

# Therapeutische Beziehungsgestaltung bei Menschen in akuten wahnhaften Krisen

Von Lieselotte Mahler, Anna Oster und Sandra Kieser

Wahn ist eines der häufigsten Symptome im Rahmen von Psychosen und gleichzeitig eines der herausforderndsten in der Therapie. Insbesondere im akupsychotherapeutischen Setting gibt es einen großen Anteil an Menschen in psychotischen Krisen, die aufgrund eines Wahnerlebens die Akupsychotherapie aufsuchen oder dorthin gebracht werden: Jemand sieht sich von den Nachbarn überwacht und wehrt sich gegen diese vermeintliche Bedrohung verbal oder sogar körperlich. Jemand will aufgrund einer als unerträglich empfundenen Schuld nicht mehr leben. Jemand hört Stimmen und kann sich dies nur so erklären, dass eine fremde Macht Lautsprecheranlagen in der eigenen Wohnung installiert habe. Mitunter werden einzelne Teammitglieder oder das gesamte Team in das Wahnsystem von Patient:innen einbezogen, was den Aufbau einer therapeutischen Beziehung oft erschwert.

Wahn kommt also insbesondere in unserem Arbeitsfeld, der Akupsychotherapie, häufig vor. Gleichzeitig gibt es bei vielen Fachpersonen unabhängig von deren Berufsgruppe Berührungängste und Unsicherheiten, wie mit Personen in wahnhaften Krisen umgegangen werden kann. Es sind „am ehesten das ‚Nichteinschätzbare‘, das ‚Unheimliche‘, das ‚Nicht- oder Schwernachvollziehbare‘ und der Aspekt des ‚Unvorhersehbaren‘, das uns im Kontakt mit wahnkranken Menschen verunsichert und ängstigt“ (Garlipp, Haltenhof 2015, S. 17). Lange Zeit galt der Wahn bzw. die Psychose als Ausschlusskriterium für Psychotherapie. Im Umgang mit psychotischen Patient:innen war gängige Lehrmeinung, dass man um eine Verstärkung des Wahns zu vermeiden, die Inhalte des Wahns besser nicht thematisieren sollte, woraufhin das Erleben anschließend nicht weiter thematisiert wurde, um das Wahnsystem nicht zu verfestigen. Psychiatrische Therapie beschränkte sich in der Konsequenz überwiegend auf psychopharmakologische Interventionen. Dies hat sich glücklicherweise mittlerweile geändert.



**Lieselotte Mahler**

Dr. med, Chefarztin der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Initiatorin des Weddinger Modells



**Anna Oster**

Forschungsassistentin, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk



**Sandra Kieser**

Stationspsychologin, allgemeinpsychiatrische Akutstation, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk

## Wie kann Wahn verstanden werden?

Um eine therapeutische Beziehung mit Menschen in psychotischen Krisen aufbauen zu können ist es hilfreich, die Psychodynamik des Wahns zu verstehen. Nach Stavros Mentzos (2012) beispielsweise begründet sich eine Psychose auf dem Bipolaritätsmodell. Für jeden Menschen ist es Entwicklungsaufgabe, selbstbezogene und objektbezogene Tendenzen zu integrieren, also eine stabile Identität des Selbst zu entwickeln und gleichzeitig Nähe und Beziehung zu anderen zu erleben (Storck, Stegemann, 2021). In der Psychose ist die betroffene Person in einem existenziellen Dilemma zwischen Selbst und Objekt gefangen, also zwischen konsequenter Abgrenzung nach außen zum Schutz der Identität und bedingungsloser Nähe und Selbstaufgabe in der Beziehung zu anderen. Die Integration beider Bedürfnisse gelingt nicht. Die Person befindet sich demzufolge in einem unauflösbaren Konflikt zwischen Selbst- und Objektverlust. Die daraus entstehende diffuse, nicht aushaltbare Angst findet einen „Ausweg“ in der Psychose. Wahnhaftige Erklärungsmuster sind danach notwendig und nützlich, um der Angst zu begegnen. Dilemmatische Beziehungen finden im Wahn neue Interpretationen. Der Wahn kann folglich als notwendige Parallelwelt zur unaus-

haltbaren Realität, als Bewältigungsstrategie unlösbarer Konflikte, verstanden werden (Mentzos, 2015; Storck, Stegemann, 2021).

Auch die verhaltenstherapeutische Sichtweise liefert ein Modell, mit dem ein therapeutischer Zugang in akuten wahnhaften Krisen, gelingen kann. Wahn wird hier zuallererst als Überzeugung bzw. als Überzeugungssystem betrachtet. Die Hauptfunktion jeglicher Überzeugung, ob nun wahnhaft oder nicht, „besteht darin, dass sie Menschen ermöglicht, ihre Umwelt möglichst gut zu verstehen“ (Nelson 2011, S. 7). Wahn wird also auch hier, wie in der psychodynamischen Betrachtung, primär als Bewältigungsstrategie betrachtet.

## Was bedeutet das für die therapeutische Beziehung?

Grundlegende Voraussetzung für jegliches hilfreiche Gespräch und den Aufbau einer therapeutischen Beziehung ist das empathische Zuhören und damit das gemeinsame Verstehen der Ereignisse. Dabei ist es wichtig die Ereignisse in der Bedeutung für den Patienten zu werten und nicht sie psychopathologisch zu bewerten. In Zusammenhang mit wahnhaftem Erleben bedeutet dies für psychiatrisch Tätige häufig, den eigenen Unglauben (z. B. dass jemand *wirklich*

in Todesgefahr ist) zunächst einmal zurückzustellen (Nelson 2011). Natürlich nur, sofern dies möglich und hilfreich ist. Unmöglich wird dies beispielsweise oft, wenn Ärztinnen einen Patienten gegen dessen Willen unterbringen und ihm dies mitteilen müssen. Hier ist ein Zurückstellen der eigenen – anderen – Einschätzung nur wenig hilfreich. Ein frühes Infragestellen von wahnhaften Überzeugungen verhindert jedoch in vielen Fällen, dass eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung überhaupt entstehen kann. Stellen Sie sich vor, jemand stellt Ihre absolute Gewissheit, nämlich dass Sie verheiratet sind, infrage und behauptet, Ihre Ehe fände nur in Ihrer Vorstellung statt. Wie viel Vertrauen könnten Sie dieser Person entgegenbringen?

Auch wenn der Wahn als Möglichkeit des Ausstiegs aus realen Beziehungen (selbst- und objektbezogenen) verstanden wird, dann muss er im Umkehrschluss die Möglichkeit zum (Wieder-) Einstieg in die Beziehung sein. Konstruktiver als den Wahn

als Hindernis zu betrachten, ist also der Ansatz, ihn als Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung zu verstehen. Wenn der Wahn die Lösungsstrategie der Betroffenen ist, dann kann er als Brücke für eine therapeutische Beziehung verstanden werden und kann helfen, die darunterliegende Problematik nachzuvollziehen (von Haebler 2013). Wenn jemand beispielsweise mit der Polizei auf die Station kommt, aufgebracht ist und berichtet wird, die Person habe im Mietshaus die Nachbarn angeschrien, gilt es zunächst zu verstehen, was passiert ist. Für gewöhnlich haben zu diesem Zeitpunkt weder die Polizei, noch die psychiatrisch Tätigen noch der Patient oder die Patientin selbst vollumfänglich verstanden, was eigentlich los war. Das gemeinsame Ziel muss daher immer sein, erst mal zu verstehen, um anschließend nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

Dieses Verstehen beginnt in der Regel damit, dass wir möglichst neutral und mit echtem Interesse nachfragen. Uns alles ganz genau erklären lassen. Was oft leichter gesagt ist als getan. Denn über die Art, wie wir fragen, transportieren wir nur allzu oft, was wir wirklich denken. Beispielsweise impliziert ggf. schon unsere Frage „Warum *dachten* Sie, dass all die Autos hinter Ihnen her sind?“,

dass wir die Wahrnehmung an sich infrage stellen. Günstiger ist hier z.B. eine Formulierung wie „Woher wussten Sie, dass ...?“ (Nelson 2011).

Auch wenn sich mittlerweile die Auffassung durchgesetzt hat, dass es durchaus hilfreich sein kann, mit Betroffenen über das, was sie beschäftigt, also ihren Wahn zu sprechen, empfiehlt es sich weiterhin nicht, sei es aus Bequemlichkeit oder aus anderen Gründen, den Wahn zu bestätigen. Den Wahn nicht zu bestätigen bedeutet, dass wir keine *zusätzliche* Evidenz für die Überzeugung liefern. Was nicht heißt, dass man (wahnhafte) Fakten nicht nach Möglichkeiten überprüft, z.B. gemeinsam aus dem Fenster blickt, um nachzuschauen, ob die Verfolger auf dem Hof stehen. Auch beispielsweise das Nutzen der Terminologie der Betroffenen

bestätigt nicht den Wahn, sondern zeigt, dass wir die Person ernst nehmen und zugehört haben. Je tragfähiger die Beziehung, desto eher wird es möglich, indirekt alternative Erklärungen oder Interpretationen für eine Situation im Ge-

spräch vorzuschlagen bzw. einfließen zu lassen. Oft ist dies ein erster Schritt hin zu einer Bewältigung des Wahns.

Nicht immer ist es Betroffenen möglich ihre wahnhaften Überzeugungen aufzugeben. Oftmals haben wahnhafte Überzeugungen, verhaltenstherapeutisch gesprochen, positive Funktionen für die Betroffenen (z.B. wenn die Überzeugung, dass der Kollege Graffitis über die ganze Stadt verteilt, nur um mich zu verunsichern, erklärt, wieso der Job nicht weiter ausgeübt werden kann, ohne dass dies mit einem wahrgenommenen Versagen zu tun hat). In solchen Fällen kann es nötig sein, an den negativen Aspekten der Überzeugung zu arbeiten und die positiven Aspekte zu erhalten. Ähnlich versteht man aus einer psychodynamischen Perspektive heraus die wahnhaften Überzeugungen als Mittel, die eigene Identität existenziell bedrohender Empfindungen, in einer erträglicheren Weise zu kommunizieren (Lempa, von Haebler, Montag 2017). Therapeutisch kann also zunächst das hinter der wahnhaften Überzeugung stehende Gefühl aufgegriffen und verstehbar gemacht werden, bevor konkret auf die Wahninhalte eingegangen wird. Das Verstehen der Funktionalität wahnhafter Überzeugungen führt darüber hinaus auch zum Verstehen des Zusammenhangs mit der eigenen Biographie

und dem Erleben der einzelnen Person. Wahnhafte Überzeugungen haben immer etwas mit der Person und ihrer Geschichte zu tun und es ist mittlerweile gut belegt, dass das Erkennen des Sinns und das Entwickeln eigener Erklärungsmodelle Recovery-fördernd ist (Bock 2011; Bock, Klapheck, Ruppel 2014). Therapeutisch Tätige sollten Betroffene also insbesondere auch bei der Sinnsuche unterstützen.

## Was braucht es strukturell, um Menschen mit akuten wahnhaften Krisen zu begegnen?

Die vorangegangenen Erwägungen zum Verständnis und Umgang mit Menschen in akuten wahnhaften Krisen erfordern letztlich eine grundlegende Veränderung traditioneller psychiatrischer Strukturen. Vor diesem Hintergrund und aus den praktischen Erfahrungen heraus, wurde 2010 in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus (PUK-SHK) ein neues Recovery-orientiertes Behandlungskonzept, das Weddinger Modell, entwickelt und implementiert.

*Kernelemente des Weddinger Modells (nach Mahler et al. 2014, 2019, 2021):*

- *Veränderungen aller Klinikstrukturen hinsichtlich Partizipation und Transparenz*
- *Individualisierte Therapieplanungen und Visiten orientiert an den Krankheits- und Genesungskonzepten der Patient:innen*
- *Multiprofessionelle Bezugstherapeutenteams*
- *Flexibilität des Behandlungssettings bei Behandlerkontinuität*
- *Offene Türen und Normalisierung der psychiatrischen Situation durch Milieugestaltung, individuelle Absprachen, Raum für Rückzug sowie Begegnung u.v.m.*
- *Konsequent dialogische Behandlung*
- *Feste Integration von Genesungsbegleiter\*innen und Angehörigen-Peers in die Behandlungsteams*
- *Recovery statt Psychoedukation*
- *Vermeidung und Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen*

Einige strukturelle Aspekte im Weddinger Modell haben sich im Umgang mit Menschen in akuten wahnhaften Krisen als besonders hilfreich erwiesen (Mahler u.a. 2014, 2021; Oster u.a. 2021).

**Umgang mit Nähe und Distanzwünschen, Flexibilität in der Beziehung:** Flexibilität und Individualität in der Beziehungsgestaltung sind im therapeutischen Kontext, insbesondere in der Akutpsychiatrie, immer hochrelevant. Bei Menschen mit wahnhaftem Erleben ist dennoch ein darüber hinaus gehendes Maß an Flexibilität nötig. Konkret bedeutet das, Beziehungsangebote aufrechtzuerhalten, unabhängig davon, ob eine Person gerade hochfrequent und sehr intensiv von sich aus in den Kontakt tritt oder diesen gänzlich vermeidet. Distanzwünsche müssen mit besonderer Sensibilität akzeptiert werden, während das Angebot zu Kontakt und Beziehung keinesfalls entfallen darf und der Beziehungsaufbau hier erstes, gegebenenfalls auch einziges Ziel, der Behandlung ist.

**Sicherheit und der Umgang mit Angst:** Wie eingangs schon betont, spielt die Angst als eine dem Wahn zugrundeliegende Emotion eine entscheidende Rolle. Der Umgang mit der Angst und das Angebot eines als sicher empfundenen Raums hat daher große Bedeutung. Betroffene können Therapieangebote, häufig auch Medikamente, besser annehmen, wenn man deutlich macht, dass es dabei im ersten Schritt darum geht, die Angst zu reduzieren. Die therapeutische Beziehung dient hier in besonderem Maß als Sicherheit gebendes Element. Sicherheit entsteht durch Transparenz und Partizipation, durch gemeinsames Abwägen, die Einbeziehung aller relevanten Bezugspersonen, vor allem auch dadurch, als Patient oder Patientin Einfluss auf Nähe und Distanz in der therapeutischen Beziehung zu haben. Insbesondere ist wichtig, dass die Therapeut:innen als Einzelpersonen wie auch im multiprofessionellen Team authentisch, kohärent und nachvollziehbar auftreten.

Im Weddinger Modell hat das Verständnis von Sicherheit darüber hinaus auch auf struktureller Ebene eine besondere Bedeutung. Eine sichere und Vertrauen ermöglichende Stationsatmosphäre wird durch individuelle, auf die Bedürfnisse angepasste Regeln, offene Stationstüren, enge therapeutische Begleitung, von außen nur für das Personal und nicht für andere Patient:innen zugängliche Zimmer und eine gemeinsame Verantwortungs- und Risikoübernahme hergestellt.

**Umgang mit Gefährdungsaspekten:** In der akutpsychiatrischen Behandlung wahnhafter Krisen ist auch der Umgang

mit eventuellen eigen- oder fremdgefährdenden Aspekten zentral. Der Aufbau enger therapeutischer Beziehungen und die Sensibilisierung von Mitarbeitenden für (strukturelle) Eskalationsrisiken sind wesentlich in der Behandlung von Menschen in akuten (wahnhaften) Krisen. Mit Strukturen des Weddinger Modells wird eine deutliche Reduktion von Gewalt und darauffolgenden Zwangsmaßnahmen erreicht. Zudem gibt es einen qualifizierten Umgang mit Zwangsmaßnahmen und ein gemeinsames Reflektieren stattgefunderer Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient:innen anhand eines im Weddinger Modell etablierten Leitfadens.

**Multiprofessionalität im Umgang mit unterschiedlichen Beziehungsdimensionen:** Die wahnhafte Verarbeitung des Erlebten hat stets eine bedeutsame Auswirkung auf sämtliche - also auch die therapeutische - Beziehungen. Vereinzelt können Beziehungen unabhängig oder außerhalb des Wahnsystems entstehen. Häufig werden Kontaktpersonen allerdings in das Wahnsystem eingebunden, insbesondere, wenn die Beziehung für den oder die Betroffene von Bedeutung ist. Die enge multiprofessionelle Zusammenarbeit im Weddinger Modell und die konsequente Einbeziehung des Patienten/der Patientin begegnen außerdem der Herausforderung, dass es im wahnhaften Erleben der/des Betroffenen teilweise wahnhafte Überlagerungen einzelner Beziehungen zu Mitarbeitenden geben kann. Die transparente und multiprofessionelle Kommunikation ermöglicht es erst, dass Muster erkannt werden, Konflikte und wahnhafte Verarbeitungen einzelner Beziehungen verstanden und ein ganzheitliches Bild von der betroffenen Person entstehen können. Hierdurch entsteht auch eine größere Sicherheit der Mitarbeitenden im Umgang mit psychischen Patient:innen.

**Multiprofessionalität im Verstehen der Situation:** Letztlich ist die multiprofessionell vertretene therapeutische Haltung von großer Bedeutung im Verstehen und Begleiten des wahnhaften Erlebens. Die Bearbeitung des Wahns wird nicht auf einzelne therapeutische Sitzungen reduziert. Stattdessen arbeiten alle Berufsgruppen aus ihrer jeweiligen Expertise heraus stets therapeutisch. Der stationäre Aufenthalt bietet die Möglichkeit, die psychische Krise in allen Dimensionen und ihrer Auswirkung auf sämtliche In-

teraktionen zu begreifen. Im Weddinger Modell gilt der Grundsatz, immer erst einmal Raum für gemeinsames Verstehen zu schaffen. Für unbekannte wie auch lange bekannte Patienten und Patientinnen gilt gleichermaßen, dass Erklärungen nicht vorweggenommen werden und Hypothesen des Teams immer wieder überprüft und angepasst werden. Zusammenfassend wird deutlich, dass der Aufbau einer therapeutischen Beziehung das Kernelement, bzw. das Ziel in der Behandlung von Menschen mit wahnhaftem Erleben ist. Flexible, auf die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen angepasste Strukturen sind notwendig, um Beziehungsgestaltung in akuten Krisen und im weiteren Verlauf zu ermöglichen. Eine vertrauensvolle und sichere therapeutische Beziehung ist damit oft nicht die Voraussetzung, sondern das Ziel der Behandlung. ●

## Literatur

- Bock, T. (2011):** Eigensinn und Psychose. Neumünster: Paranus.
- Bock, T.; Klapheck, K.; Ruppel, F. (2014):** Sinnsuche und Genesung. Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen. Köln: Psychiatrie Verlag
- Garlipp, P.; Haltenhof, H. (2015):** Umgang mit wahnkranken Menschen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Lempa, G.; von Haebler, D.; Montag, C. (2017):** Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Mahler, L.; Heinz, A.; Jarchov-Jádi, I.; Berrmpohl, F.; Montag, C.; Wullschlegler, A. (2019):** Therapeutische Haltung und Strukturen in der (offenen) Akutpsychiatrie: Das Weddinger Modell. *Der Nervenarzt*, 7, 700-704.
- Mahler, L.; Jarchov-Jadi, I.; Montag, C.; Gallinat, J. (2014):** Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Mahler, L.; Oster, A.; Vandamme, A. (2021):** Das Weddinger Modell: Beziehungsförderung und Zwangsvermeidung in der Behandlung von Menschen mit Psychosen. *Nervenheilkunde*, 40, 430-435.
- Mentzos, S. (2015):** Dilemmatische Gegensätze im Zentrum der Psychodynamik der Psychosen. *Forum der Psychoanalyse*, 31, 341-352.
- Mentzos, S. (2012):** Begründung des Bipolaritätsmodells der Psychosen und einige Erläuterungen zu deren neurobiologischer Dimension. In: S. Mentzos & A. Münch (Hg.). *Reflexionen zu Aspekten einer Theorie der Psychosen*, S. 10-23. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nelson, H. (2011):** Kognitiv-behaviorale Therapie bei Wahn und Halluzination. Stuttgart: Schattauer.
- Storck, T.; Stegemann, D. (2021):** Psychoanalytische Konzepte in der Psychosenbehandlung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Von Haebler, D. (2013):** Zur Bedeutung der Psychotherapie von Menschen mit Psychosen. *Kerbe, Forum für Soziale Psychiatrie*, 2, 9-12.