalten.

Die Studie wird an zwei Standorten in Deutschland und der Schweiz durchgeführt. Insgesamt werden 40 und in der Schweiz 20 Teilnehmende benötigt. Wir führen diese Studie so durch, wie es die Gesetze in der Schweiz und in Deutschland vorschreiben. Ausserdem beachten wir alle international anerkannten Richtlinien. Die zuständigen Ethikkommissionen haben die Studie geprüft und bewilligt. Eine Beschreibung dieser Studie finden Sie auch auf der Internetseite des Bundesamtes für Gesundheit: www.kofam.ch (Registriernummer SNCTP der Studie nennen).

4. Ablauf

Wenn Sie gut über die Studie informiert wurden, Sie sich zu einer Teilnahme entschlossen und die schriftliche Einverständniserklärung unterschrieben haben, findet die erste Erhebungsrunde statt. Dies geschieht im Rahmen eines Gesprächs mit der für die Erhebung zuständige Pflegeperson (Study-Nurse), in welchem Sie zusätzlich verschiedene Fragebögen ausfüllen. Die Study-Nurse, eine Studien-Mitarbeiterin oder ein Studien-Mitarbeiter der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern die/der nicht Teil des Behandlungsteams ist, unterstützt Sie dabei. Der Zeitaufwand beträgt für das Interview der ersten und

dritten Erhebung ca. 45-60 Minuten. Für die Interviews bei der zweiten und vierten Erhebung ca. 30 pro Befragungstermin.

Nachdem die erste Erhebungsrunde stattgefunden hat erhalten Sie als Teilnehmende/r entweder die EFC-Beratung durch eine Pflegefachperson oder die übliche pflegerische Beratung. Die EFC-Beratung wird von einer speziell dafür ausgebildeten Pflegefachperson durchgeführt. Inhalte der Beratung sind ein umfassendes Interview zum besseren Verständnis der Stimmen im Kontext ihres Lebens, das Verfassen eines Berichtes, in dem ihre ganz persönliche Stimmenhörgeschichte aus Ihrer Sicht zusammengefasst wird und in einem letzten Schritt wird der Frage nachgegangen, was die Stimmen aus Ihrer Sicht bedeuten oder bezwecken können und es werden verschiedene Möglichkeiten im Umgang mit den Stimmen entwickelt und geübt. Unabhängig davon, welcher Gruppe Sie zugeteilt wurden, findet nach 10 Wochen die zweite Erhebungsrunde statt und nach Beendigung der 20 Beratungstermine oder nach 20 Wochen die dritte. Zudem werden wir Sie sechs Monate nach der dritten Befragung nochmals anfragen für eine vierte Erhebung. Dafür benötigen wir von Ihnen Kontaktangaben. Für die Auswertung der Studie ist es essenziell, dass Sie an allen Beratungsterminen und Erhebungsrunden teilnehmen. Pro Befragungszeitpunkt geht es um die Erfassung von Daten zu folgenden Themen:

Thema	Wie	Erhebung	Erhebung	Erhebung	Erhebung
		1	2	3	4
Soziodemografische und gesundheitsbezogene Daten	Befragung und Krankengeschichte	X	X	X	X
Art und Belastung der Stimmen	Befragung	X	X	X	X
Gefühl der Kontrolle über die Stimmen	Fragebogen	X	X	X	X
Genesungsprozess	Fragebogen	X		X	X
Sinnhaftigkeit der Psychose oder Stimmen	Fragebogen	X		X	X
Antipsychotische Medikation	Krankengeschichte	X		X	X
Psychotische Symptome	Befragung	X		X	X
Einschätzung Studienplan und Intervention	Befragung			X	

Soziodemografische und gesundheitsbezogene Daten, die nicht im gemeinsamen Gespräch eruiert werden können, werden aus den Krankenakten der entsprechenden Teilnehmenden erfasst. Der Einsicht in die Krankenakte ist auf die Studienleitung und die SN des Studienortes beschränkt.

Zusätzlich zu den erwähnten Themen werden wir Ihnen im Rahmen des dritten Befragungstermins ein paar Fragen zu Ihrer Einschätzung zur Studie stellen. Dabei geht es um Aufwand und Belastung für Sie durch die Teilnahme an der Studie und wie man diese senken könnte. Wir erhoffen uns dadurch wichtige Hinweise, wie man die Studie für die Teilnehmenden weniger belastend gestalten kann und so die Rate der Teilnehmenden erhöht werden könnte. Diese Fragen können Sie schriftlich oder mündlich beantworten.

Zur Überprüfung der Qualität der EFC-Beratung sind bei zufällig ausgewählten Terminen elektronische Audioaufnahmen von Beratungsterminen geplant. Diese

werden anonymisiert, so dass keine Namen oder Personen mehr erkenntlich sein werden. Diese werden von zwei dafür bestimmten EFC-Experten angehört und bezüglich Beratungsqualität beurteilt. Sie werden dafür angefragt und können solche Aufnahmen von Beratungssequenzen jederzeit ablehnen.

Studienteilnehmer können vorzeitig von der Studie ausgeschlossen werden inkl. Angabe von Gründen und in Übereinstimmung mit dem Protokoll.

Die Teilnahme der Studie ist beendet, wenn sie an allen Befragungsrunden teilgenommen haben und sofern sie in die Gruppe der EFC-Beratung eingeteilt wurden, die 20 Beratungstermin abgeschlossen haben.

Frühzeit aus der Studie ausgeschlossen werden Teilnehmende die innerhalb einer Woche das schriftliche Einverständnis (Informed Consent) widerrufen oder innerhalb einer Woche nach dem erstem Termin die Intervention nicht mehr weiterführen wollen (siehe auch Nr. 12 Rücktritt)

5. Nutzen

Die Teilnahme an der Studie, ergibt keinen direkten Nutzen für Studienteilnehmende. Wenn Sie in die Interventionsgruppe zugeteilt werden, erhalten Sie 20 Termine spezifische EFC-Beratung durch Pflegefachpersonen, die Sie im Umgang mit den Stimmen unterstützen kann. In der Kontrollgruppe erhalten Sie die übliche pflegerische Beratung und Betreuung, die Sie auch ohne Teilnahme an der Studie erhalten, im gleichen Umfang wie die EFC-Beratung.

Mit Ihrer Teilnahme unterstützen Sie zudem ein Projekt zur Weiterentwicklung und Etablierung der EFC-Beratung. Die Resultate können dazu beitragen, dass EFC-Beratung in der Psychiatrie besser bekannt wird und sich als eine mögliche Unterstützungsform für Menschen, die Stimmenhören etabliert.

Dieser Nutzen steht dem Zeitaufwand von ca. 4 mal 45 Minuten gegenüber, den Sie für die Erhebungstermine bezüglich persönlichen Angaben und dem Gesundheitszustand sowie das Ausfüllen der Fragebögen benötigen.

6. Rechte

Sie entscheiden frei, ob Sie an der Studie teilnehmen wollen oder nicht. Eine Nicht-Teilnahme ändert nichts an Ihrer laufenden medizinischen Behandlung und pflegerischen Betreuung und Beratung. Wenn Sie sich jetzt entscheiden, teilzunehmen, können Sie jederzeit wieder aus der Studie aussteigen. Sie müssen Ihre Entscheidungen nicht begründen. Sie dürfen jederzeit Fragen zur Studienteilnahme stellen. Wenden Sie sich dazu bitte an die Person, die am Ende dieser Information genannt ist.

7. Pflichten

Wenn Sie teilnehmen ist es wichtig, dass Sie alle Beratungsterminen und alle Termine zur Erhebung von persönlichen Angaben und dem Gesundheitszustand wahrnehmen. Falls Sie verhindert sein sollten, so melden Sie dies doch bitte der entsprechenden Prüfperson möglichst frühzeitig. Diese wird dann mit Ihnen einen Ersatztermin suchen.

8. Risiken und Belastungen für die Teilnehmenden

Die Erfahrungsfokussierte Beratung wurde aufgrund von Erfahrungen und Empfehlungen von Menschen entwickelt, die selber Stimmenhören und eine

konstruktiven und positiven Umgang mit den Stimmen gefunden haben. Ein zentraler Aspekt der EFC-Beratung ist das Anliegen, Sichtweisen und Erfahrungen der Teilnehmenden in den Vordergrund zu stellen. Die Beratungspersonen respektieren es jederzeit, wenn Sie äussern, dass Ihnen etwas zu viel ist oder zu weit geht. Aus der bisherigen Anwendung der EFC-Beratung sowie aus Ergebnissen erster, kleinerer Studien geht hervor, dass mit keinen grösseren Risiken und Belastungen gerechnet werden muss, die mit der EFC-Beratung in Verbindung stehen. Ein bekanntes Phänomen ist, dass sich die Stimmen meist zu Beginn der Beratung negativer oder intensiver zeigen können als zuvor. Dies ist aber in der Regel nur kurzfristig der Fall und für Menschen, die Stimmen hören nicht neu. Sie werden jederzeit von der Beratungsperson unterstützt im Umgang mit dieser Situation. Die Teilnahme an der Studie ist kostenlos.

9. Andere Behandlungsmöglichkeiten

Sie müssen bei dieser Studie nicht teilnehmen. Wenn Sie nicht teilnehmen, aber an anderen Behandlungsmöglichkeiten interessiert sind, weisen wir Sie gerne an eine Person weiter, die Ihnen entsprechende Informationen dazu geben kann und allenfalls auch an geeignete Stellen weiter verweisen kann, welche diese anbieten.

10. Ergebnisse aus der Studie

Die Prüfperson wird Sie während der Studie über alle neuen Erkenntnisse informieren, die den Nutzen der Studie oder Ihre Sicherheit und somit Ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Studie beeinflussen können. Sie werden die Informationen mündlich und schriftlich erhalten. Wenn Sie nicht informiert werden wollen, sprechen Sie bitte mit Ihrer Prüfperson darüber.

11. Vertraulichkeit der Daten und Proben

Für diese Studie werden Ihre persönlichen und medizinischen Daten erfasst. Bei der Datenerhebung zu Studienzwecken werden die Daten verschlüsselt. Verschlüsselung bedeutet, dass alle Bezugsdaten, mit denen man Sie identifizieren könnte (Name, Geburtsdatum), gelöscht und durch eine Nummer ersetzt werden. Nur der Leiter und die SN dieser Studie können Ihre unverschlüsselten Daten sehen, und zwar ausschliesslich, um Aufgaben im Rahmen der Studie zu erfüllen. Die Schlüssel-Liste bleibt immer an einem gesicherten Ort in den UPD in Bern (CH). Diejenigen Personen, die den Schlüssel nicht kennen, können daher keine Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen. Bei einer Publikation sind die zusammengefassten Daten daher auch nicht auf Sie als Einzelperson zurück verfolgbar. Es kann sein, dass die Studie während des Ablaufs überprüft wird. Dies können die Behörden tun, welche sie vorab kontrolliert und bewilligt haben. Dies alles stellt sicher, dass die Regeln eingehalten werden und Ihre Sicherheit nicht gefährdet wird. Dazu muss der Leiter der Studie eventuell Ihre persönlichen Daten für solche Kontrollen offenlegen. Alle Personen, die mit der Studie in irgendeiner Weise zu tun haben, müssen absolute Vertraulichkeit wahren. Wir werden Ihren Namen nirgends, in keinem Bericht, keiner Publikation, nicht gedruckt und nicht im Internet, veröffentlichen. Es ist möglich, dass Ihre Daten zu einem späteren Zeitpunkt weiter verwendet werden für eine noch nicht definierte grössere Folgestudie und dafür in eine andere Datenbank versendet werden. Die Datenbank muss die

gleichen Standards einhalten wie die Datenbank zu dieser Studie. Für diese Weiterverwendung bitten wir Sie, ganz am Ende dieses Dokuments, eine weitere Einwilligungserklärung zu unterzeichnen.

12. Rücktritt

Sie können Ihre Studienteilnahme jederzeit auf Ihren Wunsch hin beenden. Die bis dahin erhobenen Daten und Proben werden noch verschlüsselt ausgewertet, weil das ganze Projekt sonst seinen Wert verliert. Alle erhobenen Informationen werden in verschlüsselter Form, verschlossen in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern zehn Jahre lang aufbewahrt. Bei Widerruf nach Abschluss der Datenauswertung, werden die Daten anonymisiert.

13. Entschädigung für Teilnehmende

Wenn Sie an dieser Studie teilnehmen, bekommen Sie dafür keine Entschädigung und es entstehen Ihnen oder Ihrer Krankenkasse keine Kosten durch die Teilnahme.

14. Haftung

Die Institutionen, in denen die Studie durchgeführt wird, haften für Schäden, welche Ihnen im Zusammenhang mit der erhaltenen Beratung entstehen könnten. Die Voraussetzungen und das Vorgehen dazu sind gesetzlich geregelt. Es greifen dieselben Haftungsregelungen wie bei einer Behandlung ausserhalb einer Studie. Falls Sie einen Schaden erlitten haben, so wenden Sie sich bitte an die Prüfperson oder den Studienleiter.

15. Finanzierung der Studie

Neben den beiden Kliniken UPD Bern (CH) und LWL Klinik Gütersloh (D), wird die Studie von der UPD Stiftung Bern, der Ebnet-Stiftung und der Swierstra-Stiftung finanziell unterstützt.

Kontaktperson(en)

Die Studie findet im Rahmen der Dissertation von Christian Burr, Pflegeexperte an den Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der UPD Bern statt und ist an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (D) angenommen worden und wird von Prof. Dr. F. Weidner wissenschaftlich begleitet. Die Studienleitung hat Dr. habil. D. Richter, Leiter der Abteilung Forschung und Entwicklung am Zentrum für psychiatrische Rehabilitation der UPD Bern.

Bei allen Unklarheiten, Befürchtungen oder Notfällen, die im Rahmen der Studie oder unmittelbar danach auftreten, können Sie sich jederzeit an die folgenden Kontaktpersonen wenden:

Leiter der Studie:	Dirk Richter
Telefonnummer:	+41 31 632 47 07
E-Mail:	dirk.richter@upd.unibe.ch
Vollständige Adresse:	Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern Zentrum für psychiatrische Rehabilitation

	Forschung und Entwicklung Murtenstrasse 46 3008 Bern
Mitarbeiter der Studie (CH):	Christian Burr
Telefonnummer:	+41 31 930 97 12
E-Mail:	christian.burr@upd.ch
Vollständige Adresse:	Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern Zentrum für klinische Pflegewissenschaft Bolligenstrasse 111 CH-3000 Bern 60
Mitarbeiter der Studie (D):	Michael Schulz
Telefonnummer:	+49 5241 502 2712
E-Mail:	michael.schulz@lwl.org
Vollständige Adresse:	LWL Klinikum Gütersloh Stabsgruppe "Klinikentwicklung und Forschung - SKF" Buxelstraße 50 33334 Gütersloh

Einwilligungserklärung

Schriftliche Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Studienprojekt

Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch. Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wissen möchten. Für die Teilnahme ist Ihre schriftliche Einwilligung notwendig.

BASEC-Nummer (nach Einreichung):	
Titel der Studie:	Pilotstudie zur Wirksamkeit von erfahrungsfokussierter Beratung durch Pflegefachpersonen bei Menschen die Stimmenhören
verantwortliche Institution:	Dr. P Meyer, Leiter Pflege PP Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern Bolligenstrasse 111 CH-3000 Bern 60
Ort der Durchführung:	

Verantwortlicher Prüfperson am Studienort: Name und Vorname in Druckbuchstaben:	Dirk Richter
Leiter/Leiterin der Studie Name und Vorname in Druckbuchstaben:	Dirk Richter
Teilnehmerin/Teilnehmer: Name und Vorname in Druckbuchstaben: Geburtsdatum:	 <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

- Ich wurde von der unterzeichnenden Prüfperson mündlich und schriftlich über den Zweck, den Ablauf der Studie „Wirksamkeit von erfahrungsfokussierter Beratung bei Stimmenhören“ über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.
- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil und akzeptiere den Inhalt der abgegebenen schriftlichen Information. Ich hatte genügend Zeit, meine Entscheidung zu treffen.
- Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir beantwortet worden. Ich behalte die schriftliche Information und erhalte eine Kopie meiner schriftlichen Einwilligungserklärung.
- Ich bin einverstanden, dass die zuständigen Fachleute der Institution, den zuständigen Ethikkommissionen zu Prüf- und Kontrollzwecken in meine unverschlüsselten Daten Einsicht nehmen dürfen, jedoch unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit.
- Bei Studienergebnissen die direkt meine Gesundheit betreffen, werde ich informiert. Wenn ich das nicht wünsche, informiere ich meinen Prüfperson.
- Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen von der Studienteilnahme zurücktreten. Meine weitere medizinische und pflegerische Behandlung ist unabhängig von der Studienteilnahme immer gewährleistet. Die bis zum Rücktritt erhobenen Daten und Proben werden für die Auswertung zur Studie verwendet.
- Ich wurde über mögliche andere Behandlungen und Behandlungsverfahren aufgeklärt.
- Haftpflichtversicherung der Klinik kommt für allfällige Schäden auf, die auf die Studie zurückzuführen sind.

Ort, Datum	Unterschrift Teilnehmerin/Teilnehmer
------------	--------------------------------------

Bestätigung der Prüfperson: Hiermit bestätige ich, dass ich dieser Teilnehmerin/ diesem Teilnehmer Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie erläutert habe. Ich versichere, alle im Zusammenhang mit dieser Studie stehenden Verpflichtungen gemäss dem geltenden Recht zu erfüllen. Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt während der Durchführung der Studie von Aspekten erfahren, welche die Bereitschaft der Teilnehmerin/ des Teilnehmers zur Teilnahme an der Studie beeinflussen könnten, werde ich sie/ ihn umgehend darüber informieren.

Ort, Datum	Name und Vorname der Prüfperson in Druckbuchstaben
	Unterschrift der Prüfperson

Einwilligungserklärung für Weiterverwendung von Daten dieser Studie in verschlüsselter Form

Teilnehmerin/Teilnehmer:

Name und Vorname in Druckbuchstaben:

Geburtsdatum:

weiblich männlich

- Ich erlaube, dass meine Daten aus dieser Studie für die medizinische Forschung weiter verwendet werden dürfen. Dies bedeutet, dass die Daten in einer Datenbank gespeichert und für zukünftige, noch nicht näher definierte Forschungsprojekte auf unbestimmte Zeitdauer verwendet werden dürfen. Diese Einwilligung gilt unbegrenzt.
- Ich entscheide freiwillig und kann diesen Entscheid zu jedem Zeitpunkt wieder zurücknehmen. Wenn ich zurück trete, werden meine Daten anonymisiert. Ich informiere lediglich meine Prüfperson und muss diesen Entscheid nicht begründen.
- Ich habe verstanden, dass die Daten verschlüsselt sind und der Schlüssel sicher aufbewahrt wird. Die Daten können im In- und Ausland an andere Datenbanken zur Analyse gesendet werden, wenn diese dieselben Standards wie in der Schweiz einhalten. Alle rechtlichen Vorgaben zum Datenschutz werden eingehalten.
- Normalerweise werden alle Daten gesamthaft ausgewertet und die Ergebnisse zusammenfassend publiziert. Sollte sich ein für meine Gesundheit wichtiges Ergebnis ergeben, ist es möglich, dass ich über meine Prüfperson kontaktiert werde. Wenn ich das nicht wünsche, teile ich es meinem Prüfperson mit
- Wenn Ergebnisse aus den Daten kommerzialisiert werden, habe ich keinen Anspruch auf Anteil an der kommerziellen Nutzung.

Ort, Datum	Unterschrift Teilnehmerin/Teilnehmer
------------	--------------------------------------

Bestätigung der Prüfperson: Hiermit bestätige ich, dass ich dieser Teilnehmerin/diesem Teilnehmer Wesen, Bedeutung und Tragweite der Weiterverwendung von Daten erläutert habe.

Ort, Datum	Name und Vorname der Prüfperson in Druckbuchstaben
	Unterschrift der Prüfperson

G. Tabellen Kostenaufstellung EFC-Pilotstudie

Tabelle Übersicht Gesamtkosten EFC-Pilotstudie

Zeit/Kosten für Mitarbeitende	CHF / Std
Gesamtzeit für die Studienvorbereitung in Std.	805
Gesamtkosten für die Studienvorbereitung in CHF	57'365
Gesamtzeit für die Interventionsphase in Std.	840
Gesamtkosten für die Interventionsphase in CHF	25'270
Gesamtzeit für die Analyse und Dissemination in Std.	819
Gesamtkosten für die Analyse und Dissemination in CHF	60'260
Gesamtkosten der Mitarbeitenden für die gesamte Studie in CHF	142'895

Material Kosten	CHF
Ethikkommission	1'000
Reisen zu 2. Studienort Gütersloh und Bielefeld (D)	2'000
Raummiete und Catering für Informationsveranstaltungen und Schulungen	1'200
Studienversicherung	3'000
Datamanagement-System (Redcap)	2'500
Druck / Versand / Unvorhergesehenes	6'000
Gesamtkosten für Material	15'700

Zeit resp. Kosten der Pflegenden zur Durchführung von EFC	CHF
Durchführung von EFC 20 Std. x 24 Patienten x CHF 85	24'300
Reisespesen	3'000
Gesamtkosten der Pflegenden zur Durchführung von EFC	27'300

Zusammenstellung der Kosten für die Studie	CHF
Gesamtkosten Mitarbeitende / Arbeitsstunden*	142'895
Gesamtkosten für Material	15'700
Gesamtkosten Durchführung von EFC	27'300
Total Kosten (in CHF)	185'895

Tabellen Kostenaufstellung Gesuche Stiftungen EFC-Pilotstudie (Übersicht und a) – d)

Übersicht Kostenaufstellung EFC Studie		
Nr.	Art des Aufwands	Betrag in CHF
a)	Personalaufwand Study-Nurse	23'520
b)	Weiterbildung EFC-Beratung für Pflegefachpersonen	28'500
c)	Entschädigungen zeitlicher Aufwand für die Beratungsgespräche	24'300
d)	Material Kosten	15'700
Total		92'020

a) Personalaufwand Study-Nurse ^a					
Studienort	Beschreibung Art der Arbeit	Zeit in h	Anzahl	CHF/h	Betrag in CHF
Studienvorbereitung					
Bern(CH)	2-tägiges Training (Ablauf Studie, Einschlusskriterien, Fragebögen) Pflegende die EFC-Beratung durchführen	16	10	40 ^b	6'400
Gütersloh (D)	2-tägiges Training (Ablauf Studie, Einschlusskriterien, Fragebögen) für Study-Nurse und Pflegende die EFC-Beratung durchführen	16	11	30 ^c	5'280
Rekrutierung und Datenerhebung					
Gütersloh (D)	Überprüfen von Einschlusskriterien und Anfragen für Studie	1.5	24	30 ^c	1'080
Gütersloh (D)	Studieninformation und Einverständniserklärung	1.5	24	30 ^c	1'080
Bern (CH)	Erfassung der Daten – Unterstützen der TN beim Ausfüllen der Fragebögen T1/T2/T3 ^d (je 1.5h)	4.5	24	40 ^b	4'320
Gütersloh (D)	Erfassung der Daten – Unterstützen der TN beim Ausfüllen der Fragebögen T1/T2/T3 ^d (je 1.5h)	4.5	24	30 ^c	3'240
Gütersloh (D)	Kontrolle der Vollständigkeit der Daten	1	24	30 ^c	720
Bern (CH)	Co-Moderation von Interviews (Gruppen- und Einzel-) inkl. Vor- und Nachbereitung)	2	10	40 ^b	800
Gütersloh (D)	Co-Moderation von Interviews (Gruppen- und Einzel-) inkl. Vor- und Nachbereitung)	2	10	30 ^c	600
Total					23'520

^a Die anfallenden Kosten in Bern sind kleiner, da hier Aufgaben vom Doktorand durchgeführt werden können

^b gemäss Vorgaben Schweizerischer Nationalfonds

^c gemäss Angaben HR LWL-Klinik Gütersloh; ^d Drei Messzeitpunkte: vor Intervention, nach 10 Beratungsterminen, nach Intervention

b) Weiterbildung / Supervision EFC-Beratung für Pflegefachpersonen					
Studienort	Art	Anzahl Tage	Anzahl TN	CHF/Tag	Betrag in CHF
Bern (CH)	Weiterbildung	6	10	240	14'400
Bern (CH)	Supervision	3	10	100	3'000
Gütersloh (D)	Weiterbildung	6	10	150	9'000
Gütersloh (D)	Supervision	3	10	70	2'100
Total					28'500

c) Entschädigungen zeitlicher Aufwand für die Beratungsgespräche					
Studienort	Intervention	Anzahl Beratungs- gespräche à 45 Minuten	Anzahl TN	CHF/h	Betrag in CHF
Bern (CH)	EFC-Beratung (IG) ^a	20	12	^c 90	16'200
Gütersloh (D)	EFC-Beratung (IG) ^a	20	12	^d 45	8'100
Total					24'300

^a Interventionsgruppe; ^b Kontrollgruppe

^c Taxpunktwert/h nichtärztliches Personal gemäss TARMED (Finanzierungssystem spitalambulante Leistungen in der Schweiz)

^d Entgelt ambulante Pflegeleistung gemäss Angaben HR LWL-Klinik Gütersloh EURO 37.5

d) Kosten für Material			
Art des Aufwandes	Anzahl	à CHF	Betrag in CHF
Gebühren Ethikantrag	1	1'000	1'000
Reisen zu zweitem Studienort Gütersloh (D)	4	500	2'000
Raummiete für Informationsveranstaltungen und Schulungen	6	200	1'200
Studienversicherung	1	3'000	3'000
Datamanagement-System (sicherer externer Server)	1	2'500	2'500
Druck / Versand / Unvorhergesehenes	1	6'000	6'000
Total			15'700

H. Detailliert beschriebene Tätigkeiten im chronologischen Ablauf

Die folgende Zeitplanung bezieht sich bei den zeitlichen Angaben auf den Start der Rekrutierung als Nullpunkt. Alle davorliegenden Meilensteine und Aufgaben werden mit einem negativen Wochenwert (z.B. W-3) angegeben. Alle nach dem Start liegenden mit einem Positiven (z.B. W5).

Was	Beschreibung	Wann
1. Inhaltliche und Organisatorische Vorarbeiten		
1.1. Abklärung / Antrag Ethikkommission	<ul style="list-style-type: none"> Antrag Ethikkommission einreichen Allfällige Korrekturen und Anpassungen Positiver Entscheid EK 	W-45 W-35 W-25
1.2. Anträge Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> Anträge für Finanzierung an Stiftung vorbereiten und schreiben Anträge für Finanzierung an Stiftung versenden 	W-35 W-25
1.3. Information des Studienortes	<ul style="list-style-type: none"> Information der für die Studie zuständig definierten Personen bezüglich entscheide EK und Planung der weiteren Vorbereitungsarbeiten 	W-25
1.4. Schulung Fachpersonen in der EFC	<ul style="list-style-type: none"> Auswahl der noch zu schulenden Fachpersonen Definieren der Daten Durchführung der Schulungen 3x2 Tage <p>Vor dem Start mit der Durchführung der Intervention müssen die Fachpersonen die ersten beiden Module (2X2 Tage besucht haben)</p>	W-25 W-15 W-10 bis W20
1.5. Auswahl und Schulung Study Nurse	<ul style="list-style-type: none"> Auswahl der SN in den jeweiligen Betrieben Schulung der SN bezüglich Studienprozess und Ablauf anhand einer Prozessbeschreibung Assessment-Schulung der SN (inkl. IRR-Test) 	W-25 W-20 bis W-15 W-15 bis W-5
2. Start Interventionen		
2.1. Start Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Auswahl und Zuteilung des ersten TN in die Studie 	W0
2.2. Laufende Durchführung der Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> laufende Auswahl und Zuteilung von TNs bis geplante Stichprobengrösse erreicht 	W0 bis W72

3. Datenerhebung und Analyse (Wochenzahlen vor der Klammer beziehen sich auf den TN und seinen Zeitpunkt des Einschlusses in die Studie. Zahlen in Klammern geben den Zeitraum an bezogen auf den Start der Studie)		
3.1. Einschluss der TN in die Studie und Baseline Erhebung (T0)	<ul style="list-style-type: none"> TN-Infogespräch durch SN, wenn Informed Consent unterschrieben -> Einschluss in die Studie ->Baseline Erhebung (T0) 	W-2 bis W-1 (W0-W36)
3.2. Zuteilung in die Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> Zuteilung des TN in die entsprechende Gruppe und Info an Berater/Team Start Intervention 	W0 (W1-W37)
3.3. Erhebung (T1)	<ul style="list-style-type: none"> Beratende melden SN wenn Zeit oder Termin Kriterium für T1 erreicht ist T1 Messung erfolgt durch SN (laufend bei entsprechender Meldung) 	W9 bis W17 (W9 bis W59) W10 bis W18 (W10 bis W60)
3.4. Zwischen Analyse	<ul style="list-style-type: none"> Vergleiche T0 und T1 	(Ab W61)
3.5. Erhebung (T2)	<ul style="list-style-type: none"> Beratende melden SN wenn Zeit oder Termin Kriterium für T2 erreicht ist T2 Messung erfolgt durch SN (laufend bei entsprechender Meldung) 	W19 bis W35 (W19 bis W71) W20 bis W36 (W20 bis W72)
3.6. Analyse 2	<ul style="list-style-type: none"> Abschlussanalyse (T0, T1, T2) 	(Ab W73)
4. Aufbereiten und verschriftlichen der Ergebnisse		
4.1. Ergebnisse Darstellen	<ul style="list-style-type: none"> Beschreibung und Darstellung vorläufiger Ergebnisse, Präsentieren und Diskutieren der Resultate und deren Darstellung innerhalb Projektteam, Abteilung F&E Pflege usw. 	Analyse 1 W70-90 Analyse 2 W 80-100
4.2. Vorstellen der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> Intern an Projektabschlussveranstaltungen sowie an diversen Kongressen und Tagungen 	Ab W110
4.3. Artikel / Monografie	<ul style="list-style-type: none"> Erstellen von Artikel, einreichen bei englischsprachigen Peer-Review Zeitschriften, erstellen der Monographie 	Ab W120

I. Tabelle: Mittelwerte der standardisierten Fragebögen zu allen Messzeitpunkten

Standardisierte Fragebögen	Baseline (t0)		10 Wochen (t1)		20 Wochen (Post-Intervention: t2)	
	EFC	TAU	EFC	TAU	EFC	TAU
BPRSE gesamt	n	n	n	n	n	n
BPRSE-Depression und Angst	mw (sd)	mw (sd)	mw (sd)	mw (sd)	mw (sd)	mw (sd)
BPRSE-Halluzinationen	10 53.9 (5.3)	11 59.5 (10.9)	6 48.7 (10.7)	8 48.5 (10.4)	6 48.7 (10.7)	8 48.5 (10.4)
BPRSE-Depression und Angst	11.2 (3.6)	13.8 (5.0)	9.5 (3.1)	9.0 (4.1)	9.5 (3.1)	9.0 (4.1)
BPRSE-Negativ Symptome	9.7 (2.5)	10.7 (2.2)	9.3 (3.5)	8.5 (2.2)	9.3 (3.5)	8.5 (2.2)
BPRSE-Aktivierung	7.1 (1.5)	7.3 (2.1)	6.2 (1.9)	8.1 (3.2)	6.2 (1.9)	8.1 (3.2)
	6.0 (2.0)	5.9 (2.8)	6.0 (2.3)	4.5 (1.1)	6.0 (2.3)	4.5 (1.1)
PSYRATS-AH gesamt mw (sd)	10 29.5 (3.1)	11 30.8 (5.0)	7 27.9 (3.1)	7 30.1 (6.9)	6 25.5 (12.3)	8 18.5 (8.7)
PSYRATS AH-emotional	12.3 (1.4)	12.5 (2.0)	11.6 (3.6)	11.6 (3.7)	9.5 (6.1)	5.9 (5.2)
PSYRATS AH-körperlich	7.8 (2.4)	7.8 (2.1)	7.4 (1.9)	7.4 (2.4)	7.3 (3.9)	4.0 (2.1)
PSYRATS AH-kontrolle	2.9 (1.1)	3.1 (1.0)	2.6 (1.3)	2.9 (0.7)	2.5 (1.2)	2.4 (1.1)
PSYRATS AH-kog. Interpretation	4.0 (1.8)	5.6 (1.0)	4.1 (2.0)	6.0 (1.4)	4.1 (2.7)	5.1 (2.3)
MHCL-C gesamt mw (sd)	10 63.2 (11.7)	11 64.5 (9.1)	7 56.4 (8.5)	7 61.4 (6.4)	6 58.0 (6.8)	8 62.1 (5.4)
MHCL-C Internal	21.6 (7.9)	21.6 (7.0)	20.9 (6.8)	20.4 (5.5)	21.2 (7.4)	20.7 (5.5)
MHCL-C Glück	22.0 (8.8)	10.9 (3.5)	19.6 (8.6)	20.0 (6.3)	18.1 (8.2)	20.7 (7.4)
MHCL-C Medizinische Person	10.8 (4.4)	10.6 (2.6)	7.4 (4.8)	10.4 (3.9)	8.3 (3.2)	11.4 (2.3)
MHCL-C Andere	8.8 (4.3)	34.7 (14.2)	8.6 (3.2)	10.6 (3.7)	10.3 (4.2)	9.2 (3.4)
QPR gesamt mw (sd)	10 34.7 (14.2)	11 35.9 (11.5)	6 38.5 (16.5)	8 43.3 (5.3)	6 38.5 (16.5)	8 43.3 (5.3)
SuSi mw (sd)	10 13.8 (4.2)	11 13.9 (3.9)	6 14.8 (5.0)	8 13.6 (2.4)	6 14.8 (5.0)	8 13.6 (2.4)
SuSi Attribution Lebensereignis	21.4 (6.5)	19.8 (3.0)	18.8 (4.7)	19.8 (3.0)	18.8 (4.7)	19.8 (3.0)
SuSi positives Symptom erleben	8.7 (3.7)	7.5 (2.9)	9.2 (5.0)	7.1 (5.2)	9.2 (5.0)	7.1 (5.2)
SuSi negatives Symptom erleben	13.1 (4.5)	14.3 (3.2)	13.2 (4.7)	15.9 (9.4)	13.2 (4.7)	15.9 (9.4)
SuSi konstruktive Auswirkungen	15.1 (4.6)	14.3 (4.1)	13.8 (6.0)	10.2 (2.1)	13.8 (6.0)	10.2 (2.1)

**J. Tabelle: Berechnung der Medianwerte des QPR, PSYRATS
und BPRS-E zur Validierung der Ausreisser**

Messzeitpunkt Gruppe	QPR		PSYRATS			BPRSE	
	T0	T2	T0	T1	T2	T0	T2
IG	41	49	30	26	28	51	38
IG	50		30			54	
IG	41	52	22	26	3	50	43
IG	8		31	30		49	
IG	48	53	32	23	21	56	46
IG	11	16	31	30	30	53	46
IG	35	41	29	28	34	50	50
IG	38		27			50	
IG	40		33			63	
IG	35	20	30	32	37	63	69
KG	42	41	31	29	31	48	52
KG	39	47	31	34	12	50	36
KG	45	53	31		20	41	38
KG	34	40	28	25	26	55	51
KG	30	40	20	21	20	59	51
KG	20	47	42	41	12	75	37
KG	14		32	35		61	
KG	32		31			77	
KG	51	36	32		4	61	62
KG	39	43	31	26	23	63	61
KG	49		30			65	
Median IG	39	45	30	28	29	52	46
Median KG	39	42	31	29	20	61	51

K. Tabelle: CPÄ-Einzelwerte der TN bei T0 und T2

Messzeitpunkt Gruppe	T0	T2
IG	985	985
IG	600	
IG	0	0
IG	280	
IG	150	100
IG	188	188
IG	250	550
IG	775	
IG	375	
IG	950	1000
KG	352	300
KG	600	600
KG	300	300
KG	455	455
KG	2700	2700
KG	1000	600
KG	1475	
KG	1000	
KG	375	390
KG	1050	1210
KG	100	

L. Eidesstattliche Erklärung zur Einhaltung guter wissenschaftlicher Praxis

1. Hiermit versichere ich,

.....

(VORNAME, NACHNAME, MATRIKELNUMMER)

2. dass ich mich bei der Erstellung der schriftlichen Arbeit an die aktuell geltenden „Richtlinie zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten“ der VPU (vormals PTHV) genannten Regeln und Verpflichtungen gehalten habe.

3. Mir ist bekannt, dass die Übernahme von Texten, Ideen oder Daten anderer ohne eine eindeutige Kenntlichmachung des Urhebers ein Plagiat ist und gegen die Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis verstößt. Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende schriftliche Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel einschließlich der Internetquellen und anderer elektronischer Quellen benutzt habe. Alle Zitate und Halbzitate aus gedruckten, ungedruckten und elektronischen und sonstigen Quellen, aus jeder Art von Publikationen oder sonstiger Verbreitung von Arbeitsergebnissen, aus bildlichen Darstellungen und dergleichen habe ich als solche eindeutig und im Einzelnen kenntlich gemacht.

4. Die Arbeit wurde vorher nicht in einem anderen Prüfungsverfahren eingereicht.

5. Die eingereichte elektronische Fassung (z.B. auf CD-ROM) ist im Wortlaut identisch mit der eingereichten schriftlichen Fassung.

6. Ich bin mir bewusst, dass die Aufdeckung von nicht gekennzeichneten Passagen, die nicht von mir stammen, als Plagiatsversuch interpretiert wird.

Dies kann eine Bewertung der Arbeit mit „nicht ausreichend“ und gegebenenfalls rechtliche Konsequenzen zur Folge haben. Sollte im Nachhinein ein Fehlverhalten gemäß der VPU-Richtlinie „Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten“ nachgewiesen werden, kann der mit der Arbeit erworbene akademische Grad oder Titel entzogen werden.

Ort, Datum, Unterschrift