

# Kerbe



Forum für  
soziale Psychiatrie

1 2022  
Februar  
März  
April  
40. Jahrgang



THEMENSCHWERPUNKT

**Wahn: Faszinierend,  
schillernd, verstörend**

Jubiläum: Die Kerbe  
feiert ihren 40. Jahrgang

Zwischen den Kulturen:  
Integration für Migranten

### 3 Kerbe-Jubiläum

- Ein Rückblick auf den Anfang**  
 Entwicklungslinien der Sozialpsychiatrie im Spiegel des ersten Jahrgangs, Georg Schulte-Kemna mit einem Vorwort von Jürgen Armbruster, Seite 3

### 6 Editorial

### 7 Themenschwerpunkt

- Therapeutische Beziehungsgestaltung bei Menschen in akuten wahnhaften Krisen**  
 Lieselotte Mahler, Anna Oster und Sandra Kieser, Seite 7

- Wahn macht Sinn – und andere Geschichten**  
 Andrea Zwicknagl, Seite 10

- Wahn und Entwurzelung**  
 Fallbeispiele aus der Klinik, Eckhardt Koch, Seite 12

- Verständnis und „Normalizing“!**  
 Zum Umgang mit Wahnüberzeugungen im Rahmen der Kognitiven Verhaltenstherapie, Samya Korff und Tania M. Lincoln, Seite 17

- Teilhabeorientierte Arbeit mit Menschen, die anderen das Teilhaben schwer machen**  
 Achim Dochat, Seite 19

- Metakognitives Training für Psychosen**  
 Adaption für das akutpsychiatrische Setting, Rabea Fischer, Jakob Scheunemann und Steffen Moritz, Seite 22

- Verschörungstheorie und Wahn**  
 Notwendige Abgrenzung und mögliche Prävention, Michael Butter und Thomas Bock, Seite 25

- Wahn in der Kunst**  
 Wolfram Voigtländer, Seite 29

- Genie und Wahnsinn – Hölderlin Revisited**  
 Uwe Gonther, Seite 31

- Gratwanderung – unterwegs zwischen Religion und Wahn**  
 Ronald Mundhenk, Seite 33

- Wahn und Gefährlichkeit – zwischen Dämonisierung und Tabuisierung**  
 Anmerkungen zu forensisch relevanten Aspekten des Wahns, Friedhelm Schmidt-Quernheim, Seite 35

- Wahn und Genesung**  
 Mein Weg durch die paranoide Schizophrenie, Klaus Gauger, Seite 39

- Wahn ist einzigartig und subjektiv, unser Miterleben auch**  
 Judith Linder, Irmela Boden und Lysann Steinbacher, Seite 40

- Was macht der Wahn mit mir?**  
 Zwischen Faszination, Schrecken, Verstörung und Langeweile, Michael Schödlbauer, Seite 42

### 44 Spectrum

- Zwischen den Kulturen**  
 Integration für Migrantinnen und Migranten, Wielant Machleidt, Seite 44

- Empowerment-Zirkel als Ort des gemeinsamen Lernens**  
 Partizipation aller an gelingenden Veränderungsprozessen, Christina Reinhardt, Seite 47

### 50 Nachrichten

### 51 Termine

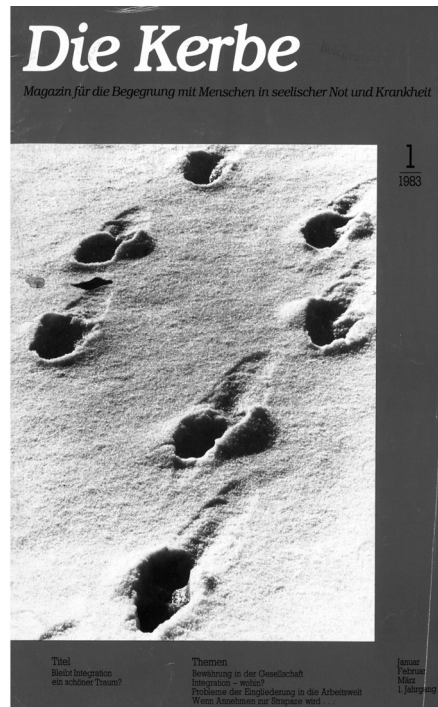
Titelbild: pixabay

# 40 Jahre „Die Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie“

Von Jürgem Armbruster, Redaktionsleiter der Kerbe

Anfang 1983 erschien das erste Heft einer neuen diakonischen Verbandszeitschrift, die sich speziell der Psychiatrie als einem eigenen Arbeitsfeld widmen sollte, im damaligen „Verband evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte im Diakonischen Werk der EKD“ (VEEMB), einem der beiden Vorläufer-Verbände des heutigen Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe (BeB). Das war „Die Kerbe“, die damals und noch bis 1990 im Untertitel „Magazin für die Begegnung mit Menschen in seelischer Not und Krankheit“ hieß. Im Jahr 2022 erscheint die Kerbe als „Forum für soziale Psychiatrie“ nun im 40. Jahr.

Das Jubiläum der Kerbe ist ein besonderer Grund zum Dank an den Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe, der unser Projekt in all den Jahren getragen, unterstützt und ermutigt hat, an die Mitglieder der aktuellen Redaktion und die vielen Kolleginnen und Kollegen, die mit uns in all den Jahren zusammengearbeitet, Zeit und Leidenschaft eingebracht haben und mit uns einen anhaltenden kreativen, engagierten und inspirierenden Diskussionsprozess gestalten, der inzwischen zu 160 Heften mit



unterschiedlichen und zeitaktuellen Themenschwerpunkten geführt hat und den Leserinnen und Lesern, die uns in all den Jahren die Treue gehalten haben und die wir immer wieder neu zu gewinnen und zu interessieren versuchen.

Die Kerbe ist dem Prozess der beständigen Psychiatriereform verpflichtet, dem Bemühen, die Hilfen für psychisch und seelisch erkrankte Menschen stetig weiter zu entwickeln. Sie tritt dafür ein, die Würde und Rechte seelisch verletzter Menschen zu stärken, deren subjektives Erleben in den Mittelpunkt stellen und eine Gesellschaft gestalten, in der es normal sein kann, verschiedenen zu sein.

Runde Geburtstage sind auch ein Anlass zum Rückblick, zur Erinnerung an den Entstehungskontext. Dazu sind bereits zum 25-jährigen Bestehen der Kerbe 2007 zwei Beiträge erschienen<sup>1</sup>. Zum 40-jährigen Jubiläum der Kerbe haben wir Georg Schulte-Kemna gebeten, einen besonderen Blick auf die Hefte des ersten Jahrgangs unserer Zeitschrift zu werfen. Er hat die Anfänge der Kerbe mitbegleitet, war über viele Jahre Mitglied der Redaktion und Autor zahlreicher Beiträge. Sein Beitrag analysiert zentrale Themen, die die Kerbe seit ihren Anfängen prägen.

<sup>1</sup> Beide Beiträge sind im Jubiläumsjahr auf der Homepage der KERBE zum Download verfügbar, siehe [www.kerbe.info](http://www.kerbe.info)

## Ein Rückblick auf den Anfang Entwicklungslinien der Sozialpsychiatrie im Spiegel des ersten Jahrgangs der Kerbe

Von Georg Schulte-Kemna

Im Heft 1/2007 wurde unter dem Titel „25 Jahre Die Kerbe - Impulse in den Spannungsfeldern der Sozialpsychiatrie“ der seinerzeitige Kontext der Psychiatriereform hergestellt. Es wird erinnert an den durch die Psychiatrie-Enquete von 1975 angeschobenen Reform-Aufbruch und an Impulse aus den Reformprozessen in anderen Ländern, es werden auch angesprochen die Veränderungsprozesse in Kirche und Diakonie und die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Initiativen zur Überwindung von Ausgrenzung und Anstaltslogik. Im Heft 2/2007 befasste

sich dann der Beitrag „Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe – Abgrenzung und Verbundenheit in der strukturellen und verbandlichen Arbeit. Gemeinsame Perspektiven im Kontext von Community Care“ mit der Ausdifferenzierung von Psychiatrie und Behindertenhilfe. Die war in einem Verband, bei dem von seiner Geschichte her lange die Hilfe für Menschen mit einer geistigen Behinderung und die Anstaltsform von Hilfe ganz im Vordergrund gestanden hatten, über die Jahre durchaus auch mit Konflikten und Abgrenzungen verbunden gewesen. Vor



**Georg Schulte-Kemna**  
Dipl.-Sozialwissenschaftler, bis 2013 Leitung Sozialpsychiatrie bei der BruderhausDiakonie Reutlingen, 2004-2015 Redaktionsmitglied der Kerbe, heute ehrenamtlicher Patientenfürsprecher für die Psychiatrie in Stuttgart.

diesem Hintergrund entwickelt der Beitrag gleichzeitig ein Verständnis von Community Care als perspektivische Klammer beider Arbeitsfelder.

Der vorliegende Beitrag soll diese Einordnung ergänzen und konkretisieren durch einen Rückblick auf den ersten Jahrgang und seine Themenschwerpunkte, wodurch gleichzeitig auch ein Schlaglicht geworfen wird auf seinerzeitige psychiatriepolitische Aktivitäten des Verbandes. Mein persönlicher Bezug zur Kerbe war damals, dass ich 1983-85 einer von vier „ständigen Mitarbeitern“ war. Die ständigen Mitar-





beitenden haben damals aber nicht an den Redaktionsbesprechungen teilgenommen, sondern sie waren Verbindungspersonen zu den verschiedenen Arbeitsbereichen im Verband. Ich war damals Leiter einer Übergangseinrichtung und in diesem Zusammenhang Mitglied der Leitungsgruppe des Fachbereichs Übergangseinrichtungen (daneben gab es für den psychiatrischen Bereich noch die Fachbereiche Wohneinrichtungen und Ambulante Dienste). Diese Leitungsgruppe organisierte damals vor allem den Austausch zwischen den Übergangseinrichtungen für psychisch Kranke, die es bundesweit gab, aber mit je nach Bundesland sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen, sowie die innerverbandliche Positionierung zur Weiterentwicklung dieser Hilfeform. Ein wichtiges Forum dafür waren die Dorfweil-Tagungen, von denen Tagungsbeiträge auch jeweils in der Kerbe veröffentlicht wurden.

Wenn ich heute rückblickend den ersten Jahrgang durchblättere, sehe ich vier große Themenstränge, die uns damals in den sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Diensten (von denen viele klein und noch relativ neu waren) und in der psychiatriepolitischen Verbandsarbeit beschäftigt haben.

### Die Psychiatrie zwischen Aufbruch und Sparpolitik

In drei der ersten vier Hefte spiegelt sich konkret der seinerzeitige Kampf um die Umsetzung der von der Psychiatrie-Enquete geforderten und von der Politik eigentlich auch gewollten Verbesserungen im Hilfesystem angesichts einer zunehmend problematischer werdenden staatlichen Sparpolitik. Ein Schwerpunkt war dabei der Streit um die Finanzierung der Übergangseinrichtungen<sup>2</sup>. Die Übergangseinrichtungen waren damals ein Zwischenschritt auf dem Weg von anstaltsförmiger Unterbringung hin zu individueller Eingliederung. Es ging bei diesem Streit nicht einfach um Vergütungen, sondern um eine Grundsatzfrage: um die sozialrechtliche Gleichstellung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu Menschen mit einer körperlichen Erkrankung durch die Überführung von Rehabilitationsleistungen aus der Sozialhilfe-Sphäre in die reguläre Zuständigkeit der Sozialversicherungsträger. Bereits seit 1978 gab es im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Verhandlungen um eine Vereinbarung dazu, die sich quälend in die Länge zogen. Aus diesen Verhandlungen ging dann im weiteren Verlauf der 80er Jahre immerhin eine „Empfehlungsverein-

barung“ hervor zu einem neuen Einrichtungstyp, der „Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke“ (RPK) als einer Kombination von medizinischer und beruflicher Rehabilitation<sup>3</sup>. Bereits im ersten Heft wird die Verschleppung der Kostenregelung für die Übergangseinrichtungen angesprochen. Außerdem wird in einer historischen Rückblende unter der Überschrift „Sparen um jeden Preis“ angesichts der aktuellen Sparpolitik der öffentlichen Hand erinnert an eine Auseinandersetzung im Jahr 1933 zwischen dem damaligen Gesamtverband der deutschen evangelischen Kranken- und Pflegeanstalten und dem Verband der preußischen Provinzialverwaltungen, bei der es um die „zwangsweise Verpflanzung Geisteskranker“ aus Privatanstalten in Provinzialanstalten ging, um letztere wirtschaftlich zu stützen. Die Erinnerung an diesen Konflikt mündet in der Frage, „wie lange wohl die Sparmaßnahmen zu Lasten alter, kranker und behinderter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland unsere Diskussionen beherrschen werden?“. In 3/1983 wird der Kampf um die sozialversicherungsrechtliche Gleichstellung als „Trauerspiel“ kommentiert; außerdem wird angesichts der anhaltenden Auseinandersetzungen um die Finanzierung der Übergangsheime demonstrativ erinnert an die Psychiatrie-Enquete von 1975, indem in einer Rückblende die seinerzeitigen Empfehlungen zur Gestaltung und Ausstattung der Übergangsheime abgedruckt werden. Und das Heft 4/1983 beginnt mit dem Kommentar „Bonner ‚Spargesetze‘ treffen psychisch kranke Menschen“. Problematisiert wird u.a., „dass in den meisten Bundesländern ambulante Hilfen nach wie vor nicht oder nur schwer finanzierbar sind“, dass die Familien durch die Betonung des Nachrangs der Sozialhilfe stärker belastet werden und dass im Bereich der beruflichen Eingliederung gespart werden soll. Das erinnert an den damaligen politischen Kontext. Christian Reumschüssel-Wienert überschreibt in seiner Chronik der Sozialpsychiatrie<sup>4</sup> das Kapitel über die 1980er Jahre mit der Frage „Die 1980er Jahre – Ende der Reformen?“. Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre gab es in Deutschland eine anhaltende Wirtschaftskrise, die u.a. auch zu einer starken Zunahme der Arbeitslosenquote führte und die öffentlichen Haushalte unter Druck brachte. 1982 wurde die Brandt-Regierung durch ein Misstrauensvotum gestürzt, die Bundesregierung wurde von einer christlich-liberalen Koalition unter Helmut Kohl übernommen und bei der

folgenden Bundestagswahl 1983 bestätigt. Ein Rentenanpassungsgesetz und Haushaltsbegleitgesetze brachten Einschnitte auch im Sozialleistungsrecht: „So wurden im Reha-Bereich starke Kürzungen vorgenommen... Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gingen zwischen 1981 und 1983 um mehr als ein Drittel zurück und die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung erreichten 1984 einen Tiefstand.“<sup>5</sup>

### Die Suche nach Alternativen zur Anstalt und die Gestaltung „heilender Strukturen“

Die 70er Jahre waren psychiatriepolitisch beherrscht von der kritischen Auseinandersetzung mit den überkommenen Anstaltsstrukturen und der Entwicklung von Alternativen im Sinne gemeindenaher Versorgungsstrukturen und individueller sozialer Integration. In den 80er Jahren ging es um die konkrete Umsetzung von neuen Arbeitsweisen und Angebotsformen. Zwei von den vier Heften 1983 beschäftigen sich intensiv mit damit zusammenhängenden Themen. Das bezieht sich zum einen auf bestimmte Einrichtungsformen: So wird im ersten Heft reflektiert, was Krankenhäuser, Heime und Übergangsheime zur Integration beitragen können und wie die Eingliederung in die Arbeitswelt gelingen kann. Das bezieht sich zum anderen ausführlich auch auf die anzustrebende Milieugestaltung. Bereits im ersten Heft wird das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft erläutert, das dritte Heft widmet sich dann schwerpunktmäßig dem Ausloten, wie Strukturen heilend gestaltet werden können: Es werden Formen des gemeinsamen Lebens reflektiert, es geht in mehreren Beiträgen um die konkrete, praktische Ausgestaltung von Tagesstruktur in verschiedenen Angebotsformen, vom Club über die Übergangseinrichtung bis zum Heim, und es wird das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft als Lernraum soziotherapeutischer Praxis weiter entfaltet.

### Die Suche nach einem verstehenden Zugang zu seelischem Leiden über Psychotherapie und Seelsorge

Das Ziel von Integration statt Ausgrenzung erfordert nicht nur neue Rahmenbedingungen von Unterstützung, sondern auch ein Verstehen von seelischem Leiden. Das findet schon im Untertitel der Kerbe „Begegnung mit Menschen in seelischer Not und Krankheit“ Ausdruck und dieses Bestreben wird im ersten Jahrgang deutlich umgesetzt, indem es über die Hefte verteilt zahlreiche Beiträge gibt, die sich mit den Zugängen von Psy-





chotherapie und Seelsorge und auch mit deren Überschneidungen befassen. Es gibt auch informative Beiträge über neue Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, Paartherapie, Kunst als therapeutischer Weg), aber mehr noch geht es um Fragen der Grundhaltung und um vielfältige Aspekte der Reflektion von Erfahrungen im Alltag, „wenn Annehmen zur Strapaze wird...“, um die Ermutigung zur Zuwendung und es gibt in jedem Heft auch einen meditativen Impuls zu Themen wie Vergebung, Geborgenheit, Zuwendung, Angst. Das ganze zweite Heft befasst sich intensiv mit dem Thema „Mit Ängsten leben“. Da gibt es auch einen psychopathologischen Überblick über die Bedeutung von Angst bei verschiedenen Erkrankungsformen, im Mittelpunkt stehen aber auch hier Beiträge über die Erfahrungen der Mitarbeitenden im Umgang damit und über die eigenen Ängste der Mitarbeitenden, über den Umgang mit Nähe und Distanz und über die Ängste gegenüber Institutionen. Und es geht dann auch um das „Spannungsfeld Glaube – Krankheit – Angst vor dem ‚strafenden‘ Gott“ und um die therapeutische Rolle des Seelsorgers. Dazu wird in einer interessanten historischen Rückblende erinnert an den programmatischen Vortrag eines Pfarrers zur Depressionsbehandlung bei der 32. Versammlung der deutschen evangelischen Irrenseelsorger 1931 in Bad Boll, mit der zentralen Botschaft: „Es muss der Seelsorger sein wie ein fester Pfahl, an welchen der Patient in seiner Unsicherheit und Haltlosigkeit sich anlehnen kann“.

### Die Bedeutung von ehrenamtlicher Hilfe und die Suche nach dem heilenden Potenzial des Gemeindelebens

Auch das Thema ehrenamtlicher Hilfe zieht sich durch die Hefte: es fängt bereits im ersten Heft an mit zwei Beiträgen, einerseits einem Erfahrungsbericht einer „Laienmitarbeiterin“, wie es damals noch hieß, andererseits dem Bericht eines Klinik-Pfarrers, der solche ehrenamtlich Mitarbeitende begleitet. Ergänzend gibt es Hinweise, „wo Laienhilfe wirksam wird“. In 2/83 wird berichtet über Erfahrungen eines ehrenamtlichen Besuchsdienstes in einer Klinik, der aus einer Gemeinde heraus organisiert wird. Das vierte Heft befasst sich dann ausführlich mit diesem Schwerpunkt: in der Auseinandersetzung mit dem Begriff des Ehrenamtes, in der Abwägung von Bedeutung und Funktion ehrenamtlicher Mitarbeitender als „Minitherapeuten – Lückenbüßer – oder was sonst?“, in der Betrachtung und Erläuterung konkreter

Tätigkeitsfelder wie der Clubarbeit und in der Reflektion, welche Form der Begleitung für Ehrenamtliche sinnvoll ist. Auch hier wird in historischer Rückblende mit einem Auszug aus einem Lehrbuch „Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken“ von 1927 an die Bedeutung ehrenamtlicher Mitarbeit in Hilfsvereinen erinnert: „Die Hilfsvereine sind die ältesten Einrichtungen, durch die die Irrenpflege versucht hat, in der Öffentlichkeit Boden zu fassen“. Diese Erinnerung soll heute dazu anregen, „darüber nachzudenken, wie im Umfeld unserer ambulanten Dienste, Übergangseinrichtungen, Heime und Kliniken ehrenamtliches Engagement und bürgerliche Mitverantwortung in dieser Weise belebt werden können“.


Ergänzt wird das außerdem durch einen Auszug aus den 1983 beschlossenen psychiatrischen Orientierungshilfen des VEEMB<sup>6</sup> zum Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiter, in denen große Wertschätzung und hohe Erwartungen zum Ausdruck kommen: „Ehrenamtliche Mitarbeiter nehmen Aufgaben wahr, die hauptamtliche Mitarbeiter nicht leisten können. Im ehrenamtlichen Mitarbeiter begegnet allen Beteiligten in der Einrichtung ein Teil der „normalen“ Umwelt, in der sie sich zurechtfinden müssen ....Er wirkt in seinem Umfeld als Multiplikator, der Verständnis für psychisch Kranke weckt und dazu beiträgt, Vorurteile und Ängste abzubauen. In seiner Beziehung zum psychisch Kranken kann der ehrenamtliche Mitarbeiter seine eigenen kranken Anteile entdecken. Das ‚Andersein‘ des Kranken wird dadurch relativiert.“

Schließlich wird auch die Bedeutung des kirchlichen Gemeindelebens reflektiert<sup>7</sup>. In einem Beitrag zur „Therapeutischen Gemeinde“ reflektiert ein Pfarrer ausgehend von der Frage „Macht Kirche erst richtig krank?“ die Möglichkeiten der Gestaltung eines heilend wirkenden Gemeindelebens. In einem weiteren Beitrag „Gesundheitszentrum Gemeinde?“ vertieft ein anderer Pfarrer die Frage, was Integration in das Gemeindeleben bedeuten könnte und sieht dabei, sich auf Franco Basaglia beziehend, die ehrenamtliche Hilfe lediglich als ersten Schritt – eigentlich geht es ihm um „die Bildung von Gemeinschaften, von Gruppen, in denen auch Behinderte einen Platz haben.... Der an die christliche Gemeinde gerichtete ‚Auftrag zum Heilen‘ ....ist eine Herausforderung für uns alle, endlich wieder menschlich mit unseren Mitmenschen umzugehen, uns innerlich zu öffnen und Not, Leid, Schmerz, Liebe, Sinn, Hoffnung als lebensnotwendig zu akzeptieren.“

ren. Alte, Kranke, Hoffnungslose, Behinderte, Gescheiterte und andere nicht leistungsfähige Menschen brauchen dann nicht ausgestoßen und/oder interniert werden“.

Insgesamt spiegelt dieser erste Jahrgang anschaulich die damaligen Suchbewegungen innerhalb der Diakonie

- auf dem Weg von der Anstaltsdiakonie zu neuen gemeindediakonischen Angebotsformen,
- auf dem Weg von der Ausgrenzung zur sozialen Integration und sozialrechtlichen Gleichstellung,
- auf der Suche nach heilenden Formen der Angebotsgestaltung und nach einem neuen Verständnis von Gemeinschaft und Gemeinde,
- auf der Suche nach einem neuen (Selbst-) Verständnis der Akteure: der Betroffenen, der Professionellen, der Angehörigen, der Ehrenamtlichen.

Die Hefte spiegeln diese Suchbewegungen auch atmosphärisch: ein großer Teil der Texte ist sehr erfahrungsbezogen und in diesem Sinne berührend lebendig. 

### Anmerkungen

<sup>2</sup> Die Weiterentwicklung der Übergangseinrichtungen war damals auch innerverbandlich ein Schwerpunkt im Bereich der Psychiatrie. Der VEEMB hat in diesem Zusammenhang eine umfangreiche Arbeitshilfe in Buchform herausgegeben: Materialien zur Übergangseinrichtung für Menschen mit psychischer Erkrankung. Stuttgart 1983. Danach gab es 1983 insgesamt 73 Übergangseinrichtungen bundesweit, ganz überwiegend in Trägerschaft von Organisationen der freien Wohlfahrtspflege (28 davon in diakonischer Trägerschaft), einzelne auch in Trägerschaft eines Landeskrankenhauses.

<sup>3</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 17. November 1986

<sup>4</sup> Christian Reumschüssel-Wienert, Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Chronik der Sozialpsychiatrie und ihres Verbandes – der DGSP. Bielefeld 2021, S. 113 ff

<sup>5</sup> Reumschüssel-Wienert, a.a.O. S.120

<sup>6</sup> Orientierungshilfen für die Arbeit in der Diakonie: Einrichtungen und Dienste für Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung. Verband evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte e.V., Stuttgart 1983. Dieses Papier wurde vom erweiterten Vorstand des VEEMB als „Orientierungshilfe“ beschlossen, nachdem es bei der vorangegangenen Mitgliederversammlung nicht gelungen war, in allen Punkten Übereinstimmung zu erzielen und die Vorlage als Empfehlung des Verbandes zu verabschieden, wie es eigentlich beabsichtigt war.

<sup>7</sup> Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang auch an die parallel zum ersten Jahrgang der Kerbe vorbereitete und im Frühjahr 1984 erschienene Broschüre „danken und dienen '84 – Arbeitshilfen für Verkündigung, Gemeindearbeit und Unterricht“ zum Thema „Die Familie und ihre psychisch kranken Angehörigen“: ein eindrucksvolles Handbuch für die Gemeindearbeit, teilweise von denselben Autorinnen und Autoren, die auch in der Kerbe beigetragen haben.



## Liebe Leserin, lieber Leser

Der Wahn gehört zum Menschsein dazu wie das Denken. Und er gehört auch zur Psychiatrie wie etwa das Blut zur Chirurgie. Jeder weiß oder meint zu wissen, was unter Wahn zu verstehen ist. Wahn ist manchmal verstörend, manchmal faszinierend und schillernd – aber immer noch entzieht er sich einer allgemeingültigen Definition. Hunderte Theorien haben sich mit dem Wahn beschäftigt, auch damit, warum der eine wahnhaft wird und die andere nicht. Warum die eine von etwas überzeugt ist, was nicht sein kann (und auch dabei bleibt, obwohl die von den anderen geteilte Wirklichkeit dagegen spricht), während der andere seine Vorurteile ablegt. Wer sich mit dem Wahn auseinandersetzt, muss in vielen Fächern stöbern und wird am Ende doch nicht



wirklich schlau. Denn ohne Wahn geht es nicht. Die Evolutionsbiologie sagt uns: „*Only the paranoid survive.*“ Wann aber das gesunde Zweifeln und Misstrauen in ungesundes wechselt, wann eine Hypothese zum Verschwörungsgedanken oder gar zur Verschwörungstheorie wird, kann nicht einfach mit dem Begriff der „Unkorrigierbarkeit“ der Überzeugungen erklärt werden. Viele Menschen haben unkorrigierbare Meinungen und Bewertungen, ohne dass ihr Alltag beeinträchtigt ist. Diese Ausgabe der Kerbe, die gleichzeitig eine Jubiläumsausgabe ist, macht sich auf den Weg, einen breiten und – so hoffen wir – wenig vorurteilsbeladenen Blick auf den Wahn zu werfen. So nähern sich ganz unterschiedliche Autor\*innen dem Phänomen. Lille Mahler, Anna Oster und Sandra Kieser stellen den therapeutischen Zugang zur wahnhaften Person und das Verständnis der Funktionalität des Wahns in den Vordergrund und beschreiben die faszinierende Beziehungsdimension im Umgang mit Wahn, die im Rahmen des sogenannten Weddinger Modells in Berlin praktiziert wird. Andrea Zwicknagl hinterfragt das Krankheitswertige des Wahns und schenkt uns einen persönlichen Zugang, der auch die Angst vertreiben kann. Ekkehard Koch erinnert uns in seinem Artikel mit Falldarstellungen türkischstämmiger Menschen daran, wie stark die Motive wahnhaften Erlebens mit kulturellen Traditionen und gesellschaftlichen Zusammenhängen verbunden sind. Samya Korff und Tania Lincoln nehmen uns in ihrem Artikel über die Beziehungsgestaltung bei Wahn die Bedenken, mit den Betroffenen über den Wahn zu sprechen. Die Erfahrungen der kognitiven Verhaltenstherapie zeigen, dass dem Wahn keine grundsätzlich anderen psychologischen Mechanismen zugrunde liegen wie anderen psychischen Phänomenen. Dies sind gute Nachrichten, denn hier setzen therapeutische Interventionen wie auch das von Rabea Fischer, Jakob Scheunemann und Steffen Moritz beschriebene Metakognitive Training an. Achim Dochat beschreibt, wie das Ringen um Selbstverstehen, das Überwinden der wahnhaften Welterklärung und die Akzeptanz von Eigensinn gelingen können in der wahn-sensiblen Arbeit mit Klientinnen und Klienten. Thomas Bock und Michael Butter gehen in ihrem Gespräch der Frage nach, was Verschwörungstheorien mit Wahn zu tun haben und klären uns auf, was sie

unterscheidet und wie wir gesellschaftlich aber auch persönlich diesen Phänomenen begegnen können.

Unser Heft bietet auch einen künstlerischen und literarischen Zugang zum Wahn. Wolfram Voigtländer gibt uns einen Überblick über Darstellungsformen des Wahns in der Kunst: Wahnsinnsbilder in ihren vielfältigen Gestalten und Gesichtern ebenso wie Texte als Ausdruck der Kunst der Außenseiter\*innen. Was Hölderlin als „Fremder in seiner Heimat“ der Recovery-Bewegung sagen kann, geht weit über das Begriffspaar Genie und Wahnsinn hinaus. War Hölderlin einer der ersten Psychiatrie-Überlebenden? fragt Uwe Gonther in seinem Beitrag. Das Verhältnis von Religion und Wahn beschreibt Ronald Mundhenk als Gratwanderung und wirbt um eine differenzierte Betrachtung und Deutung des außergewöhnlichen Erlebens in religiöser Nähe. Wahn wird oft mit Gefährlichkeit assoziiert, aber stimmt das denn? Friedhelm Schmidt-Quernheim informiert uns über den Zusammenhang zwischen Schizophrenie und schwerer Gewaltdelinquenz und diskutiert den Umgang der Allgemeinpsychiatrie mit Risikopatienten. Klaus Gauger erzählt in seinem Artikel eindrucksvoll von seinem eigenem Wahnerleben. Offen berichtet er, wie es sich anfühlt, was er erlebt, was ihm geholfen und geschadet hat. Und Judith Linder, Irmela Boden und Lysann Steinbacher lassen die Leserschaft daran teilhaben, wie es ist, mit einem Elternteil mit Wahnerleben zusammen zu leben.

Das Wahnerleben unseres Gegenübers kann uns faszinieren, erschrecken, verstören oder ängstigen. Michael Schödlbauer geht diesen unterschiedlichen Wirkungen nach und appelliert, diese Resonanzen wahrzunehmen und in der therapeutischen Arbeit einzusetzen. In ihrem Artikel geht Jenny Ziegenhagen auf die unterschiedlichen Erwartungshaltungen von Peers in der Akutpsychiatrie ein. Es ist wahrlich ein Spagat der von ihnen gefordert wird. Mit welcher Unterstützung es gelingen kann, dass Peers hilfreich arbeiten können, wird aktuell beforscht. Ergebnisse dürfen wir im kommenden Jahr erwarten.

Wir wünschen eine inspirierende Lektüre und freuen uns auf Rückmeldungen.

Irmgard Plöb  
Stefan Weinmann  
Sabine Wetzel-Kluge

# Therapeutische Beziehungsgestaltung bei Menschen in akuten wahnhaften Krisen

Von Lieselotte Mahler, Anna Oster und Sandra Kieser

**W**ahn ist eines der häufigsten Symptome im Rahmen von Psychosen und gleichzeitig eines der herausforderndsten in der Therapie. Insbesondere im akutpsychiatrischen Setting gibt es einen großen Anteil an Menschen in psychotischen Krisen, die aufgrund eines Wahnerlebens die Akutpsychiatrie 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 Akutpsychiatrie, häufig vor. Gleichzeitig gibt es bei vielen Fachpersonen unabhängig von deren Berufsgruppe Berührungspunkte 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 Gespräch 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 Graffiti 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):** Sinn- 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.; Bempohl, 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-Jádi, 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.

# Wahn macht Sinn – und andere Geschichten

Von Andrea Zwicknagl

## Ben

Ben sitzt am Dunkelwassersee und baumelt mit den Füßen. „Du kannst immer kommen und eine Weile bei mir sitzen“, sagt sie. Ben ist nicht von dieser Welt. Der See auch nicht. Beides gehört einer anderen Realität an. Meiner. Eines Tages, als die Hoffnung auf eine andere Welt, auf eine andere Art, wie wir Menschen in Krisen begleiten können, von Neuem zu schwer und zu aussichtslos wurde, tauchte Ben auf. Im ganz Hinabtauchen ins schwarze Loch, das mich zu verschlingen drohte, begegnete ich auf dem Grund dem achtjährigen Mädchen, das da mit den wilden Gesellen im Dunkelwasser haust. Sie sass still, allein und mit sich im Frieden auf dem Steg über dem glatten See. Eine spielerische Ernsthaftigkeit umfing das Bild. Ben ist einfach. Sie fragt nicht nach Veränderungen und Zielen. Sie hat keine Mission. Sie ist.

## Schlüsselerlebnis Kindheitserinnerung

Als kleines Kind habe ich unter der Schaukel im Garten meines Grossvaters angefangen zu graben. Ich wollte sehen, ob ich die Hölle finden kann. Der festgetrampelte Boden unter der Schaukel war vielleicht nicht der beste Ort, um wirklich vorwärts zu kommen mit dem Graben, aber es war klar, dass es dort sein musste. Es war nicht mal eine Frage, es woanders zu versuchen. Eine Hingabe an den Ort, der vielleicht zur späteren Geschichte, in der ich mich auf die Stabilitas Loci des benediktinischen Lebens verpflichten wollte, irgendwie passt. In der Prozessarbeitsbegleitung haben wir diese Erinnerung ans Graben wieder ausgegraben. Kindheitsträume oder -erinnerungen sind ein wichtiges Leitelement in der von Carl Jung inspirierten Prozessarbeit. Das war gut zu wissen, als Ben auftauchte. Sie war nicht einfach irgendein Anderweltbild, sondern etwas Wesentliches. Ein Grundmythos! Verknüpft mit meiner Erinnerung an das kindliche Graben in die Tiefe ergab ihr Dasein Sinn. Da war jemand angekommen und hatte gefunden, wonach gegraben wurde. Auch wenn es dort am

See sehr viel friedlicher und ganz anders war als die tumultig bedrohlich vorgestellte Hölle. Auch als das schwarze Loch der Trostlosigkeit über eine verirrte Psychiatrie den Abgrund aufriss, war ich überrascht, wohin man kam, wenn man ging.

## „Sei sanft!“

Was wir Wahn nennen, lebt im Dunkelwasser. Wilde Gestalten, die manchmal aufbrechen und von der anderen Seite zu uns herüber kommen. Ich sehe sie sitzen bei Ben am Steg, bevor sie sich auf ihren Weg machen. Zerzaust und ungezähmt. Ben streicht ihnen sanft über den Rücken und ihre Stimme ist so milde wie ihre Hand. „Be gentle“, sagt sie. Abschiedsschwanger liegt Trauer und Ängstlichkeit über den Aufbrechenden, als wüssten sie, dass es nicht einfach werden wird in den fremden Welten der Menschen. Wie auch? Sanftmut haben diese Gestalten nicht gelernt. Und auch nicht unsere Umgangsformen. Aber hätten unsere Umgangsformen weitergeholfen und getragen, sie müssten gar nicht aufbrechen. Ich glaube, es braucht manchmal solch wilde Gesellen. Weil zu viel Unsagbares geschehen ist, weil zu viel Schweres, viel zu Grosses in welcher Weise auch immer – in unserer scheinbar so gesitteten Welt. Darum brechen die Dunkelwasser auf und entlassen welche der ihnen. Sie sind ungestüm und oft scheinbar böse. Aber sie haben es auch nicht anders gelernt, da wo sie zuhause sind. Sie kommen aus einer anderen Welt. Mit aller Macht. Hier verstehen wir sie darum nur schwer. Sie ahnen das, wenn sie zum Abschied bei Ben sitzen, dass sie verleumdet, von berufenen Fachleuten beurteilt, als krank kategorisiert und bekämpft werden, mit psychotropen Substanzen unterdrückt und durch öffentliche Schauergeschichten verrufen. Ja, ihre Umgangsformen wirken auf uns rüde, aber ihre Absicht ist nicht böse. Sie wollen und müssen endlich Gehör verschaffen – gar nicht zuvorderst bei denen, die sie wahrnehmen, sondern in der Welt, in der diese leben müssen. Warum fällt es uns so schwer, die Stimmen zu achten und leichter, sie als sinnlos und gestört abzuschreiben?



Andrea Zwicknagl

Peer (Experienced Involvement Schweiz) in der Krisenbegleitung nach Open Dialogue der Psychiatrie Interlaken, Mitbegründerin des Dialogs zum Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika in Bern, Mitarbeit im Vorstand der SGSP und im Fachausschuss Psychopharmaka der DGSP.

## Grundwasser des Daseins

Wir nennen es Wahn. Ich habe Ben nicht gefragt, aber ich glaube sie hat keinen Namen dafür. Es ist einfach ihre Wirklichkeit. Vielleicht hat jeder Mensch auf seine Weise seine eigenen „Wahngestalten“ auf Bens Seite am See, die mitwachsen mit der Lebensgeschichte – wie Grundwasser, in das sich unser aller Dasein einwurzelt. Manchen Leuten bleibt diese Welt für immer verborgen, ausser vielleicht in nächtlichen Träumen, denen sie nicht viel Beachtung schenken. Bei anderen reißt der trennende Vorhang. Geteilte Alltagswirklichkeit und ungeteilte Wirklichkeit wandern hinüber und herüber. Übergroß in Bildern und Gefühlen. Ich mochte Dorothea Bucks Beschreibung, Psychose sei wie „Traumerleben im Wachzustand“ schon immer. Vielleicht wird es so verständlicher. Für mich ist Stimmen hören, Dinge wahrnehmen, die andere nicht wahrnehmen – Wahnsinn! – nicht krank an sich. Zur Krankheit wird es, wenn man den Sinn herausnimmt. Das heißt mitnichten, dass jemand, der diese Stimmen hört, nicht sagen dürfte, sie sind bösartig und eine schlimme Belastung. Ich möchte vor allem eins, dass sie verschwinden. Das heisst auch nicht, dass man nicht versuchen dürfte, ob sie mit Medikamenten oder anderen Therapien genau das tun: Einfach verschwinden! Aber den ernannten Fachleuten, ja, ihnen spreche ich die einseitig definitivische Macht ab! Sie haben kein Recht, unsere Erfahrungen der Anderwelt als sinnlos und gestört zu bestimmen. Psychische Krankheit ist ein Deutungsrahmen, den wir wählen können. Bei weitem nicht der einzig mögliche. Es ist ein Konstrukt. Und



sogar konstruktiv kann unsere eigene wissenschaftliche Forschung nicht wirklich überzeugend beweisen, dass das die einzig wahre Wahrheit ist.

## Ein Gespräch hinter verschlossenen Türen

Durch das Netzwerk Stimmenhören in England bin ich auf Jasper Gibsons neues Buch „The Octopus Man“ gestossen. Es handelt von Tom und Malamock, dem Octopus Gott in seinem Kopf. Jasper hat eine Gabe, seine Leser\*innen zu hellem Lachen zu bringen, das einem im nächsten Moment im Halse stecken bleibt. Insbesondere in der Hörbuchversion wächst man hautnah hinein in Toms Geschichte. Nach einer schwierigen Begegnung mit einem alten Freund landet er auf der geschlossenen Station in der psychiatrischen Klinik. Im Laufe der Zeit dort wird er zur Stationsärztin Dr. Fredericks zitiert. Von einem Pfleger begleitet wird er durch zwei geschlossene Türen hinaus ins Büro der Psychiaterin gebracht. Sie hat in irgendeiner psychiatrischen Weiterbildung gelernt, dass man Menschen nach ihren Stimmen fragen soll. „Ich würde gern hier beginnen, wenn das möglich ist. Nur damit ich verstehe, was vor sich geht“, erklärt sie Tom, rollt den Stuhl zu ihrem Computer und beginnt zu tippen. Wie viele Stimmen, weiblich oder männlich, welches Aussehen, warum spricht die Stimme mit Ihnen? Es klingt fast wie in einem richtigen Stimmeninterview. Ist es aber nicht. Tom versucht redlich auf ihre Fragen einzugehen und seine Beziehung zu Malamock in Worte zu fassen. Aber es verlässt einen das Gefühl nicht, dass da zwei aneinander vorbeireden. Fredericks interessiert sich nicht ernsthaft für die beiden und was sie verbindet. Sie arbeitet einen Symptomkatalog im Computer ab. Sie will gar nicht verstehen, sondern zuordnen und abschätzen - vielleicht, wie lang man die beiden hinter verschlossenen Türen halten kann. Tom's Erklärungen sind präzise und brillant zu hören. Aber auch er merkt mehr und mehr, dass es nicht wirklich Sinn hat, weil da zwei Weltsysteme aufeinander stoßen: „Schauen Sie, Frau Doktor, sehen Sie es doch mal so: Wahrscheinlich gibt es um die Ecke eine Kirche und jeder dort glaubt, dass Gott zu ihnen spricht, aber sie werden nicht gezwungen, Pillen zu essen und dick zu werden.“ Weil sie nicht an einer langwierigen Krankheit leiden. Sie haben keine Schizophrenie, Tom. Fredericks legt beide Handflächen

flach auf den Schreibtisch und beugt sich vor. „Das tun Sie. Ich denke, Sie müssen das akzeptieren.“ Sie macht einen kleinen Bongo-Rhythmus. Da-dada-dum. Tom legt seine Hände auf den Schreibtisch und spiegelt ihre Haltung. „Ich werde akzeptieren, dass ich schizophran bin, wenn Sie akzeptieren, dass Schizophrenie keine reale Sache ist, sondern eine Idee.“ Da-dada-dum. „Dann werde ich gerne akzeptieren, dass Leute wie Sie eine Vorstellung von meiner Realität haben und diese Vorstellung Schizophrenie nennen. Denn Sie können meinen direkten Kontakt zu Gott nicht akzeptieren, auch wenn Sie wahrscheinlich den Priester in der Kirche um die Ecke akzeptieren können, der keinen direkten Kontakt hat - er hat nur ein Buch. Warum ist er nicht hier drin?“ „Er ist nicht hier, Tom - oh Tom - er ist nicht hier, weil er nicht vor der U-Bahn-Station von Uxbridge einen floriden psychotischen Ausbruch hatte. Er ist nicht hier, weil er ein einigermaßen ausgeglichenes, ziemlich glückliches, allgemein funktionierendes Mitglied der Gesellschaft ist. Seine Überzeugungen haben weder ihm noch anderen Schaden zugefügt.“

## Der Wahn vom Wahn

Bang. Das entscheidende Stichwort: Selbst- und Fremdgefährdung. Spätestens deswegen ist es Krankheit zu nennen und die Türen verschlossen zu halten. Wer wagt zu widersprechen?! - Doch betrachtet man es einmal von der anderen Seite und setzt sich den vielen Zwischentönen der Sequenz in der Authentizität des Vorgelesenen aus, bemerkt die anklingenden Momente in der eigenen Geschichte, bedenkt deren Folgen - für sich und andere -, drängt sich stetig eine andere Frage auf. Wieviel Schaden verursacht die subtile offensichtliche Ignoranz von Dr. Fredericks? Wieviel schadet sie Tom? Wieviel schadet sie Dr. Fredericks selbst? Wieviel Störung, wieviel Gefahr steckt im Wahn vom Wahn? Leben verhindert. Familien zerstört. Gelegenheiten versäumt. Verständigung verspielt. Vielleicht durch den Wahn. Vielleicht aber auch durch die Idee, dass es ein Wahn ist und nichts sonst. Mir hat es geschadet. Die erste sogenannte „psychotische Episode“ war einfach. Zwei wesentliche Erzählstränge, das Ankommen im Kloster und eine alte Familiengeschichte. Hätte man dialogisch offen versucht, einen Sinn zu finden, verschiedene Deutungsmöglichkeiten gemeinsam erforscht, zugehört, nachgefragt, wäre vielleicht manches anders gekommen...

## Eine Begegnung an sich

Jaspers Roman ist entstanden aus der eigenen Familiengeschichte. Sein Cousin Ed lebte mit der Diagnose Schizophrenie. Das gängige Narrativ: vielversprechend smarter junger Mann, schwere Erkrankung, schlimme Geschichte. Als Ed im Alter von 40 Jahren überraschend stirbt, ist es an Jasper, seine Wohnung zu räumen. Dabei stößt er auf einen mannhohen Stapel Papier. U-Bahn-Tickets mit einzelnen Wörtern versehen, Papierschnipsel mit Satzketten, ein Tagebuch mit Eds wildem Versuch, sich aus der eigenen Wahnwelt herauszuschreiben. Jasper ist Schriftsteller und tritt als Stand-up-Comedian auf. Er liest und ordnet Eds Sachen mit Staunen: Das ist eine Geschichte!

Indem Jasper die Geschichte seines Cousins fiktionalisiert, enthebt er sie der persönlichen Betroffenheit. Er lässt eine Figur entstehen von allgemeiner Gültigkeit. Und ermöglicht uns etwas eigenes: eine Begegnung an sich. Aus der Geschichte einer Schizophrenie wird die Geschichte von Tom, Malamock, Tess, Dan, Missy,... Und es passiert etwas von dem, was der Jesuit und Theologe Romano Guardini über Dostojewskij schreibt, dessen 100sten Todestag wir gerade erinnern: „Es ist als öffne sich unter diesem Dichter der Schoß der Wirklichkeit und entlasse Gestalt um Gestalt. Vielleicht das Rätselhafteste aber ist seine Fähigkeit, nicht-menschliche Existenz, unter-, oder außer- oder übermenschliche, in menschlichem Dasein deutlich werden zu lassen.“ Könnten wir so, ähnlicher den Literaten, die Wahnsinnigen begreifen, es wäre ein Schatz gewonnen, den zu heben wir ihnen schuldig sind. Wir sind es uns schuldig. Etwas Wesentliches liegt darin verborgen. Geschichten, die uns helfen, das Leben zu begreifen, selbst, wenn wir sie nicht bis ins Letzte verstehen können.

## Licht im Dunkel

Im Heft 1/2020 der Kerbe wurde die Stimmenhörbewegung als „kleine Revolution“ in der psychiatrischen Fachdiskussion vorgestellt. In der persönlichen Erfahrung als Stimmenhörende ist es definitiv so. Durch den Lockdown konnte ich virtuell die Stimmenhörgruppen des Netzwerks Pacific RIM besuchen. Ich bin tollen Menschen begegnet und habe viel gelernt: Die Freiheit, meine Erfahrung zu deuten wie auch immer ich es möchte. Die Freiheit, mehrere Deutungen gleichzeitig zu haben. Die Freiheit, das Konzept „psychisch krank“ zu behalten oder zu verwerfen. Die



Freiheit, zu entscheiden, ob und wann ich in meinen Erfahrungen einen Sinn suchen möchte oder nicht. Die Freiheit, zu allem und jederzeit meine Meinung wieder ändern zu können.

Das Netzwerk versteht sich nicht als Selbsthilfegruppe und ist auch keine. Es ist ein Ort der Begegnung, das Geschenk eines Miteinanders im Geteilten und Unterteilten. Ein unpathologischer Raum voll Neugier und Offenheit.

Ben tanzt über dem See zu Chopins Variationen in meinen Kopfhörern. Das Dunkelwasser trägt. Sie kann nicht herüber zu uns. Wenn ich ihr begegne, dann ist es dort. Und mit Glück schenkt sie mir eine Geschichte, die ich mitnehmen kann, so wie jetzt, um etwas zu erzählen. Was würde sie uns sagen, wäre sie hier, über ihre Wahngesellen? „Have Mercy!“ Seid milde. Lernt ihre Sprache und lehrt sie Eure. So wird es gehen! Damit sei zum Schluss denen, die mir so weit folgen wollten, noch eine zweite Empfehlung für einen neuen Zugang zum Wahn ans Herz gelegt. Christian Morgenstern hat ihn als „groteske Ballade“ aufgeschrieben: *Drei Hasen tanzen im Mondschein // im Wiesenwinkel am See: // Der eine ist ein Löwe, // der andre eine Möwe, // der dritte ist ein Reh. // Wer fragt, der ist gerichtet, // hier wird nicht kommentiert, // hier wird an sich gedichtet; // doch fühlst du dich verpflichtet, // erhebe sie ins Geviert, // und füge dazu den Purzel // von einem Purzelbaum, // und zieh aus dem // Ganzen die Wurzel // und träum den Extrakt als Traum. // Dann wirst du die Hasen sehen // im Wiesenwinkel am See, // wie sie auf silbernen Zehen // im Mondschein sich wunderbar drehen // als Löwe, Möwe und Reh.*

„Haben Sie keine Angst vor Ihrem eigenen Wahnsinn“, hat ein psychotisch Begabter einem befreundeten Arzt auf einen Zettel geschrieben. Ja. So. Haben Sie keine Angst! ●

#### Literatur

**Arnold Mindell (2005):** Der Leib und die Träume, Prozessorientierte Psychologie in der Praxis, Junfermannsche Verlagsbuchhandlung; 7., Aufl.

**Dorothea Buck (1994):** Die Psychose – eine therapeutisch noch ungenutzte Bildersprache der Seele. Plädoyer einer Betroffenen, Hamburger Ärzteblatt, Heft 5,

**Jasper Gibson (2021):** The octopus man, Weidenfeld & Nicolson, 105–124

**Romano Guardini (1947):** Religiöse Gestalten in Dostojewskijs Werk, Verlag Jakob Hegner, 3. Auflage, 242

**Joachim Schnackenberg, Senait Debesay, Christian Feldmann (2020):** Stimmenhören verstehen als Schlüssel zum Recovery in der erfahrungsfo-kussierten Beratung, Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie, 1/2020

# Wahn und Entwurzelung

## Fallbeispiele aus der Klinik

Von Eckhardt Koch

### Vorbemerkung

In den letzten Jahren ist interkulturelle Öffnung zunehmend auch Thema der psychiatrischen Versorgung geworden. Menschen mit Zuwanderungsgeschichte gehören mittlerweile ihrem Anteil von 25 Prozent an der Gesamtbevölkerung entsprechend zum klinischen Alltag. Allerdings fehlen klare und verbindliche Konzepte bspw. für den Einsatz von Dolmetschern.

Professionelle Basis der Arbeit mit Zuwanderern ist eine ausreichende sprachliche Verständigung. Zwar haben die Probleme mit der sprachlichen Verständigung im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte offenbar abgenommen. Im Rahmen der Globalisierung leben jedoch mehr als 180 Nationalitäten in Deutschland und vor allem Asylsuchende benötigen eine professionelle Sprachvermittlung (Koch et al., 2014). Es geht aber nicht nur um Sprachvermittlung, sondern auch um das Verständnis kultureller Inhalte von Krankheitsbildern. Gerade bei der Diagnose und der Therapie wahnhafter Störungen ist kultursensibles Verständnis von besonderer Bedeutung.

### Einleitung

In diesem Beitrag sollen Fallgeschichten vorgestellt werden, bei denen zu Beginn der Behandlung wahnhaftige Symptome im Vordergrund standen. Es handelt sich um Patienten, die auf einer Station für interkulturelle Psychiatrie in Marburg behandelt wurden. Auf dieser Station ist der regelmäßige Einsatz von Dolmetschern Teil des Konzeptes. Es wird in den Kasuistiken versucht, einen Bezug zwischen den Wahnhaltungen und der Lebenssituation der Patienten herzustellen.

Doch zunächst soll der Begriff des Wahns erläutert werden. Peters (1990) führt u.a. aus, beim Wahn handele es sich um eine „objektiv falsche, aus kranker Ursache entstehende Überzeugung, die ohne entsprechende Anregung von außen entsteht und trotz vernünftiger Gegengründe aufrechter-



Eckhardt Koch

Prof. Dr. , Arzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, war Vorsitzender der Dt.-Türk. Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie u. psychosoziale Gesundheit (DTGPP e.V.) und leitete eine Behandlungsstation für Interkulturelle Psychiatrie an der Vitos Klinik Marburg. Aktuell ist er Migrationsbeauftragter des Vitos Konzerns.

halten wird. Eine allgemein akzeptierte Definition gibt es nicht“ (a.a.O., 572). Die wahnhaftige Überzeugung werde mit einer subjektiven Gewissheit erlebt, welche die Gewissheit normaler Überzeugungen übertreffe und sei unbeeinflussbar durch Erfahrung. Auf dem Höhepunkt der Erkrankung sei sie absolut unkorrigierbar. Später jedoch könne eine Distanzierung eintreten und der Wahn könne korrigiert werden. Im Unterschied zu Aberglauben werde der Inhalt des Wahns innerhalb der soziokulturellen Gruppe des Betroffenen nicht geteilt.

Berner (1983) benannte als deskriptive Kategorien zur Klassifizierung einzelner Wahnformen „Thema“, „Struktur“, „Aufbauelemente“ des Wahns und eventuell begleitende „psychiatrische Allgemeinsymptomatik“. Neben anthropologischen (s. a. Blankenburg 1972) und tiefenpsychologischen Beiträgen zur Psychologie des Wahns führt Berner (a.a.O. 526ff) auch soziologische Forschungsansätze an. Änderungen in den Sozialbezügen wie auch die Schwierigkeit, mit einer neuen Umgebung in Kontakt zu treten, wird eine Bedeutung für die Wahngenesis zugeschrieben. Aber auch Statusverlust oder Überforderung durch Aufrücken in eine gehobenere Schicht kann Wahnentstehung begünstigen. Veränderungen des sozialen Status für sich allein könnten Interaktionen mit der Umgebung provozieren, die den Betroffenen schließlich in die Wahngewissheit hineintrieben. Dabei spielten nicht nur Versetzungen in eine andere Umgebung mit neuen

Wertmaßstäben (Entwurzelung) eine Rolle, sondern alle Ereignisse, die einen tatsächlichen oder drohenden Statusverlust beinhalteten. Dieser Statusverlust könne sowohl dramatisch sein als auch aus einer Kumulation einzelner Enttäuschungen langsam entstehen. Pfeiffer (1994, 34ff) weist darauf hin, dass für die Wahnhalte die persönliche und kulturelle Wertordnung von wesentlicher Bedeutung sei, die Wahnthemen die besonderen Leitbilder und Ängste der Kultur spiegelten. Im Größenwahn würden öfters kompensatorische Züge deutlich, womit der Wahn eine Zuflucht aus unerträglicher Lage bieten könne. Anhand seiner Untersuchungen auf Java/Indonesien beschreibt Pfeiffer verschiedene Wahnthematiken wie u.a. politische, religiöse, magische, erotische, Eifersuchts- und Verfolgungswahn. Die magischen Erlebnisse ließen sich von religiöser Thematik nicht eindeutig abgrenzen, seien auf Java weitgehend Ausdruck einer naiven Religiosität, welche in die vorislamische Zeit zurückreiche, vom Islam aber aufgenommen und überformt sei. Auch in der gehobenen städtischen Bevölkerung finde sie sich kaum seltener als in den unteren Schichten, und die Schulbildung scheine wenig Einfluß zu haben. „Bemerkenswert ist, wie rasch Personen, die sonst eine betont rationalistische Lebenshaltung angenommen haben, unter dem Eindruck der Psychose auf magische Vorstellungen zurückgreifen“ (a.a.O. 37). Eine imponierende Kasuistik zur magischen Thematik findet sich bei Zimmermann (2015). Zum Thema wahnhafter Depressionen wurden Fallbeispiele aus der Türkei von Kora, Özek und Baral (1998) veröffentlicht. Die gedanklichen Motive des Wahns würden mit den Normen und Paradigmen, mit der kulturellen Tradition, mit lebensgeschichtlich prägenden gesellschaftlichen Einflüssen sowie aktuellen Ereignissen im sozialen Umfeld zusammenhängen. Die Autoren führen weiter aus, daß Wahnhalte von in der geschichtlichen Tradition der eigenen Kultur begründeten magischen Vorstellungen geformt werden können. Das vielschichtige Völkerkonglomerat der heutigen Türkei erscheine für Abweichungen vom rationalen Denken besonders prädestiniert. Es wird die Vermutung geäußert, Depressionen mit primärer Wahnsymptomatik seien in der Türkei häufiger anzutreffen als in westlichen Ländern.

Im klinischen Alltag wird wahnhaftes Symptomatik sehr schnell mit der Diagnose einer Schizophrenie in Verbindung gebracht. Nach Bleuler (1911, Nachdruck 1988) werden Wahnideen als akzessorische Symptome, die allein die Diagnose einer Schizophrenie nicht rechtfertigen, gesehen. Bleuler führt u.a. aus, in den Wahnideen könne „alles was man wünscht und befürchtet, seinen Ausdruck finden“ (a.a.O., 96). Es würde im Rahmen dieser Arbeit zu weit führen, auf theoretische Hintergründe ausführlicher einzugehen. Für interessierte Leser sei auf die entsprechende psychiatrische Fachliteratur verwiesen.

### Erste Falldarstellung

Herr A. stammt aus einem kleinen Dorf in Südostanatolien und ist der Dritte von insgesamt zehn Geschwistern. Die Familie war arm, er musste nach der fünfjährigen Schulzeit als Schafhirte zum Familieneinkommen beitragen und war zwischenzeitlich, ca. 16jährig, mit dem Vater als Fremdarbeiter im Libanon tätig. Im Rahmen von Auseinandersetzungen mit der PKK in seinem Dorf und realer Bedrohung kam es zur Zwangsmigration innerhalb der Türkei und später zur Ausreise nach Deutschland, wo er zwei Jahre vor der Behandlung bei uns einen Asylantrag gestellt hatte. Z.Zt. der Aufnahme lebten seine Ehefrau und die beiden Kinder noch in der Türkei, mittlerweile wurde die Familie in Deutschland zusammengeführt. Herr A. wurde uns von einer Nachbarklinik zur diagnostischen Abklärung geschickt, da es dort zu einer zunehmenden affektiven Gespanntheit gekommen war, die auf Schwierigkeiten der Sprachverständigung auf das Missverständnis zurückgeführt wurden, dass Herr A. die überweisende Klinik als Prüfungsinstanz im Rahmen seines Asylverfahrens angesehen hatte. In Dolmetschergesprächen war der Eindruck entstanden, Herr A. sei im Denken zerfahren. Inwieweit eine mögliche Aversion des Kurden gegenüber der türkischstämmigen Dolmetscherin die Psychopathologie evtl. beeinflusst haben könnte, wurde zwar diskutiert, konnte aber nicht geklärt werden. Bei der Aufnahme bei uns wirkte er im Denken auf politische Inhalte ein-

geengt, ein der Aufnahme vorausgegangener Suizidversuch durch einen Sprung von fünf Metern Höhe in die Lahn wurde mit Todesdrohungen durch die PKK erklärt. Die Sprache war sehr bildhaft und es wurde der Verdacht auf zerfahrenes Denken geäußert. Herr A. wirkte angespannt und zunehmend unruhig.

Er führte weiter aus, er habe mit seinem Selbstmordversuch auf den grausamen Krieg zwischen Türken und Kurden aufmerksam machen wollen und sei in seinem Asylbewerber-Wohnheim zwischen die Fronten verschiedener PKK-Anhänger und Türken geraten und von diesen unter Druck gesetzt worden und werde von politischem Terror verfolgt. Unvermittelt sprach er dann von Schlangen, bei denen man nicht wisse, ob diese giftig seien oder nicht. Zu seiner Krankheit befragt meint er wörtlich „die liegt in meinen Ohren“. Es ist zu erfahren, daß er flüsternde Stimmen höre, die ihn irritieren würden.

Im Verlauf der stationären Behandlung, die mehr als drei Monate dauerte, war Herr A. über einen längeren Zeitraum ängstlich gespannt, sprach ständig über politische Themen und verkannte zwischenzeitlich auch einen Mitpatienten als PKK-Terroristen und wurde handgreiflich. Es zeigte sich ein schwer zu beeinflussender Verfolgungswahn, von dem sich Herr A. nur langsam distanzieren konnte.

**Er führt aus, er habe mit seinem Selbstmordversuch auf den Krieg zwischen Türken und Kurden aufmerksam machen wollen und sei im Wohnheim zwischen die Fronten geraten.**

Seit der Entlassung wird Herr A. von uns ambulant betreut und konnte sich unter einer medikamentösen Dauerbehandlung über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren gut stabilisieren. Die Familienzusammenführung wirkte der Vereinsamung

entgegen und in Deutschland wurde vor kurzem ein drittes Kind geboren.

Das Beispiel von Herrn A. bestätigt die ursprüngliche Verdachtsdiagnose einer schizophrenen Störung und zeigt auf, wie nah sich der Wahnhalt an den realen Erlebnissen vor Ausbruch der Krankheit entwickelt hat. Mit hoher Wahrscheinlichkeit war Herr A. in der Türkei psychisch gesund. Die Ehefrau bestätigte das später. Inwiefern die Gewalterlebnisse den Ausbruch der Psychose begünstigten, muss offen bleiben, Zusammenhänge sind aber anzunehmen. Die Isolation in einem Asylbewerberheim in Deutschland, die Trennung



von der Familie, von Frau und Kindern, sind als gravierende Veränderung des sozialen Status anzusehen und Kompensationmechanismen bestanden offensichtlich nicht in ausreichendem Maße, um vor der psychotischen Desintegration zu schützen.

Auch in diesem Fall war für die Behandlung das Zusammensein mit türkischen und kurdischen Mitpatienten und muttersprachlichen Behandlern auf der Station hilfreich und förderlich. Missverständnisse und Schwierigkeiten wie in der überweisenden Klinik traten bei uns nicht mehr auf.

## Zweite Falldarstellung

Herr B., ein kleinwüchsiger kurdischer Asylbewerber, 33-Jahre alt, wird vom Gesundheitsamt ambulant in unserer Sprechstunde für türkische Patienten vorgestellt. Im Asylbewerberheim, wo er seit drei Jahren lebt, habe Herr B. Mitbewohner mit einem Messer tödlich angegriffen, nachdem er sich offensichtlich bedroht gefühlt hatte. Er ist als schrulliger Einzelgänger bekannt, wird von seiner Umgebung für ver-rückt gehalten. Bei der Erstuntersuchung im Beisein eines kurdischen Dolmetschers schien er unruhig, verwirrt und unangemessen heiter. Er äußerte dranghaft anmutend Größenideen, fast die gesamte Türkei sei auf seinen Namen im Grundbuch eingetragen und er verkehre nur mit hochgestellten Persönlichkeiten. Flüsternd und mit verschwörerischer Miene gab er zu verstehen, er werde verfolgt, weil andere Könige neidisch auf ihn seien. Als Kind sei er entführt und „ausgetauscht“ worden. Es wurde der Verdacht auf ein akut wahnhaftes Geschehen geäußert und eine stationäre Behandlung empfohlen, die allerdings nicht sofort eingeleitet werden konnte. Bei einer erneuten ambulanten Vorstellung zeigten sich vornehmlich religiöse Wahninhalte und erneut Größenideen. Er kommuniziere mit dem Propheten Ali und besitze den heiligen Schlüssel von Urfa. Im Vergleich zum Erstkontakt wirkte Herr B. zunehmend getrieben und es wurde nach Klärung von Fragen des Aufenthaltes und der Kostenübernahme dann die Krankenhausbehandlung eingeleitet.

Bei der Aufnahme berichtete Herr B.,

dass seine Verwandten im Gefängnis seien. Er habe das Gefängnis bauen lassen und sei der Einzige, der einen Schlüssel besitze. Unvermittelt fuhr er fort, seit einem Treffen mit Saddam Hussein würden seine Kräfte schwinden und seine Knochen würden zu Fleisch. Lächelnd erzählte er, der Teufel würde seine Augen ausreißen und Allah setze sie dann wieder ein. Früher sei er ein starker Mann gewesen, habe Steine in Feuer verwandelt. Doch er könne nichts mehr essen, da sein Essen vergiftet sei, sein Gehirn sei von fremden Politikern gewaschen worden.

Es bestand ein komplexes Wahnsystem mit Größen- und Beziehungsideen, Vergiftungsängsten und Körperhalluzinationen. Im Verlauf der mehr als achtwöchigen Behandlung waren zur Vorgeschichte keine sicheren Angaben zu erhalten. Aus einer armen Landarbeiterfamilie mit mehr als zehn Kindern stammend, hatte er keine Schule besuchen können. Er arbeitete schon früh bei einem Dorfbäcker und heiratete mit 16 oder 17 Jahren. Seine Frau und die fünf Kinder waren in der Türkei geblieben. Die Umstände der Einreise nach

Deutschland blieben unklar, ob er bereits in der Türkei psychisch auffällig war, steht nicht fest. In Deutschland hatte er außer sporadischen Kontakten mit einem kurdischen Sozialarbeiter keinerlei über den Heimaltag hinausgehende Beziehungen,

pflegte keine Freundschaften, lebte isoliert und zurückgezogen.

Auch auf der Station entwickelten sich keine engeren Kontakte zu Mitpatienten, Herr B. wurde schnell zum Außenseiter. Von seinen Wahnvorstellungen und den quälenden Körperhalluzinationen distanzierte er sich trotz medikamentöser Behandlung nur teilweise. Immerhin war er zunehmend in der Lage, seinen Alltag selbständiger zu gestalten. Auf sein massives Drängen wurde er mäßig gebessert in noch unklare Wohnverhältnisse entlassen. Wie wir später erfahren haben, wurde Herr B. kurz darauf wegen eines schon länger anhängigen Strafverfahrens, das uns nicht bekannt war, inhaftiert. Nach einer psychiatrischen Begutachtung durch das Gesundheitsamt sei er zwar wieder entlassen worden, jedoch ohne erneute ärztliche Untersuchung dann in die Türkei abgeschoben worden.

Auch im Falle des Herrn B. bestätigte sich die ursprüngliche Verdachtsdiagnose einer Schizophrenie. Er wirkte in besonderem Maße verloren in Deutschland, isoliert und vereinsamt. Die Überzeugung von Pfeiffer (1994, 34), gerade Größenideen zeigten kompensatorische Züge und böten Zuflucht aus unerträglicher Lage, sehen wir bei Herrn B. bestätigt. So schillernd und vielschichtig die Wahnvorstellungen ausgebaut waren und so begrenzt die Einflussmöglichkeiten bleiben, muss von einer bereits längeren Entwicklung ausgegangen werden. Welchen Einfluss Gewalterlebnisse in der Heimat, die Entwurzelung nach der Migration, die Isolation in Deutschland auf die Erkrankung hatten, kann nur gemutmaßt werden.

Bei Herrn A. und Herrn B. vermochten wir keine magische Beeinflussung, wie von Risso und Böker 1964 beschrieben, im Anfangsstadium der Wahnentwicklung zu entdecken. Vielmehr scheinen hier die Entwurzelung in Verbindung mit Zwangsmigration die Desintegration begünstigt oder auch ausgelöst zu haben.

## Dritte Falldarstellung

Notfallmäßig wurde eine junge Patientin von einem internistischen Kreis-krankenhaus zu uns überwiesen. Die Patientin sei gebracht worden, da der Gastgeber, ein Onkel des Verlobten der jungen Frau, sich nicht habe zu helfen wissen. Frau C. habe keinerlei Kontakt aufgenommen, sei vollkommen in sich gekehrt und auch ein zu Rate gezogener türkischer Arzt aus einer Nachbarklinik habe zu der ängstlich mutistischen Frau nicht in Kontakt treten können. Er hatte sie jedoch zum Ausschluss eines psychotischen Geschehens an uns verwiesen.

Zur Vorgeschichte ist von dem Verlobten zu erfahren, dass die 18jährige Frau C. vor zehn Tagen zur Hochzeit mit dem kurdischen Asylbewerber nach Vermittlung durch die Familien aus der Türkei nach Deutschland gekommen sei. Nach drei Tagen sei sie plötzlich aus der Wohnung des Verlobten im zweiten Stock aus dem Fenster gesprungen und sei danach auch kurzfristig in einer Psychiatrischen Klinik in der Region behandelt worden. Dort wurde das Geschehen als „akute Belastungsreaktion“ eingeschätzt. Sie habe sich weiterhin sehr seltsam verhalten,



ein Versuch, sie per Flugzeug in die Türkei zurückzubringen, sei gescheitert, da die Fluggesellschaft die Beförderung der sich auffällig verhaltenden und sich lautstark wehrenden Frau abgelehnt habe.

Frau C. wirkte ängstlich gespannt, als sie mit dem Krankenwagen gebracht wurde. Sie musste vom Pflegepersonal zu Bett gebracht werden, wandte sich ab, leistete mäßigen Widerstand. Bei der Aufnahmeuntersuchung lag sie mit geschlossenen Augen im Bett, schien die Umgebung nicht wahrzunehmen, reagierte nicht auf Ansprache und nur kurzfristig auf stärkere Reize, befand sich in einem soporösen Zustand. Am ersten Tag nahm sie weder Flüssigkeit noch Nahrung zu sich, schlief unruhig. Am nächsten Morgen ging sie ziellos in die Zimmer von türkischen Mitpatienten, lag dann wieder somnolent im Bett und reagierte nur kurzfristig auf Ansprache mit Blicken, sprach nicht. Essen und Trinken lehnte sie weiterhin ab. Erst nach Vorkosten durch eine türkischsprachige Krankenschwester nahm sie etwas Flüssigkeit zu sich. Nach Besuchen ihres Verlobten wirkte sie verstört und vermehrt ängstlich. Nach Drohungen der Familie des Verlobten, Frau C. gewaltsam aus dem Krankenhaus zu holen und in die Türkei zurückzubringen, musste sie zu ihrem und ihrer Behandler Schutz auf eine geschlossen geführte Station verlegt werden. Anfangs war sie weiterhin in Aufmerksamkeit und Konzentration deutlich eingeschränkt, wirkte ängstlich, hilflos und verschlossen. Vergiftungsängste wurden deutlich, Frau C. wirkte schreckhaft und schien sich verfolgt zu fühlen. Unter der Annahme einer akut psychotischen Störung wurde entsprechende Medikation eingeleitet. Frau C. lag weiterhin meist abgewandt im Bett, saß auch gelegentlich mit ratlosem, leerem Blick im Schneidersitz auf Bett oder Fußboden und weinte, äußerte, sich im Sinne einer Iteration ständig wiederholend, die Überzeugung, sie habe durch ihren Wunsch, nach Deutschland zu gehen, ihre Eltern getötet und sei nun ganz allein. Dann wieder wimmerte sie laut und rief nach ihren Eltern, wünschte sich in die Heimat zurück, wirkte dabei ganz in sich versunken und nicht ablenkbar. In den folgenden Tagen kam es bei hoher innerer Anspannung auch zu aggressiven Reaktionen. Frau C. verkannte die Behandler, ängstigte sich

wegen Schüssen, die sie hören würde, sah Blut in ihrem Zimmer und war der Überzeugung, das Personal habe ihr Blut „ausgesaugt“. In den folgenden Tagen besserte sich der Zustand von Frau C. langsam weiter, sie wurde wacher, nahm auch von sich aus Kontakt auf. Vor allem nach Besuchen des Bruders (der Verlobte hatte seit der Verlegung Besuchsverbot) schien sie zunehmend entspannt. Einen Tag vor ihrer Entlassung nach zehntägiger Behandlung konnte sie sogar an einer Gruppensitzung mit türkischen Mitpatienten teilnehmen. In diesem Rahmen erschien sie altersgemäß, beteiligte sich am Gruppengespräch unbefangen und den Themen angemessen. In einem Einzelgespräch mit dem türkischsprachigen Arzt berichtete Frau C.

„Ich wollte selber nach Deutschland kommen, um meinen Verlobten zu heiraten. Die Familien wollten, aber ich auch.“ Sie sei von ihrem Verlobten und einem Onkel vom Flughafen abgeholt worden. An einem späteren Abend habe sie ihrem Verlobten erzählt, sie sei mit zwölf Jahren vergewaltigt worden. Der Verlobte habe zwar gesagt, das mache nichts, aber sein Verhalten habe sich total verändert. Auch seine Brüder und deren Frauen hätten sich merkwürdig verhalten und Hochzeitsgeschenke, die sich bereits in der Wohnung befunden hätten, mitgenommen. Sie habe zuvor niemandem, nicht einmal ihrer Mutter, von der Vergewaltigung erzählt. Alle Befürchtungen, die sie seitdem gehabt habe, hätten sich bestätigt und sie sei in ihrer Verzweiflung aus dem Fenster gesprungen. Sie sei danach wohl in einigen Krankenhäusern behandelt worden, könne sich daran aber nicht erinnern. Auch an die ersten Tage bei uns habe sie nur bruchstückhafte Erinnerungen. Sie habe große Angst vor den Verwandten ihres Verlobten gehabt. Diese hätten gesagt, sie wollten ihre Augen ausstechen (Synonym für töten). Auch sei sie sicher gewesen, ihr Bruder und ihre Eltern würden bedroht. Ein nach der Entlassung aus stationärer Behandlung vereinbarter Ambulanztermin kam nicht mehr zustande. Der Bruder von Frau C. rief an, seiner Schwester gehe es gut und sie werde in die Türkei zurückkehren. Der Verlobte lehne die Eheschließung ab und seine Schwester habe Sehnsucht nach der

Heimat und ihren Eltern, wolle nicht in Deutschland bleiben.

Bei diesem recht dramatischen Geschehen bestätigte sich der anfängliche Verdacht einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie nicht. Dagegen sprechen die sehr schnelle Besserung und die Umstände, unter denen Frau C. erkrankte. Wir fühlten uns vielmehr an die Beschreibungen von Allers aus dem Jahre 1920 erinnert und gehen rückblickend von einer akuten paranoiden Reaktion in sprachfremder Umgebung bei

#### Neben der Entwurzelung und den Problemen der Verständigung gewinnt auch bei Frau C. der Statusverlust als zurückgewiesene Braut in der Genese der Störung entscheidende Bedeutung.

einer akuten Belastung aus. Böker und Schwarz (1977) hatten Zustände ängstlicher Erregung mit wahnähnlichen oder paranoiden Inhalten beschrieben, die sie nosologisch zwischen kulturtypischen, mit Desintegration und Realitätsbruch

einhergehenden Ausnahmezuständen und prozesshaft verlaufenden paranoid-halluzinatorischen Schizophrenien einordneten. Es ist auch eine Nähe zu den von Labhardt (1963) beschriebenen schizophrenieähnlichen Emotionspsychosen auszumachen. Nach diagnostischen Kategorien in DSM IV handelt es sich um eine kurze psychotische Störung mit deutlichen Belastungsfaktoren (1996, 358ff). Eine weitere Kasuistik zu dieser diagnostischen Einschätzung mit gänzlich verschiedener Entstehung, aber auch in Zusammenhang mit Kulturwandel und Migration, findet sich bei Koch 1996.

Neben der Entwurzelung und den Problemen der Verständigung gewinnt auch im Fall von Frau C. der erlittene Statusverlust als zurückgewiesene Braut in der Genese der Störung eine entscheidende Bedeutung. Außerdem erscheint die paranoide Symptomatik angesichts der real existierenden Bedrohung – auch vor Mitarbeitern geäußerte Morddrohungen seitens des Verlobten – durchaus einfühlbar.

#### Vierte Falldarstellung

Eine 43jährige Patientin wurde mit der Verdachtsdiagnose einer Schizophrenie zur stationären Abklärung geschickt. Frau D. stammt aus einer ländlichen Region der Türkei und wurde als fünftes Kind einer angesehenen Familie geboren. Nach dem Tod des Vaters in ihrem 13. Lebensjahr musste sie die Schule abbrechen und wurde be-

reits 14jährig traditionell verheiratet. Ab ihrem 17. Lebensjahr lebte sie in Deutschland und war hier nach der Geburt von insgesamt vier Kindern über mehr als 16 Jahre berufstätig. Nach mehrjähriger Tätigkeit als Akkordarbeiterin in einer Metallfabrik arbeitete sie z.Zt. in der Küche einer Kantine. Als sie zu uns kam, war sie bereits knapp ein Jahr arbeitsunfähig erkrankt. Psychisch erschien sie bei Aufnahme vom Antrieb her leicht gemindert und stimmungsmäßig depressiv gedrückt. Sie wirkte affektiv leicht anrührbar und war im Aufnahmegespräch mehrfach den Tränen nahe. Zu ihren Beschwerden führte sie neben multiplen Schmerzen und Taubheitsgefühlen an, sie könne sehr schlecht schlafen, da sie nachts häufig durch einen Hasen geweckt werde, der sie in ihrem Bett besuche, mit ihr schmusen wolle und sie sogar zum Geschlechtsverkehr nötige. Frau D. betonte mit Nachdruck, sie würde diesen Hasen körperlich spüren, es sei keine Phantasievorstellung.

Im Verlauf der vierwöchigen stationären Behandlung fanden sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer schizophrenen Störung. Vielmehr erschien Frau D. als kraftvolle und durchsetzungsstarke Persönlichkeit mit teilweise dramatischem Auftreten. Im Rahmen psychotherapeutischer Einzelgespräche traten Kränkungen am Arbeitsplatz, fehlende Anerkennung durch die Kinder und ein erheblicher Partnerschaftskonflikt mit Rückzug von sexuellen Aktivitäten seitens der Patientin ins Blickfeld. Nach alevitischen Vorstellungen wird der Hase als sexuelles Symbol gesehen und wir interpretierten - in tiefenpsychologischen Sinne - das Geschehen als Projektion eigener Gefühle auf äußere Objekte, sahen die Begegnung mit dem Hasen als unbewusste Wunscherfüllung an. Diagnostisch orteten wir diese wahnhaft anmutende Symptomatik im Rahmen der zugrunde liegenden neurotischen Störung mit histrionischen und depressiven Zügen. Leider gelang es nur in Ansätzen, einen psychotherapeutischen Prozess in Gang zu setzen. Zumindest konnte eine gewisse Distanzierung erreicht werden und der anfangs hohe Leidensdruck milderte sich. Auch am Beispiel von Frau D. wird deutlich, wie wichtig es ist, sich nicht

**Abschließend soll betont werden, dass sich Kliniken und Institutionen auf die realen und kulturellen Hintergründe von Patienten mit Zuwanderungsgeschichte einstellen müssen.**

vorschnell auf eine Diagnose, die für den weiteren Verlauf ja mit u. U. bedeutsamen therapeutischen Konsequenzen versehen ist, festzulegen. Die Beobachtung während der stationären Behandlung zeigt, dass in diesem Fall kein Wahn in Verbindung mit einer psychotischen Störung vorliegt. Am ehesten handelt es sich um katathyme Halluzinationen im Rahmen der neurotischen Störung. Aber auch hier ist Statusverlust im Sinne der Kumulation einzelner Enttäuschungen unübersehbar. Auch zeigt diese Kasuistik, dass lokale kulturelle Vorstellungen die Symptomatik formen und somit deren Berücksichtigung für die Einschätzung und Behandlung von hoher Bedeutung ist. Garcia (1997) hat darauf hingewiesen, daß die kulturbedingte Pathoplastik ein besonderes Problem der Psychiatrie der Migration darstelle. Unter Pathoplastik ist die spezielle Prägung von Krankheitsbildern durch krankheitsfremde, kultur- oder persönlichkeitsbedingte Faktoren zu verstehen.

Abschließend soll anhand der geschilderten Beispiele aus der psychiatrischen Behandlung die Notwendigkeit betont werden, dass sich psychiatrische Kliniken und Institutionen der psychosozialen Versorgung in Deutschland auf die realen und kulturellen Hintergründe von Patienten mit Zuwanderungsgeschichte einstellen. Um das erreichen zu können, sind Fort- und Weiterbildung in interkultureller Kompetenz erforderlich, um eine Sensibilisierung für kulturelle Fragen innerhalb der Einrichtungen zu erreichen (Koch, 2011). Nach wie vor ist interkulturelle Offenheit in den psychiatrischen Institutionen nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Professionelle Dolmetschersysteme und Migrations-/Integrationsbeauftragte in den Kliniken sind ein wichtiger Schritt hin zu mehr interkultureller Kompetenz der Institutionen im Gesundheitswesen (Koch und Staudt, 2020). Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern ist ein schrittweiser und langfristiger Prozess. Es geht darum, in der Begegnung mit den Patienten nicht nur das Fremde im Anderen zu sehen, sondern auch die eigenen Einstellungen zu reflektieren und die Kultur der Institutionen so zu verändern, dass alle Patienten einen fairen und möglichst gleichberechtigten

Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung erhalten (Koch et al., 2014).

## Literatur

- Allers, R:** Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung. Z. Ges. Neurol. Psychiat., 60, 1920, 281-289
- Berner, P:** Psychologie des Wahns. In: Kindlers „Psychologie des 20. Jahrhunderts“. Psychiatrie Bd. 1 (hrsg. von U.H. Peters), Weinheim und Basel 1983, 515-538
- Berner, P:** Wahn. In: Müller, Ch. (Hg.): Lexikon der Psychiatrie, Berlin Heidelberg, 1986, 719-735
- Blankenburg, W:** Anthropologische Probleme des Wahns. In: W. Schulte, R. Tölle (Hg.): Wahn. Stuttgart 1972, 30-38
- Bleuler, E:** Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, Wien, 1911, Nachdruck Tübingen 1988
- Böker, W und Schwarz, R:** Über Entstehung und Verlauf akuter paranoider Reaktionen im Zusammenhang mit Kulturwandel und Migration. Nervenarzt 48 (1977) 19-24
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV.** Göttingen 1996
- Garcia, C:** Pathoplastik, ein Problem der Psychiatrie der Migration. In: Ethnopsychologische Mitteilungen, 1997, 6 (1), 78-93
- Koch, E:** Der Kranke in der türkischen Familie. Münch. Med. Wschr. 1996, 138(5):61-64
- Koch, E:** Arzt-Patient-Beziehung und Transkulturelle Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen 1/2011; 26-29
- Koch E, Assion HJ, Bender M und Siefen RG:** Interkulturelle Öffnung der psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Nervenheilkunde 6/2014.
- Koch E, Staudt J:** Interkulturelle Öffnungsprozesse im Krankenhaus: Aufgaben von Management und Migrationsbeauftragten am Beispiel des Vitos Konzerns. In: Schilder M & Brandenburg H (Hrsg.) Transkulturelle Pflege. Grundlagen und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart 2020. S 140-158
- Kora K, Özek M und Baral I:** Ein Beitrag zum Thema der wahnhaften Depressionen (mit Fallbeispielen aus der Türkei). In: Koch, E., Özek, M. Pfeiffer, W.M. und Schepker, R. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Migration – Deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg 1998
- Labhardt, F:** Die schizophrenieähnlichen Emotionspsychosen. Ein Beitrag zur Abgrenzung schizophrener Zustandsbilder. Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1963
- Peters, UH:** Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München 1990
- Pfeiffer, WM:** Transkulturelle Psychiatrie. Stuttgart, 1994
- Risso, M und Böker, W:** Verhexungswahn. Ein Beitrag zum Verständnis süditalienischer Arbeiter in der Schweiz. Bibliotheca Psychiatrica et Neurologica Fasc.124. Basel-New York, 1964
- Zimmermann E:** Der Liebeszauber – La fattura d'amore: Die Geschichte eines sizilianischen Gastarbeiters in Heidelberg. Palmyra, Heidelberg 2015



# Verständnis und „Normalizing“!

## Zum Umgang mit Wahnüberzeugungen im Rahmen der Kognitive Verhaltenstherapie

Von Samya Korff und Tania M. Lincoln

Immer wieder wird die Befürchtung geäußert, man würde eine Wahnüberzeugung möglicherweise eher verstärken, wenn man im Therapiegespräch direkt über die Überzeugungen spricht. Dass dies nicht stimmt, zeigen viele Studien, die die Wirksamkeit für kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen belegen. Dieser Ansatz, bei dem die Auseinandersetzung mit der wahnhaften Überzeugung einen zentralen Stellenwert einnimmt, führt nicht nur zu einem Rückgang der allgemeinen Symptomatik, sondern schwächt nachweislich auch wahnhafte Annahmen. Entsprechend wird kognitive Verhaltenstherapie in gängigen nationalen (DGPPN, 2019; T. M. Lincoln, Pedersen, Hahlweg & Wiedl, 2019) und internationalen (NICE, 2014) evidenzbasierten Leitlinien für Menschen mit Psychosen klar empfohlen. Nichtsdestotrotz kann die therapeutische Arbeit mit Patient\*innen mit wahnhaften Überzeugungen herausfordernd sein.

### Wie geht das also?

Wesentlich im Kontakt mit wahnhaften Patient\*innen ist die Haltung der\*des Therapeut\*in. Eine gute tragfähige therapeutische Beziehung, die für jede Therapie grundlegend ist, spielt gerade bei diesen Patient\*innen, die oft mit Stigmatisierung und Unverständnis konfrontiert sind (Schlier & Lincoln, 2016) eine besondere Rolle. Um diese therapeutische Beziehung aufzubauen ist eine normalisierende, wertschätzende Haltung des\*der Therapeut\*in wichtig. Hilfreich ist dafür psychotische Symptome im Allgemeinen, aber auch spezifisch Wahn im Sinne der Kontinuumshypothese zu betrachten. Also Wahn nicht als kategoriales sondern als dimensionales Symptom zu verstehen, das sich in verschiedenen Ausprägungen auch in der Normalbevölkerung wiederfindet (Bebbington et al., 2013) und sich durch bestimmte Umstände, wie massiver Belastung oder Schlafentzug bei vielen Menschen auslösen lässt. Normalisierung heißt dabei nicht die Symptomatik des\*der Patient\*in zu bagatellisieren, sondern das

Leid der Patient\*innen ernst zu nehmen ohne die wahnhafte Überzeugung als etwas grundsätzlich nicht Nachzuvollziehendes zu begreifen oder die Überzeugungen zu pathologisieren. Dies ist die Grundlage dafür, echtes Verständnis für den\*die Patient\*in aufzubauen. Dazu ist es in der Regel notwendig, den Wahn näher zu explorieren und zu versuchen nachzuvollziehen woher die wahnhafte Überzeugung ursprünglich kommt und wie sie sich weiterentwickelt hat. Wann traten die Überzeugungen erstmalig auf? Welche Lebensumstände könnten dazu beigetragen haben? Welche Konsequenzen hatte die Überzeugung auf das weitere Erleben und Verhalten der Person? Gerade im Ursprung des Wahns ist die Entwicklung oft noch gut nachvollziehbar. Der weitere Verlauf lässt sich zudem oft gut über aufrechterhaltende Mechanismen, wie Vermeidung und selektive Aufmerksamkeit, nachvollziehen. Von Betroffenen wird ein aufrichtiges Interesse an den Überzeugungen oft als entlastend beschrieben und bietet eine Grundlage für das gemeinsame Arbeiten (Schneider et al., 2004). Durch eine normalisierende Haltung kann die therapeutische Beziehung weiter gestärkt, die Therapiemotivation der Patient\*innen und dadurch schließlich auch der Therapieerfolg gefördert werden (Lüllmann & Lincoln, 2013). Zu einer wertschätzenden Haltung gehört auch eine authentische Validierung des\*der Patient\*in und ihres\*seines Leids. Auch wenn manchmal vielleicht die Inhalte der Wahnideen nur schwer nachvollziehbar bleiben, gelingt es meist gut zumindest die Belastung nachzuvollziehen, die diese Überzeugungen auslösen. Der Fokus auf die ausgelöste Belastung ist auch ein wichtiger Ansatz um gemeinsame Therapieziele zu entwickeln. Nicht immer muss die Bearbeitung bzw. das Ablegen des Wahns in einer Therapie im Vordergrund stehen. Die direkte Bearbeitung des Wahns ist vor allem dann indiziert, wenn dies den Wünschen der\*des Patient\*en entspricht, der Wahn die Erreichung der Therapieziele behindert oder Selbst- oder Fremdgefährdung bedingt.



Samya Korff

Seit 2019 Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Therapeutin in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg.



Tania M. Lincoln

Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Hamburg. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt auf der Grundlagen- und Therapieforschung bei psychotischen Störungen.

Sollte die Indikation für eine direkte Bearbeitung des Wahns gegeben sein, wird nach dem Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie zunächst eine gemeinsame Haltung entwickelt, die die wahnhaften Überzeugungen in Form von Hypothesen betrachtet, die wahr, teilweise wahr oder falsch sein können. Dies bedeutet, dass der\*die Patient\*in die Möglichkeit in Betracht zieht, dass die Überzeugung nicht oder nicht vollständig wahr ist. Genauso bedeutet es aber auch, dass der\*die Therapeut\*in bereit ist zu berücksichtigen, dass die Überzeugung oder zumindest ein Teil davon eben doch der Realität entsprechen kann. Tatsächlich geschieht es gar nicht so selten, dass eine zunächst wahnhaft anmutende Überzeugung einen wahren Kern hat. Um die Haltung der Erkundung und Flexibilität im Denken zu verstärken, kann die Stärke der Überzeugungen auf einer Skala von 0 bis 100% erfasst und Veränderung im Verlauf einer Therapie (-sitzung) erneut aufgegriffen werden. Eine ergebnisoffene Haltung von beiden Seiten ist wesentlich um Augenhöhe herzustellen und unterstützt eine differenzierte Auseinandersetzung des\*der Patient\*in mit der eigenen Überzeugung ohne in eine Verteidigungshaltung zu

kommen. Die Realisation, dass man von etwas tief überzeugt war, was man im Nachhinein als nicht wahrscheinlich einordnet, kann sehr erschreckend sein. Auch hier erleichtert die normalisierende Haltung sich auf diese Verunsicherung einzulassen. Der Bezug zu allgemeinen Denkverzerrungen, wie z.B. dem Confirmation Bias, also der Tendenz von Menschen auch ohne psychotische Erkrankung Informationen, die den eigenen Erwartungen entsprechen, zu bevorzugen, kann dabei hilfreich sein.

In einer empirischen Disputation können dann die Wahnüberzeugungen durch das Sammeln und Untersuchen von (Gegen-) Beweisen und der Suche nach alternativen Erklärungen geprüft werden. Dabei ist es günstig erst kürzlich erlebte Situationen zu fokussieren, sodass die damit einhergehenden Überzeugungen noch nicht zu stark verfestigt sind. Außerdem ist es bei Situationen, an die die Erinnerung noch frisch ist, einfacher Alternativerklärungen zu generieren. Bei einer Patientin, die davon überzeugt ist, dass sie einer großen Prüfung unterliegt und heimlich in ihrem Alltag auf jeden möglichen Fehler hin beobachtet wird, kann beispielsweise eine kürzliche Busfahrt, bei der ein Mitfahrer sein Telefon herausgeholt hat, genauer betrachtet werden. Nachdem Argumente für und gegen die Überzeugung gesammelt wurden (z.B. das Handy wurde herausgeholt, direkt nachdem sie vorbei gegangen war, auf der anderen Seite hat sie sich erst kurzfristig für die Busfahrt entschieden und es wäre sehr aufwendig in jedem für sie möglichen Bus, jemanden auf sie warten zu lassen), können gemeinsam alternative Erklärungen gesammelt werden (z.B. der Person war langweilig und hat deswegen das Handy zum Spielen heraus geholt). Zudem können Realitätstests und Verhaltensexperimente durchgeführt werden. Beispielsweise kann die Patientin, die davon

überzeugt ist, dass sie im Bus von allen beobachtet wird und sich deswegen versucht möglichst klein zu machen und niemanden anzusehen, ermutigt werden bewusst darauf zu achten, wie die Mitfahrer\*innen tatsächlich auf sie reagieren oder auch nicht reagieren. Ein Patient, der davon überzeugt ist, dass andere seine Gedanken laut hören können, kann ermutigt werden eine Vertrauensperson zu fragen, ob diese tatsächlich ihre Gedanken hört.

Weiterhin kann eine sogenannte hedonistische Disputation dazu genutzt werden, um die Distanz zu den Wahngedanken zu fördern. Dabei wird gemeinsam geprüft, welche Konsequenzen aus einer Beibehaltung oder dem Aufgeben der Überzeugungen resultieren können, unter Einbezug der Möglichkeit, dass die Wahngedanken in der Realität zutreffen oder nicht. Dies kann graphisch in einem Vier-Felder-Schema veranschaulicht werden (siehe Abbildung 1). In der daraus resultierenden Kosten-Nutzen-Analyse der Konsequenzen, können die Sorgen des\*der Patient\*in von der\*dem Therapeut\*in validiert werden, während gleichzeitig die negativen Konsequenzen des Beibehaltens der Überzeugungen deutlich werden.

Aber auch ohne direkte Konfrontation der Wahnüberzeugung kann Psychotherapie die Symptomatik und die verbundene Belastung verringern und mehr Teilhabe am Leben ermöglichen. In einem systemimmanenten Vorgehen kann zum Beispiel auf das Verhalten fokussiert werden, das sowohl günstig ist, wenn die Überzeugung zutrifft, als auch, wenn die Überzeugung nicht zutrifft.

Neuere Studien weisen darauf hin, dass es sich lohnt grundsätzlich auch an weiteren auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren für Wahn anzusetzen, wie z.B. an Schlafproblemen, negativen Selbstkonzepten und den Denkprozessen, die mit wahnhaften Überzeugungen assoziiert

sind, wie voreiliges Schlussfolgern (Freeman et al., 2021).

### Umgang mit schwierigen Situationen

In der Kommunikation und Therapie mit wahnhaften Patient\*innen können verschiedene Situationen zu Unsicherheit auf Seiten der Behandler\*innen führen. Beispielsweise können Patient\*innen auch im Behandlungssetting sehr misstrauisch sein oder der\*die Behandler\*in damit konfrontiert werden, dass der\*die Patient\*in eine eindeutige Positionierung bezüglich des Wahrheitsgehalts der Überzeugung wünscht. Misstrauen kann sich auf den\*die Therapeut\*in oder auch auf das Setting beziehen. Dabei ist es günstig, wahrgenommene oder vermutete Problematiken offen anzusprechen. Ein\*e Patient\*in mit Verfolgungswahn kann zum Beispiel direkt gefragt werden, ob sie auch im Behandlungssetting Befürchtungen hat. Je nach Befürchtung kann dann beispielsweise angeboten werden, sich nochmal genauer im Raum umzusehen. Es kann auch hilfreich sein das klassische Therapiesetting zu flexibilisieren (z.B. die ersten Sitzungen spazieren zu gehen). Teilweise ist es auch vertrauensfördernd, ein paar mehr Fragen zur eigenen Person und Berufslaufbahn zu beantworten, als man es vielleicht bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen tun würde. Falls mitgeschrieben wird, ist zu empfehlen sich hierfür vorab die Zustimmung des\*der Patient\*in einzuholen und jederzeit bereit zu sein, die Notizen dem\*der Patientin auch zu zeigen. Mit der (eher seltenen) Frage „Glauben Sie mir?“ konfrontiert, ist es wichtig authentisch zu bleiben. Eine Möglichkeit dabei ist deutlich zu machen, dass der\*die Therapeut\*in nicht sicher sein kann, was genau passiert ist, da er\*sie nicht dabei war, dies jedoch für die Therapie auch nicht zentral ist, sondern das Erleben des\*der Patient\*in und der Umgang damit im Mittelpunkt steht. Weiterführende



Realität	Meine Annahme	
	Ich glaube nicht daran, dass ich geprüft werde	Ich glaube daran, dass ich geprüft werde und unter Beobachtung stehe
Ich werde geprüft und jede meiner Handlungen auf den kleinsten Fehler hin beobachtet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich passe nicht gut genug auf, wie ich mich verhalte und mache mehr Fehler, werde schlecht beurteilt und muss die Konsequenzen tragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich stehe ständig unter Anspannung und traue mich kaum raus</li> <li>- Ich biete weniger Angriffsfläche, auch wenn ich nicht alle Fehler verhindern kann</li> </ul>
Ich werde nicht geprüft und beobachtet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich kann unbeschwert meinen Alltag gestalten</li> <li>- Ich genieße mein Leben, habe schöne Erlebnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich bin umsonst so angespannt und verzichte auf vieles, das mir gut tut</li> </ul>

Abbildung 1, Vier-Felder Schema

Erläuterung zum Vorgehen in der kognitiven Verhaltenstherapie finden sich unter anderem bei Lincoln & Heibach (2017).

## Fazit

In der Kommunikation mit wahnhaften Patient\*innen ist eine wertschätzende, neutrale Haltung und Authentizität wesentlich. Die Befürchtung, dass das Sprechen über den Wahn die Überzeugungen verstärken könne, hat sich in der Praxis nicht bestätigt. Im Gegenteil belegt die Evidenz aus zahlreichen Studien, dass kognitive Verhaltenstherapie und weitere psychotherapeutische Ansätze Positivsymptomatik wie Wahn und vor allem das damit verbundene Leiden vermindern kann. ●

## Literatur

- Bebbington, P. E., McBride, O., Steel, C., Kuipers, E., Radovanovic, M., Brugha, T. et al. (2013):** The structure of paranoia in the general population. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 202, 419–427. <https://doi.org/10.1192/bjpp.112.119032>
- DGPPN. (2019).** S3-Leitlinie Schizophrenie. AWMF. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V., 2019. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>
- Freeman, D., Emsley, R., Diamond, R., Collett, N., Bold, E., Chadwick, E. et al. (2021):** Comparison of a theoretically driven cognitive therapy (the Feeling Safe Programme) with befriending for the treatment of persistent persecutory delusions: a parallel, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 8(8), 696–707. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00158-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00158-9)
- Lincoln, T. M. [T. M.], Pedersen, A., Hahlweg, K. & Wiedl, K. (2019):** Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5, 1. Auflage). Göttingen: hogrefe.
- Lincoln, T. & Heibach, E. (2017):** Psychosen (Fort-schritte der Psychotherapie, Band 67, 1. Auflage). Göttingen: hogrefe.
- Lüllmann, E. & Lincoln, T. M. (2013):** The Effect of an Educating versus Normalizing Approach on Treatment Motivation in Patients Presenting with Delusions: An Experimental Investigation with Analogue Patients. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2013, 261587. <https://doi.org/10.1155/2013/261587>
- NICE (NICE, Hrsg.). (2014):** Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical Guideline. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- Schlier, B. & Lincoln, T. M. [T. M.]. (2016):** Blinde Flecken? Der Einfluss von Stigma auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. *Verhaltenstherapie*, (26), 279–290.
- Schneider, B., Scissons, H., Arney, L., Benson, G., Derry, J., Lucas, K. et al. (2004):** Communication between people with schizophrenia and their medical professionals: a participatory research project. *Qualitative Health Research*, 14(4), 562–577. <https://doi.org/10.1177/1049732303262423>

# Teilhabeorientierte Arbeit mit Menschen, die anderen das Teilhaben schwer machen

Von Achim Dochat

„Hier wo mein Wähen Frieden fand, Wahnfried sei dies Haus benannt.“  
Inscription am Haus Richard Wagners

Helfen, Frieden zu finden, das könnte auch eine Zielbeschreibung sein für die Arbeit mit Menschen, die ruheloze Zeiten mit wahnhaftem Erleben hinter sich haben. Frieden hat dabei eine persönliche und eine soziale Dimension: Einerseits das Ringen um Selbstverstehen, Gewinnen von subjektivem Sinn, Überwinden oder Überflüssig machen der wahnhaften Welterklärung, und andererseits das Wiedergewinnen von Teilhabe und Gemeinschaft, das Suchen und Finden eines persönlichen Platzes, die Akzeptanz von Eigensinn. Damit sind ur-gemeindepsychiatrische Themen und Zielsetzungen angesprochen: Gestaltung von Teilhabe unter den gegebenen gesundheitlichen Bedingungen, Klienten auf dem persönlichen Weg in die Welt beratend begleiten und dort für Verstehen und Akzeptanz sorgen. Beratende Begleitung bedeutet, aktiv und ermutigend mit individuellen Wünschen und Zielsetzungen umzugehen, ohne deren Realitätssinn voreilig zu bewerten, und die Entscheidungsfindung durch die gemeinsame Einschätzung und Analyse von Chancen und Risiken und die Prüfung von Handlungsoptionen und Grenzen zu unterstützen (Dochat, Krainhöfer 2016). In einem solchen Verständnis hat die betreuende Person die Verantwortung für die Beziehung, nicht für die Entscheidung. Indem man Geduld und Zeit für die ruhige Betrachtung und behutsame Bearbeitung gemachter Erfahrungen einräumt, auf Überforderung achtet und bei Bedarf Tempo herausnimmt, schafft man Sicherheit und Vertrauen. Das gilt gerade auch, wenn man Menschen erreichen möchte, die sich schon länger in ihrer eigenen Weltsicht eingerichtet haben, den Kontakt zu ihren Ressourcen verloren haben und dabei sind, ihren Anspruch auf Selbstbestimmung aufzugeben.



Achim Dochat

Diplom-Psychologe, Soziologe M.A., Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor; Vorsitzender des Landesverbands Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg e.V.; [achimdochat@web.de](mailto:achimdochat@web.de)

„Chronizität beginnt, wenn normale Gespräche aufhören bzw. wenn das Individuum niemanden mehr hat, der zuhört“ (Estroff et al. 1997)

Nun machen es Menschen mit wahnhaftem Denken und Verhalten nicht nur ihrem Umfeld, sondern auch denen, die zu ihrer Unterstützung antreten, nicht leicht. Sie sind misstrauisch, distanziert, und doch scheinen manche gleichzeitig hinter dem Dornröschendickicht auf Hilfe zu hoffen. Dabei ist eine eigensinnige Verfestigung der eigenen Weltsicht durchaus nachvollziehbar, wenn man gewohnt ist, nicht verstanden zu werden, an der Verständnislosigkeit der Umgebung zunehmend verzweifelt, sich schließlich im Unverstandensein eingerichtet hat. Vielleicht ist man sogar zur Einsicht gelangt, dass das Aufkündigen des Common Sense auch seine Vorteile hat, bringt es doch geringere Erwartungen, den Verzicht auf zudringliche Veränderungsversuche und damit eine Art gewachsenen Freiraum mit sich. Auf Dauer ist diese Strategie allerdings für die Betroffenen ein schlechtes Geschäft. Dabei ist das Misslingen von Kommunikation selten aktive Verweigerung, eher unsicherer Rückzug oder ängstliches Vermeiden neuerlichen Missverstehens und Scheiterns. Leider machen Menschen mit unverständlichem Verhalten, mit psychotischer oder wahnhafter Symptomatik mit den



Fachleuten, die sie behandeln oder unterstützen sollen, kaum bessere Erfahrungen, als mit den Menschen ihrer alltäglichen Umgebung. Mit ihnen wird weniger geredet, als z.B. mit depressiven oder ängstlichen Patienten, weniger auf ihr Befinden und Erleben geschaut. Ihnen wird immer weniger zugehört, Verstehensversuche nach und nach eingestellt. Nur wenige setzen sich der Mühe der persönlichen Begegnung aus. Gern wird – auch von Helfenden – bei unklaren Botschaften (scheinbar mitfühlend, vielleicht um Auseinandersetzungen zu vermeiden) so getan als verstehe man alles und Zuflucht bei beschwichtigenden Floskeln gesucht. Man verzichtet auf den Versuch des Aufklärens des Missverstehens durch „Kommunikation über die Kommunikation“ (Boscolo 1991), wie es nützlich wäre, wenn man aneinander vorbeiredet.

So tragen das Ineinandergreifen von Angst, Unverständlichkeit und Rückzug der Betroffenen einerseits und Resignation vor der Hürde des schwierigen persönlichen Zugangs der Betreuenden andererseits zur Perpetuierung von unverständlichem Verhalten bei. Gerade der Verzicht auf Kontakt, auf direkte Kommunikation, und stattdessen vermehrtes Sprechen über statt mit bestätigten die Besonderheit und verstärken das Gefühl der Entfremdung und Abgrenzung. Intersubjektive Begegnungen und die potentiell korrektive Berührung mit der externen Realität entfallen zunehmend. Mit dem Ergebnis, dass der Wahn mehr Raum einnimmt, die Welt immer individueller wird. Dieses Kommunikationsmuster erleben Betroffene nicht nur in Familie und persönlichem Umfeld, es wiederholt sich auch häufig genug im Kontakt mit psychiatrischen Diensten. Statt die Person in ihrer Gesamtheit wahrzunehmen, die Möglichkeiten und Ressourcen in der aktuellen Situation zu entdecken und zu erschließen, wird das Pathologische zum alleinigen Inhalt der Begegnung. Insbesondere in langfristig angelegten Hilfeleistungen kommt es leicht dazu, dass sich alle Beteiligten unausgesprochen auf die Gewährleistung schützender Bedingungen und den Verzicht auf Veränderungen verständigen und damit Chronizität

sozusagen billigend in Kauf nehmen. Die Fokussierung auf Schutz und Schadensvermeidung, die Beschränkung auf das Arrangement von Rahmenbedingungen des Alltags und die pharmakologische Standardtherapie werden dann leicht zu „Formen der Verwaltung des chronischen Prozesses“ (Boscolo 1991).

**„Arbeiten Sie mit der Mafia zusammen, die meine Wohnung beobachtet?“ (Klient)**

Die allererste Anforderung ist also, ins Gespräch zu kommen und darin zu bleiben, um diesen kommunikativen Teufelskreis zu durchbrechen. Es gilt, Gesprächssituationen zu schaffen, die sich um Verstehen bemühen, Erfahrungen sortieren, einordnen, überprüfen helfen. Voraussetzung für das Gelingen von Begegnung ist Vertrauen. Ein als sicher erlebter Raum, ruhige und reizarme Atmosphäre, eine oder ganz wenige vertraute Personen können dazu wesentlich beitragen.

Das beginnt schon mit dem sensiblen Umgang mit Versuchen des Infragestellens oder Aushandelns von Rahmenbedingungen des Gesprächs. (Kritik am Setting, ängstliche Nachfragen zu technischen Geräten, Skepsis gegenüber Person und Absicht des Helfers). Wann immer Misstrauen oder Irritationen zu bemerken sind, sollten sie sofort aufgenommen werden. Z.B. kann man zur gemeinsamen Überprüfung von Raum oder Gegenständen einladen

oder auf Wünsche eingehen, die das Sicherheitsgefühl erhöhen (Handy weglegen, Vorhang zuziehen, lieber draußen bei einem Spaziergang sprechen, ...). Um diese Schwelle gut zu nehmen, lohnt sich jede Investition von Geduld und Verständnis.

Unverständliche, misstrauische, scheinbar irrationale oder feindselige Äußerungen sollten kein Grund sein, auf Ansprache zu verzichten. Ein gewisses Grundmisstrauen gegenüber sich anbietender Hilfe ist zu Beginn jeder Begegnung in Rechnung zu stellen. „Ist das die richtige Therapeutin, kann ich dieser Person (ver)trauen?“ und „Wie kann ich testen, ob sie es ernst meint?“ sind aus Klientensicht durchaus verständliche Impulse. Das Gelingen der Kontaktaufnahme und das aufmerksame Gestalten einer Beziehung sind

der Angelpunkt jeder weiteren Arbeit mit Klienten. Letztlich kommt es darauf an, den unzähligen Erfahrungen des Scheiterns an und in Beziehungen neue positive Beziehungserfahrungen gegenüberzustellen.

Die zentrale Anforderung an die Arbeitsbeziehung ist die ständige Beachtung der dynamischen Balance zwischen den Polen Nähe/Empathie und Distanz/Konfrontation. Am Anfang steht der Beziehungsaufbau, das Schaffen einer Vertrauensbasis im Vordergrund. Wenn sie besteht, kann sie in der gemeinsamen Arbeit auch belastet werden. Es muss jeweils sensibel reagiert werden, wenn auf der einen Seite die Verschmelzung zu stark zu werden droht, um Entwicklung zuzulassen, oder auf der anderen Konfrontation die Beziehungsbasis gefährdet.

**„Wähnen scheint eine grundsätzlich menschenmögliche Weise der Selbst und Weltdeutung...(man frage sich), was das Subjekt mit dem Wahn gewinnt, was für Bedürfnisse und Defizite sich im Wahn kundtun.“ (Scharfetter 2003)**

Mitunter sind wahnhaftige Überzeugungen als metaphorische Bebilderungen unbewusster Ängste oder Konflikte zu erkennen. Das Abreißen von Tapeten oder aus dem Fenster werfen des Fernsehers auf der Jagd nach Abhörgeräten kann symbolhaft das Gefühl der distanzlosen Dauerkontrolle eines erwachsenen Sohnes durch überfürsorgliche Eltern darstellen, an denen sich jede direkte Kritik verbietet, weil sie als wichtige, geliebte Menschen immer um das Wohl des Sohns bemüht sind. Es lohnt sich unbedingt, sich mit den von Scharfetter aufgeworfenen Fragen zu beschäftigen, auch wenn sie selten so leicht zu beantworten sein werden. Die Kontaktaufnahme mag schwierig erscheinen, wenn man in Wahnideen unkorrigierbare Fehlbeurteilungen der Realität sieht. Bei aller Skurrilität der wahnhaften Weltansicht gibt es doch fast immer mögliche Anknüpfungspunkte für wertschätzende und durchaus nicht sinnfreie Gespräche. Statt des bildhaften kann der emotionale Inhalt der Botschaft angesprochen werden. Über die Wahrscheinlichkeit der Beeinflussung des Denkens durch Röntgenstrahlung aus dem Fernseher oder der Identität von Passanten als Geheimdienstmitarbeiter kann man streiten.

Die Angst beeinflusst zu werden oder der Druck, unter permanenter Beobachtung zu leben, niemandem trauen zu können, sind dagegen ganz real. Auch lohnt es sich, ein genaueres Bild über das Ausmaß persönlichen Leidens („Werden Sie auch nachts bedroht? Können Sie noch schlafen?“) oder noch bestehende Ressourcen („Wie halten Sie das aus? Wie schaffen Sie ihren Alltag?“) zu gewinnen.

Wahnhaftes Welterklärungen decken normalerweise nicht 100% von Denken und Wahrnehmung ab. Es kann immer wieder gelingen, ohne Auseinandersetzung Punkte zu finden, von denen aus ein Andocken an die Realität möglich ist. Z.B.: Ein Gespräch

über das Gefährdungspotential des auf die Straße fliegenden Fernsehers und daraus möglicherweise folgende rechtliche oder psychiatrische Konsequenzen kann durchaus gelingen. Oder: Ein Patient, der seine

Einverständniserklärung zum freiwilligen stationären Aufenthalt aus für ihn guten Gründen mit „Gott“ unterschrieben hat, war in der Lage, die Nöte des Klinikpersonals und die potentiellen persönlichen Nachteile einer Zwangseinweisung zu verstehen und hat dann seinen Namen ergänzt.

Jeder Versuch, von der Wahrheit zu überzeugen und Einsicht in die objektive Realität zu vermitteln, führt in eine konfrontative Auseinandersetzung, die nicht zu gewinnen ist. Man setzt damit ein Beziehungssignal, das die wahnhaftes Konstruktion letztlich bestätigt und stützt. Diese Person gehört zu der Welt, die Misstrauen verdient, weist sich aus als eine von denen, die mich beeinflussen, manipulieren wollen.

Die wahnhaftes Welterklärung bestätigt sich also, zumindest erweist sie sich als plausibel. Menschen mit Zweifeln über die eigene Identität in der Welt, die Angst haben, sich selbst zu verlieren, für die jede Begegnung ängstigend und bedrohlich ist, schaffen durch die Grenze der Unverständlichkeit auch Distanz. Nicht-Einfühlbarkeit schützt vor irritierender oder schwer aushaltbarer Nähe. So gesehen wird der Kampf um die richtige Weltsicht zum Kampf um diese Grenze, ist mithin auch ein Stück Autonomierettung. Beziehung kann nur gelingen, wenn sie die existenzielle Bedeutung des Bedürfnisses nach Auto-

nomie versteht und auf deren Wahrung achtet.

**„Die Therapie des Wahns besteht darin, die Person in eine Situation zu bringen, in der der Wahn nicht mehr nötig für sie ist.“ (Jervis 1978)**

In der helfenden Begegnung mit Menschen, die ihre verrückte Weltsicht in Beziehungen einbringen, muss einem klar sein, dass wahnhaftes Erklärungen, die aus einem im Moment vielleicht nicht verstehbaren Grund schon über längere Zeit hinweg bestehen, offensichtlich persönlich bedeutsam sind, sich als funktional oder entlastend

erwiesen haben. Sie können unerklärbar Schreckliches verstehbar erscheinen lassen. Sie können Kommunikation vereinfachen, weniger belastend oder sogar besser kontrollierbar machen. Oder sie können im Vergleich zur tristen Realität

einfach faszinierend sein, indem sie Stärke, Bedeutung, Interessantheit bieten. Solche Ideen werden nicht leicht ersatzlos aufgegeben werden können, vermutlich sogar gegen Veränderungsversuche verteidigt. Mit respektvollem Blick hierauf verbietet sich allzu forschender Veränderungsdruck.

Den Wahn therapeutisch als isoliertes Symptom anzugehen, ist ein Missverständnis. Es kommt zuerst auf den Aufbau einer Beziehungskonstellation an, die Veränderung ermöglicht, nicht verhindert. Gelingt eine solche Beziehung, ist der allzu oft vorschnell resigniert aufgegebenen professionellen Handlungsraum gar nicht so klein. Die Aufgabe der Begleitung ist zunächst nicht, einen Menschen schnell von seinen verrückten Ideen abzubringen, sondern sein Lebensmodell für ihn besser lebbar zu machen, d.h. auf dessen dysfunktionale Seiten hinzuweisen (Verstörung, Isolation, Klinikweisungen) und stattdessen zu schauen, was wir auf der Grundlage der erlebten Wirklichkeit für ihn tun können.

Gerade in der Langzeitbetreuung kommt es also wesentlich darauf an, das „Spannungsfeld zwischen aushaltender Begleitung, aktivem Zuwarten und fördernder und schützender Unterstützung beim Experimentieren mit neuen Möglichkeiten und Lösungsver-

suchen“ (Cecchin, Kruckenberg 1996) auch aktiv wahrzunehmen. Einerseits ist Geduld gefordert, wenn man in der beratenden Begleitung die Autonomie des Klienten ernst nimmt, andererseits werden Fortschritte selten ganz ohne Anstöße gelingen. Z.B. kann man Impulse setzen, indem man Versorgungswünschen nicht immer entspricht, sondern eine Haltung einnimmt, die positiv optimistisches Zutrauen und unbehagliche Anforderungen kombiniert (Ciompi 1977).

Letztlich geht es darum, statt der Empfindung, von der Realität beherrscht zu sein, die Möglichkeit der aktiven Gestaltung des eigenen Lebens wieder zu erfahren. Beziehung und Kommunikation können dabei helfen, aus der Unklarheit über die eigene Identität in der Welt herauszukommen. Die Ermöglichung von Erfahrungen kann dem Gefühl der Nicht-Kontrollierbarkeit der Welt entgegenwirken. Wer dies glaubwürdig vermitteln will, muss Nähe zum Leben herstellen, Neugier wecken auf aktives Gestalten, Lust machen auf Dazugehören. Ob dies gelingt, ist allerdings nicht nur eine Frage der Methodik, sondern berührt auch Grundhaltung und Lebensgefühl der Betreuenden selbst. Wenn in ihrer eigenen Persönlichkeit nicht erkennbar wird, dass Teilhabe sich lohnt, positive Möglichkeiten eröffnet, werden sie es schwerer haben, skeptische Menschen für das Mitarbeiten zu gewinnen. ●

## Literatur

**Boscolo, L. (1991):** Die akute und chronische Schizophrenie aus systemischer Sicht; in: Retzer, A. (Hg.) Die Behandlung psychotischen Verhaltens, Heidelberg.

**Cecchin, G., Kruckenberg, P. (1996):** Systemtherapie – Sozialpsychiatrie; in: Keller, T., Greve, N. (Hg.) Systemische Praxis in der Psychiatrie, Bonn.

**Ciompi, L. (1977):** Gedanken zu den therapeutischen Möglichkeiten einer Technik der provozierten Krise, *Psychiatria Clinica* 10, 1977

**Dochat, A., Krainhöfer, A.** „Wer sich nicht in Gefahr begibt, kommt darin um“; *Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie* 4/2016

**Estroff, S./Lachicotte, W./Illingworth, L./Johnston A. (1997):** „Jeder ist ein bisschen psychisch krank“ Die Krankheits- und Selbstdarstellungen von Menschen mit schweren, langwierigen psychischen Krankheiten. In: Angermeyer, M., Zaumseil, M. (Hg.): *Verrückte Entwürfe.*, Bonn

**Jervis, G. (1978):** Kritisches Handbuch der Psychiatrie, Frankfurt/M.

**Scharfetter, C. (2003):** Wahn im Spektrum der Selbst- und Weltbilder, Sternenfels.

# Metakognitives Training für Psychosen

## Adaption für das akutpsychiatrische Setting

Von Rabea Fischer<sup>1</sup>, Jakob Scheunemann<sup>1</sup> und Steffen Moritz<sup>1</sup>

Bei der Therapie psychotischer Störungen steht traditionell die pharmakologische Behandlung an erster Stelle. In den letzten Jahrzehnten entwickelten sich jedoch auch verschiedene Formen der Psychotherapie für Psychosen, welche sich als wirksam erwiesen haben. Eine solche psychologische Intervention ist das Metakognitive Training für Menschen mit Psychosen (MKT).

Das MKT folgt der Definition von Flavell, der Metakognition beschrieb als „one's knowledge concerning one's own cognitive processes or anything related to them“. Das Ziel des MKTs ist es demnach, metakognitive Fertigkeiten zu stärken. Konkret bedeutet dies, aus einer Art „Vogelperspektive“ auf die eigenen Gedanken zu schauen und Verzerrungen im eigenen Denken zu erkennen.

Innerhalb der letzten 30 Jahre hat eine Vielzahl von Studien gezeigt, dass einige Denkverzerrungen mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Wahnerleben in Verbindung stehen. So beschreibt das **Voreilige Schlussfolgern** beispielsweise die Tendenz, Entscheidungen hastig und auf der Grundlage unzureichender Informationen zu fällen. Diese Tendenz wurde schon früh sowohl mit der Entstehung als auch der Aufrechterhaltung von Wahnideen in Verbindung gebracht. Metaanalytische Ergebnisse zeigen zudem, dass diese Assoziation relativ spezifisch für Wahnideen ist und nicht durch konfundierende Faktoren wie Arbeitsgedächtnis oder Medikation erklärbar ist. Eine **übersteigerte Selbstdienlichkeitstendenz** wurde ebenfalls bei Menschen mit Schizophrenie gefunden und mit der Entstehung von Wahn in Verbindung gebracht. Insbesondere die Tendenz, Erfolge sich selbst und Misserfolge anderen Personen zuzuschreiben, zeigt auf metaanalytischem Niveau einen posi-

<sup>1</sup>AG Klinische Neuropsychologie, Zentrum für psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg



Rabea Fischer

B. Sc. Psych., M.Sc. Neurocognitive Psychology. Sie ist wissenschaftl. Mitarbeiterin und Doktorandin in der AG Klinische Neuropsychologie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf.



Jakob Scheunemann

B. Sc. Psych., M.Sc. Neurocognitive Psychology. Er ist wissenschaftl. Mitarbeiter und Doktorand in der AG Klinische Neuropsychologie sowie klinisch tätiger Psychologe in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf.



Steffen Moritz

Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., Klinischer Neuropsychologe GNP, studierte, promovierte und habilitierte an der Universität Hamburg, wo er als apl. Professor lehrt. Er leitet die AG Klinische Neuropsychologie der Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf.

ven Zusammenhang mit der Stärke von Verfolgungswahn. Auch Defizite in der **Einfühlung (Theory of Mind)** treten bei Menschen mit Psychose gehäuft auf (z.B. bei Menschen mit Schizophrenie). Diese wurden in einer Metaanalyse sowohl bei Menschen mit Schizophrenie als auch mit bipolarer Störung speziell mit Positivsymptomatik (bspw. Wahnideen) in Verbindung gebracht. Solche Denkverzerrungen treten nicht nur bei Menschen mit einer diagnostizierten psychotischen Erkrankung auf, sondern auch bei Menschen, die zwar psychoseähnliche Erfahrungen machen, jedoch nie Bedarf nach psychiatrischer Unterstützung entwickeln. Dementsprechend versteht das MKT psychotisches Erleben als auf einem Kontinuum liegend und Wahn als eine Extremform der „normalen“ Wahrnehmung.

### Metakognitives Training

Basierend auf den o.g. Befunden zu Denkverzerrungen entwickelten Moritz und Woodward Anfang der 2000er Jahre das Metakognitive Training für Menschen mit Psychosen (MKT). Das MKT ist ein offenes Gruppenthera-

pieprogramm, welches darauf abzielt, Patient:innen mögliche Verzerrungen im eigenen Denken bewusst zu machen und diese zu reflektieren. Das MKT umfasst zehn in sich abgeschlossene Module (sieben zu Denkverzerrungen und jeweils eins zu Stimmung [depressiven Denkstilen], Selbstwert und Stigma).

Beim MKT wird nicht direkt über das Wahnerleben oder andere psychotische Inhalte gesprochen. Stattdessen werden den Teilnehmenden anhand neutraler Übungen (gezeigt über Videoprojektor und Präsentationsfolien) Denkverzerrungen unmittelbar dargestellt („Hintertüransatz“). Beispielsweise wird im Modul 4 (Einfühlung I) vermittelt, dass Mimik und Gestik wichtige Hinweise auf die Gefühle einer anderen Person sind, sie jedoch auch täuschen können. Hierfür wird den Teilnehmenden in den Übungen ein Bildausschnitt präsentiert, auf dem lediglich ein Gesicht ohne Kontextinformationen zu sehen ist. Die Teilnehmenden sollen anhand des Gesichtsausdrucks erraten, um welche Situation es sich handelt (*siehe Abbildung 1, Seite 23*). Somit machen Teilnehmende unmittelbar die Erfahrung,



dass der Gesichtsausdruck allein nicht immer ein sicherer Hinweis auf die zugrundeliegende Emotion ist. Meist sind weitere Informationen, hier Kontextinformationen der Situation, erforderlich. In einem weiteren Schritt wird dann der Bezug zum Denken in der Psychose hergestellt, wo beispielsweise ein konzentrierter Blick fälschlicherweise als feindselig interpretiert wird.

Die Wirksamkeit des MKTs und Akzeptanz durch Patient:innen wurde bereits in mehreren Metaanalysen nachgewiesen.

Mittlerweile ist das MKT in 37 Sprachen übersetzt und steht Therapeut:innen kostenlos auf unserer Homepage ([www.uke.de/mkt](http://www.uke.de/mkt)) zur Verfügung. Das Material wird dabei kontinuierlich weiterentwickelt. Ein etwa 40 Seiten umfassendes Manual, welches die Durchführung der MKT-Gruppe und die zugrundeliegenden Denkverzerrungen beschreibt, stellen wir nach Registrierung auf unserer Homepage ebenfalls kostenfrei zur Verfügung. Zusätzlich bieten wir auch eine Online-Schulung an ([www.uke.de/e-mkt](http://www.uke.de/e-mkt)). Weiterhin wurden in den letzten Jahren diverse Adaptionen des MKT-Konzepts für andere Störungsbilder wie Depression, Borderline Persönlichkeitsstörung und pathologisches Glücksspielverhalten entwickelt, welche ebenfalls alle auf unserer Homepage bereitgestellt sind. Die Angebote werden durch Spenden mitfinanziert.

### Metakognitives Training für das akutenpsychiatrische Setting (MKT-A)

Obwohl Psychotherapie leitlinienkonform allen Patient:innen mit psychotischen Störungen innerhalb der stationären Behandlung zur Verfügung

stehen sollte, erhält ein substantieller Anteil der Patient:innen keine spezifische Psychotherapie. Insbesondere für das akutenpsychiatrische, oft geschlossene, Setting gibt es bisher kaum evidenzbasierte, standardisierte Therapieprogramme, obwohl die Patient:innen dort sich mehr therapeutische Interventionen wünschen, die auf Interaktion mit dem Behandlungsteam beruhen.

Das MKT ist als Adaptionsbasis für dieses Setting besonders geeignet, da es die Denkverzerrungen an Alltagsbeispielen und neutralen Übungen erläutert, und volle „Krankheitseinsicht“ kein notwendiges Kriterium für die Teilnahme darstellt. Auch bauen die MKT-Module inhaltlich nicht aufeinander auf, sodass Patient:innen jederzeit ein-, aussteigen und pausieren können, was auf Akutstationen, wo sehr viel Patient:innenwechsel und Schwankungen in der Symptombelastung vorkommen, extrem hilfreich (wenn nicht sogar essentiell) ist.

Das Metakognitive Training für das akutenpsychiatrische Setting (MKT-A) richtet sich an Patient:innen auf geschützten Stationen bzw. in akutenpsychiatrischer Versorgung. Da der Großteil der Patient:innen in diesem Setting Psychosen erlebt, jedoch oftmals auch Patient:innen mit anderen Diagnosen (z.B. Depression, Borderline Persönlichkeitsstörung, Substanzkonsumstörung) dort behandelt werden, setzt das MKT-A neben dem Schwerpunkt auf Denkverzerrungen, die mit psychotischem Erleben assoziiert sind, einen weiteren Fokus auf typischerweise der Depression zugeordnete Denkverzerrungen.

Basierend auf dem MKT für Psychose und einem einzelnen Modul aus dem MKT für Depressionen (D-MKT) wurden 7 Module für das MKT-A entwickelt (siehe Tabelle 1, Seite 24).

Die ursprünglichen Module wurden zunächst in ihrem Umfang reduziert und in ihrer Struktur verändert. Weiterhin wurden alle Textelemente bestmöglich in einfacher Sprache verfasst. Es wurde größtenteils auf Bildmaterial verzichtet, da dies vor allem stark assoziationsgelockerte Patient:innen sehr schnell ablenken kann. Das MKT-A greift die Betonung des ursprünglichen MKTs auf, dass irren menschlich ist und dass die Gefahr, in Denkfällen zu tappen, insbesondere in schweren psychischen Krisen erhöht ist. Zum Ende der Module finden sich Alltagsbeispiele, welche die Relevanz des vorher Besprochenen für die Patient:innen persönlich verdeutlichen sollen. Grundsätzlich folgt die Durchführung des MKT-A den Angaben im Manual des regulären MKTs. Das MKT-A sollte also von zwei Trainer:innen durchgeführt werden und die Folien werden mithilfe eines Projektors an der Wand gezeigt. Es hat sich beim MKT-A bewährt, kleinere Gruppen zu bilden (2-6 statt bis zu 12 Teilnehmende). Bei vielen Patient:innen auf der geschützten Station sind außerdem Aufmerksamkeit und Konzentration reduziert, sodass die Trainer:innen spätestens nach 30 Minuten in die Runde fragen sollten, ob die Patient:innen noch ausreichend Konzentration haben, oder ob die Trainingseinheit bald beendet werden sollte. Grundsätzlich ist es

**Das MKT ist als Adaptionsbasis geeignet, da es die Denkverzerrungen an Alltagsbeispielen und neutralen Übungen erläutert, und volle „Krankheitseinsicht“ kein notwendiges Kriterium für die Teilnahme darstellt.**



Abbildung 1 Modul Einführung I: Bei dieser Übung sollen Teilnehmende anhand eines Bildausschnitts Emotionen erkennen und die Sicherheit ihrer Einschätzung angeben. Darauf folgt die (für die meisten Teilnehmenden überraschende) Auflösung.

auch erlaubt, zwischendurch raus zu gehen und Pausen zu machen oder die Gruppe zu verlassen, wenn die Teilnehmenden sich überfordert fühlen. Insbesondere Menschen, die unter Verfolgungswahn leiden, zeigen Sicherheitsverhalten wie Rückzug und Vermeidung. Diese Verhaltensweisen erschweren jedoch das Erleben und Verarbeiten von Informationen, die der wahnhaften Überzeugung widersprechen und tragen so zur Aufrechterhal-

tung des Wahns bei. Ziel des MKT-A ist es daher auch, Patient:innen in Kontakt mit anderen zu bringen und einen konstruktiven Austausch von Ideen und Meinungen zu fördern. Die Patient:innen sollen die Erfahrung machen, dass ihre Meinung zählt und gehört wird, auch wenn nicht alle unbedingt zustimmen. Wenn Teilnehmende konkrete wahnhafte Ideen äußern, ist es hilfreich, als Therapeut:in diese Überzeugungen nicht zu hinterfragen,

sondern einfach auf das aktuelle Gesprächsthema zurück zu kommen. Werden die Therapeut:innen direkt gefragt, ob sie der wahnhaften Überzeugung zustimmen, sollte jedoch auch nicht einfach zugestimmt, sondern die eigene Wahrnehmung neutral der Teilnehmenden gegenübergestellt werden.

**Ausblick**

Bisher gibt es kaum psychologische Gruppenangebote für das akutpsychiatrische Setting, obwohl Studien zeigen, dass Patient:innen im Akutsetting sich mehr Interaktion mit dem Behandlungsteam im Rahmen therapeutischer Interventionen wünschen. Aus unseren bisherigen Erfahrungen in der Anwendung wissen wir, dass auch Teilnehmende mit sehr akuter Symptomatik imstande sind, die Themen des MKT-A zu greifen. Auch scheinen viele Teilnehmende vom Austausch in der Gruppe zu profitieren, sowohl durch Teilen ähnlicher Erfahrungen als auch durch Aushalten anderer Meinungen. Weiterhin erleben wir oft, dass Patient:innen, die bereits auf der Akutstation am MKT-A teilgenommen haben, nach Verlegung auf die offene Station eine weitere Teilnahme am regulären MKT für Psychose wünschen. Eine erste Machbarkeitsstudie zum MKT-A befindet sich derzeit in Vorbereitung zur Publikation. Kann gezeigt werden, dass das MKT-A sicher ist und von Patient:innen als subjektiv sinnvoll erlebt wird, dann kann es als ein Baustein in einem biopsychosozialen Behandlungsplan von Akutstationen für Menschen mit Psychose eingesetzt werden. Weitere Studien sind notwendig, um den Einfluss des MKT-A auf spezifische psychotische Symptomatik wie bspw. Wahnerleben zu ermitteln. ●

**Literatur**

Ausführliche Literaturangaben zu diesem Beitrag unter [www.kerbe.info](http://www.kerbe.info)

**Tabelle 1**

Titel des Moduls (Zieldomäne)	Modulbeschreibung
Einfühlung (Theory of Mind)	Den Patient:innen soll deutlich gemacht werden, dass man sich bei der Einschätzung der Gefühle und Beweggründe seiner Mitmenschen oft irren kann. Durch die Übungen soll verinnerlicht werden, dass Gefühlszustände anderer nicht allein aufgrund eines Merkmals (bspw. Mimik / Vorerfahrung) beurteilt werden können, sondern dass immer weitere Informationsquellen berücksichtigt werden sollten.
Gedrückte Stimmung (Depression)	In diesem Modul werden Denkverzerrungen vorgestellt, die Depression fördern bzw. aufrechterhalten können. Zentral ist hier, den Patient:innen zu vermitteln, dass Depression veränderbar ist. Des Weiteren werden Strategien zur Steigerung der Stimmung vermittelt.
Begründungen finden (Attributionsstil)	Das Modul zeigt verschiedene mit Psychose und Depression assoziierte Attributionsstile auf und stellt die zwischenmenschlichen Probleme, die mit ihnen oft einhergehen, dar. Anhand der Übungen soll eine ausgewogenere Erklärungsfindung für verschiedene Situationen trainiert werden.
Umgang mit Vorurteilen (Stigmatisierung)	In diesem Modul werden negative Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen diskutiert und psychische Erkrankungen normalisiert. Auch wird diskutiert, wie man die eigene Erkrankung kommunizieren kann, um negativen Vorurteilen entgegenzuwirken.
Voreiliges Schlussfolgern	Anhand der Übungen wird demonstriert, dass zu schnelle Entscheidungen oft zu Fehleinschätzungen führen und dramatische Konsequenzen haben können. Das Abwarten sowie das Einholen und Abwägen möglichst vieler Informationen vor dem Fällen einer (wichtigen) Entscheidung wird geübt.
Umgang mit gedrückter Stimmung (Dysfunktionale Copingstrategien)	In diesem Modul werden die problematischen Coping-Strategien Gedankenunterdrückung, Grübeln und Rückzug thematisiert. Die Dysfunktionalität der Strategien wird anhand der Übungen verdeutlicht und Alternativstrategien vorgestellt.
Selbstwert	Das Modul befasst sich mit dem Konzept des Selbstwerts und weist auf, wie depressive Denkstile den Selbstwert eines Menschen beeinflussen können. Mithilfe der Übungen sollen Patient:innen lernen, sich ihre eigenen Stärken aktiv bewusst zu machen und ihren Selbstwert anhand spezifischer Strategien zu steigern.



# Verschwörungstheorie und Wahn

## Notwendige Abgrenzung und mögliche Prävention

Von Michael Butter und Thomas Bock

Verschwörungstheorien scheinen Konjunktur zu haben. Spielen die Angst vor dem unsichtbaren Feind (Corona) oder die Folgen einer gespaltenen Gesellschaft (USA) eine wesentliche Rolle? Wer schwört wem? Wer neigt zu Verschwörungstheorien und warum? Gibt es aus historischer Perspektive eine Zunahme oder doch eher das Gegenteil? Nutzt der Vergleich mit Wahn? Was hilft, um diesem Phänomen zu begegnen – gesellschaftlich, politisch, wissenschaftlich, aber auch in der ganz persönlichen und familiären Auseinandersetzung? Der Dialog zwischen Thomas Bock und Michael Butter war ursprünglich Teil der Vorlesungsreihe Anthropologische Psychiatrie, die wegen der Corona-Beschränkungen als Online-Dialog („Bock auf Dialog?“) geführt wurde (lecture2go, Uni Hamburg). Er führt zu hoffnungsvollen Schlussfolgerungen, u. a. zu Aufträgen an Politik und Wissenschaft. Die Resonanz war so groß, dass die KERBE-Redaktion um eine schriftliche Version als gemeinsamen Artikel gebeten hat.



Michael Butter

Professor für amerikanische Literatur- und Kulturgeschichte an der Eberhard Karls Universität Tübingen. Forscht seit langem zum Thema Verschwörungstheorien und Populismus.



Thomas Bock

Prof. Dr., Psychiatrische Universitätsklinik Hamburg, organisiert seit langem eine Vorlesungsreihe zur Anthropologischen Psychiatrie, aktuell als online-Dialog („Bock auf Dialog?“ – s. lecture2go, Uni Hamburg)

### Was ist eine Verschwörungstheorie?

Nach dem amerikanischen Politikwissenschaftler Michael Barkun (2003) zeichnen sich Verschwörungstheorien durch drei Annahmen aus:

1. Nichts geschieht durch Zufall, alles wurde geplant: Es gibt also diese eine Gruppe, nach deren Willen sich Geschichte entfaltet und nach deren Willen die Ereignisse stattfinden.
2. Nichts ist so, wie es scheint: Diese Gruppe operiert im Verborgenen. Man muss also immer hinter die Kulissen schauen und tief graben, um zu erkennen, was wirklich vor sich geht.
3. Alles ist miteinander verbunden, viel mehr, als man es erst für möglich gehalten hätte: Es gibt also Verbindungen zwischen Personen, Institutionen, Ereignissen, die nur Sinn ergeben, wenn man eine Verschwörung annimmt. Die Funktion der Weltenerklärung rechtfertigt auch die Verwendung des Begriffs Verschwörungstheorie statt Verschwörungsmymthen (Butter 2021).

### Verschwörungstheorie oder Verschwörungspraxis?

Werden Menschen, die eine Verschwörungstheorie entwickeln, nicht immer

*auch selbst zu Verschwörern, werden also politisch praktisch tätig; und müssten wir dann nicht eigentlich von Verschwörungspraxis sprechen?*

Nein, nicht in allen Fällen werden Leute, die an Verschwörungstheorien glauben, selbst aktiv, lassen sich also mobilisieren. Das ist eher eine recht neue Entwicklung, die auch ganz stark an populistische Bewegungen angebunden ist. Lange Zeit ging es eher darum, die eigenen Erfahrungen zu interpretieren und nach weiteren Hinweisen zu suchen, um die Verschwörung zu belegen. Manche Forscher fragten, wie kann man die überhaupt mal dazu bringen, etwas zu tun? Mittlerweile tun die Leute was und gar nicht im Verborgenen. Man muss ja dann nur bei den entsprechenden Telegram-Gruppen oder Facebook-Gruppen einschalten, dann stellt man fest, da wird darüber geredet, das Capitol in Washington oder den Reichstag in Berlin zu stürmen.

### Politisches Muster von Verschwörungstheorien?

*Ist es z.B. typisch für Verschwörungstheorien, dass sie antisemitisch und nationalistisch sind?*

In sehr vielen Verschwörungstheorien des 20. Jahrhunderts spielte der Anti-

semitismus eine wichtige Rolle, aktuell kommen die meisten Verschwörungstheorien auch ohne antisemitische Muster aus. Das heißt, sie sind im Grunde multiversional. Da gibt es dann antisemitische Versionen und nicht-antisemitische Versionen, und oft sind die auch so offen, dass das Publikum sich das aussuchen kann. Historisch ist es so, dass Antisemitismus und Verschwörungstheorien nicht automatisch miteinander verknüpft sind. Umgekehrt könnte man aber sagen, dass der Antisemitismus eigentlich auch immer irgendwo verschwörungstheoretisch ist.

### Verschwörung und Macht

*Lange Zeit war der Rassismus herrschende Ideologie. Kommt es nicht einer Verharmlosung gleich, Hitler zum Verschwörungstheoretiker zu erklären? Ging es nicht auch um wirtschaftliche Interessen, um eine bestimmte Machtvorstellung, die Welt zu unterwerfen?* Der Nationalsozialismus ist sicher wesentlich mehr als eine Verschwörungstheorie, aber er ist eben auch eine Verschwörungstheorie. Sicher war der Rassismus mal herrschende Ideologie, aber das gilt für etliche Verschwörungstheorien auch! Historisch betrachtet



leben wir bei Weitem nicht in einer Blütezeit der Verschwörungstheorien. Aus einer Vielzahl von historischen Forschungen wissen wir mittlerweile, dass es im Grunde von der Frühen Neuzeit, wo moderne Verschwörungstheorien entstanden, bis nach dem Zweiten Weltkrieg in der gesamten westlichen Welt völlig normal war, an Verschwörungstheorien zu glauben. Das gilt z.B. für Winston Churchill oder auch für Thomas Mann. Praktisch jeder amerikanische Präsident war Verschwörungstheoretiker. In Deutschland war eben im Grunde eine bestimmte Verschwörungstheorie, die von der jüdisch-bolschewistischen Weltverschwörung, zwölf Jahre lang sozusagen Staatsideologie und hat natürlich mit anderen Faktoren die Geschicke der Regierung gelenkt. Verschwörungstheorien waren immer schon wichtig für den nationalsozialistischen Diskurs!

### Aktueller Zulauf zu Verschwörungstheorien

*Wenn Verschwörungstheorien aktuell Konjunktur haben, liegt das (bei uns) an Corona oder (in Amerika) an der Spaltung der Gesellschaft? Oder ist das nur die Berichterstattung?*

Auch wenn Verschwörungstheorien gerade im letzten Jahr eine erhöhte Sichtbarkeit hatten, geht es nicht nur um die Berichterstattung. Vielleicht muss man zwischen Deutschland und den USA unterscheiden. Wir wissen aus einer Reihe von Studien, dass die Zahl der Menschen, die empfänglich sind für Verschwörungstheorien, im letzten Jahr in Deutschland nicht (!) zugenommen hat (Zick u.a. 2019, 2021). Nach den Daten, die vor der Corona-Krise erhoben wurden, sind meist etwa ein Drittel der Deutschen empfänglich für Verschwörungstheorien, haben also die sogenannte Verschwörungsmentalität. Dabei muss man sicher unterscheiden: Menschen, die wirklich ihr ganzes Leben nach Verschwörungstheorien ausrichten, bilden eine viel kleinere Gruppe, vielleicht maximal 10% der Bevölkerung. Doch eine ganze Reihe von methodisch guten Studien u.a. eine Studie der Konrad-Adenauer-Stiftung, aber auch z.B. die neueste Ausgabe der Leipziger Autoritarismus-Studie kommen ziemlich genau auf dieses eine Drittel der Deutschen, das empfänglich ist für Verschwörungstheorien.

### Nehmen Verschwörungstheorien zu oder ab?

Ein Drittel ist eine Menge, aber hätten wir dieselben Daten vor hundert oder zweihundert Jahren erhoben, dann wären wir garantiert auf weit über 90% der Deutschen gekommen oder der Amerikaner oder der Franzosen: Es war komplett normal, an solche Theorien zu glauben. Die spannende Frage ist jetzt: Warum kommt es uns so vor, dass das mehr geworden ist? Viele von uns haben im letzten Jahr die Erfahrung gemacht, dass in unserem Freundeskreis, in unserem Bekanntenkreis, in unserer Verwandtschaft, vielleicht auch im Kollegenkreis, jemand war, der sich als Verschwörungstheoretiker oder als Verschwörungstheoretikerin geoutet hat. In den allermeisten Fällen war das aber vermutlich so, dass diese Menschen schon vorher diese Tendenz hatten, das aber für sich behalten haben (Butter & Knight 2015). Wir dürfen uns den Glauben an Verschwörungstheorien nicht als etwas vorstellen, was man hat oder nicht hat, was an oder aus ist; sondern wir müssen uns ein Kontinuum vorstellen – mit einem Pol „Nichtverschwörungstheoretiker“ und einem anderen „absoluter Verschwörungstheoretiker“. Und was nun passiert ist in den letzten Monaten ist, dass die Menschen, die ohnehin schon eine Tendenz zu Verschwörungstheorien hatten, vielleicht zwei, drei, vier Stufen weiter zu diesem Pol „Verschwörungstheorie“ hingewandert sind, also in ihren Überzeugungen extremer geworden sind.

### Wer ist besonders anfällig für Verschwörungstheorien?

Vom psychologischen Profil her sind vor allem zwei Gruppen von Menschen in der westlichen Welt der Gegenwart besonders anfällig für Verschwörungstheorien (Douglas 2019):

- Menschen, die das Gefühl haben, einen Macht- und Kontrollverlust zu erleiden, und die das dann über angebliche Verschwörungen erklären, und
- Menschen, die schlecht mit Unsicherheit und Ambivalenz umgehen können, die also nach Eindeutigkeit streben, die dann auch empfänglich werden für Verschwörungstheorien, die diese Eindeutigkeit – zumindest vermeintlich – liefern.

Genau das passiert jetzt in der Corona-Krise, insbesondere in diesen ersten Wochen und Monaten. Die Politik weiß

nicht so genau, was sie machen soll. Die Wissenschaft lernt quasi jeden Tag neue Dinge über dieses Virus und muss ihre Empfehlungen und Aussagen entsprechend korrigieren. In dieser Zeit sind Corona-Verschwörungstheorien natürlich extrem attraktiv, weil sie Sicherheit suggerieren. Denn dann weiß man zumindest, das passiert da wirklich, die stecken dahinter und dort soll es hinführen. Und diese Erzählungen, diese Verschwörungserzählungen, sind seitdem erstaunlich konstant und unverändert geblieben.

### Verschwörungstheorie und Wahn

*Ohnmacht, Kontrollverlust und die Vermeidung von Ambivalenz sind wesentliche Indikatoren für die Wahrscheinlichkeit von Verschwörungstheorien. Gilt das nicht auch für Wahn?*

Im Rahmen des Dialogs hat sich die Chance ergeben, pathologische Phänomene zu dekonstruieren, sie auch anthropologisch zu betrachten, also die Frage nach Normabweichung und Fremdheit von Symptomen zu erweitern um die neugierige Frage, was daran auch zutiefst menschlich, uns allen möglich und im Einzelfall auf einem Kontinuum vielleicht stärker ausgeprägt sein kann. So gesehen ist die Psychose vielleicht auch Ausdruck einer besonderen Dünnhäutigkeit oder vorübergehenden Durchlässigkeit, wodurch innere Dialoge zu äußeren (Halluzinationen) werden oder äußere auch reale Ereignisse einen filterlos treffen (Paranoia). Und auch der Wahn kann funktionelle und sinnhafte Aspekte haben, entsteht z.B. um unerklärliche Wahrnehmungen (Halluzinationen) einzuordnen (Bock 2014). Auch hier geht es um eine Vermeidung von Kontrollverlust. *Müssen wir also auch Verschwörungstheorien anthropologisch betrachten, sie auf ihre Funktionalität befragen?*

### Wesentliche Unterschiede – Verschwörungstheorien als geteilte Vorstellungen

- Besonders ist, dass die Entwicklung von Verschwörungstheorien aktuell in einem so großen Umfang, also quasi kollektiv passiert: Müssen wir also von kollektivem Wahn sprechen?
- Besonders könnte auch sein, dass es auch um Themen geht, die weit entfernt sind von individuellen Konflikten? Macht es trotzdem Sinn, die Idee vom Wahn als Konstruktion von Bedeutung zu übertragen?

- Verblüffend ist auch, wie weit sich Verschwörungstheorien jeder Logik entziehen und trotzdem damit in die Öffentlichkeit treten: Die Tatsache, dass die digitale Branche von der Corona-Krise profitiert, umzudrehen zur Annahme, dass Corona überhaupt nur von der digitalen Branche erzeugt und erfunden wurde, ist ja schon eine gewaltige Verdrehung der Wirklichkeit. Wie ist dieses Ausmaß von Unlogik zu erklären?
- Ist ein Mensch im Wahn demütiger, weil er sich i.d.R. weit weniger öffentlich macht?
- Verschwörungstheorien sind immer auch soziale Phänomene: Die Leute teilen diese Sichtweisen und bedienen dasselbe Vokabular.

Niemand wird oder ist alleine VerschwörungstheoretikerIn. Man sucht die Nähe einer Gemeinschaft, man versucht, die Unsicherheit in einer Gemeinschaft aufzuheben und ist dann sozusagen Teil eines Ganzen, Teil einer verschwörungstheoretischen Gemeinschaft. Die soziale und kulturelle Dimension ist wichtig. Verschwörungstheorien sind geteilte Vorstellungen, Narrative, also Vorstellungen, die sich auch manifestieren in Texten, in Bildern, in Filmen, die man macht, in Tweets, die man absetzt, in einem geteilten Vokabular, in Chiffren, die geteilt werden.

### Alles Plan, kein Zufall – Wesensmerkmale von Verschwörungstheorien

Menschen, die an Verschwörungstheorien glauben, können letztendlich den Zufall nicht akzeptieren. Sie denken, dass jemand, der von etwas profitiert, auch ursächlich dafür verantwortlich sein muss. Denn in einer Welt, in der die Dinge nicht nur einfach so geschehen, sondern geplant sind, muss ja die Person das geplant haben, die davon letztendlich profitiert. Also: Cui bono? Wem nützt das? ist die typische Ausgangsfrage der verschwörungstheoretischen Argumentation. Man schaut, wer davon profitiert oder vermeintlich profitiert und hat dann die Schuldigen identifiziert und strickt dann im Grunde eine Indizienkette rückwärts, bei der alles, was irgendwie passt, passend gemacht werden kann, passend gemacht und alles andere ignoriert wird. Das hat eine lange Tradition: Es gibt eine ganze Reihe von wissenschaftshistorischen Arbeiten, die zeigen, dass die

mechanistische Logik der Aufklärung, die eben auch Ursache und Wirkung auf eine bestimmte Art und Weise zusammengedacht hat, dieses Denken extrem befördert hat; deshalb war es im 18. und 19. Jahrhundert normal, an Verschwörungstheorien zu glauben. Erst das Aufkommen der modernen Sozialwissenschaften und ein paar andere Faktoren haben diesem Trend entgegengewirkt. *Wie unterscheiden sich dann Verschwörungstheorien von kritischer Reflexion?* Es ist eine Sache, kritisch zu hinterfragen, wie die Bundesregierung mit der Corona-Pandemie umgeht. Das ist legitim, nötig und wichtig für eine funktionierende Demokratie, und Anlass dafür gibt es genug. Aber es ist etwas völlig anderes zu sagen, diese Pandemie wurde inszeniert u.a. eben auch von unserer Regierung, um uns unsere Bürgerrechte wegzunehmen.

### Verschwörungstheoretiker nicht psychiatrisieren

Die historische und sozialwissenschaftliche Forschung ist aus guten Gründen davon abgekommen, Verschwörungstheorien psychiatrisch zu erklären oder mit Wahnvorstellungen zusammenzubringen, weil dies lange Zeit den Blick darauf verstellt hat, wie prominent und wie sehr im Mainstream verankert Verschwörungstheorien waren und sind. (Hofstadter 1996). Festzuhalten bleibt aber, dass sich beides nicht ausschließt. Anhand von Gewalttaten wurde breit diskutiert, was jeweils handlungsleitend war – der Wahn oder die (rechte) Verschwörungstheorie? Im Falle des Norwegers Breivig war das eindeutig, weil er sich auf andere berief und seine Theorien von anderen geteilt wurden. Beim Attentäter von Hanau war das weniger eindeutig; bei ihm überwog eine sehr private Verschwörungstheorie allerdings auch hier auf dem Hintergrund rassistischer politischer Überzeugungen.

### Beispiel QAnon

Wie kann man so absurde Vorstellungen entwickeln? Man kann kritisch gegenüber den Herrschenden sein und ihnen alles Mögliche unterstellen; aber zu unterstellen, dass diese jetzt das Blut von Kindern saugen und sich deshalb verjüngen usw.? Also, wie kommt man auf solche absurden Konstruktionen? Für eine psychologische Erklärung ist hier nicht der Platz. Entscheidend ist,

dass all diese Ideen, die QAnon-Anhänger glauben, eine lange Geschichte haben und sich aus ganz vielen Quellen speisen: Bei der Vorstellung, da wird das Blut von Kindern getrunken, können wir weit zurückdenken – an die Ritualmordlegenden des Mittelalters, an antisemitische Legenden oder an Vorwürfe gegenüber Katholiken und Mormonen in den USA des 19. Jahrhunderts, an die Hexen und die Inquisition, an antisemitische und antikatholische Motive. Es gibt Vorwürfe gegenüber einem tiefen Staat, der irgendwie liberal pädophil ausgerichtet ist, spätestens seit den sechziger Jahren, auch immer wieder verknüpft mit Satanismusvorwürfen. In der amerikanischen Geschichte ist es über Jahrhunderte hinweg bis in die 1960er Jahre immer quasi das religiös andere, dem man die Verschwörung unterstellt: den Katholiken, den Mormonen, irgendwann auch den Juden. Und ab den sechziger Jahren sind es die, die überhaupt gar nicht mehr so richtig traditionell religiös sind, sondern die angeblich den Satan anbeten. Wichtig ist der Prozess: Für viele ist QAnon gar nicht der Einstieg in die Welt der Verschwörungstheorien, sondern die glauben erst einmal, es gibt einen tiefen Staat, eine Bürokratie, die arbeitet gegen Trump oder sonst etwas. Sie werden emotionalisiert, weil sie denken, mein Präsident, der ein hervorragender Präsident ist, dem wird versucht, sich irgendwie zu widersetzen. Und dann ist man auf einmal dabei, den Verschwörern alles Schlimme zu unterstellen bis hin zum Kindesmissbrauch.

### Umgang mit Verschwörungstheorien im Bekanntenkreis

Wir wissen, dass überzeugte Verschwörungstheoretikerinnen und Verschwörungstheoretiker noch mehr an ihre Theorien glauben, wenn man sie mit schlüssigen Gegenbeweisen konfrontiert. Wer sich in seiner Identität bedroht fühlt, klammert sich erst recht an seine Überzeugungen. Manchmal erweist es sich als einigermaßen hilfreich, wenn man versucht, Empathie zu zeigen, im Gespräch zu bleiben, die Verbindung nicht abreißen zu lassen, und dann so was zu sagen wie „Ich möchte verstehen, warum Du das glaubst. Warum vertraust Du diesen Quellen und nicht den anderen? Wieso hältst Du das für ein überzeugendes Argument und nicht jenes?“ Damit kann das Ziel verbunden sein, dass man vielleicht irgendwann einen Prozess der

Selbstreflektion losstreifen kann bei diesen Menschen, der dazu führt, dass diese da wieder rauskommen. Das ist nicht leicht, nicht immer von Erfolg geprägt und u.U. sehr anstrengend für einen selbst.

Anders verhält es sich bei Menschen, die noch nicht überzeugt sind, aber bereits eine Affinität zu diesen Theorien haben. In solchen Fällen weiß man, dass es sehr gut funktioniert, wenn man sich klar gegen diese Vorstellungen positioniert und sagt „Momentmal, ich glaube, das ist eine Verschwörungstheorie und schau mal hier, dieser Faktencheck im Internet – und davon gibt es ja ganz viele –, die haben sich das mal genauer angeschaut, und das stimmt nicht. Da werden auch bewusst Unwahrheiten verbreitet“. Das kann in solchen Fällen erfolgreich sein. Nebenbei gesagt: Empathie ist auch gegenüber jemandem, der von seinen Halluzinationen oder Wahnvorstellungen spricht, der beziehungsstiftende Kompromiss: Dem anderen nicht direkt widersprechen, sich selbst nicht verleugnen, sondern eine gemeinsame emotionale Realität herstellen: „Mensch, das stelle ich mir schrecklich vor, wenn Sie das so hören/sehen/annehmen“.

## Gesellschaftliche Prävention durch Bildung und Partizipation

Was können wir gesellschaftlich tun, um diesen Bewegungen und Verschwörungstheorien präventiv das Wasser abzugrauben? (Butter 2020):

- Zu Verschwörungstheorien neigen vor allem Menschen, die das Gefühl haben, man hört sie nicht mehr, sie haben keinerlei Einfluss mehr auf politische Prozesse und ihnen schwimmen irgendwie die Felle weg. Da kann Politik natürlich gegensteuern. Politik muss ja nicht immer alles machen, was die Leute ihnen sagen, aber man kann zumindest diese Positionen anerkennen und kann den Leuten das Gefühl geben, dass man sie zumindest ernst nimmt.
- Das andere, was man machen kann, ist Bildung zu fördern. Wir wissen, dass der Glaube an Verschwörungstheorien mit dem Bildungsniveau korreliert, was nicht heißt, dass nicht auch sehr gebildete Menschen an Verschwörungstheorien glauben. Aber tendenziell nimmt die Neigung zu Verschwörungstheorien doch mit dem Bildungsgrad ab, und wir wissen historisch aus den USA, dass es das Einsickern von sozialwissenschaftlichem Wissen in das Alltagswissen der Menschen war, das

dazu geführt hat, dass Verschwörungstheorien Ende der fünfziger Jahre erst einmal aus der Mitte der Gesellschaft an deren Ränder verschwunden sind.

## Vom orthodoxen zum heterodoxen Wissen

Heterodoxes Wissen bedeutet Wissen, das nicht gesellschaftlich akzeptiert ist, also z.B. Aberglauben, Glaube an Magie usw.. Das heißt nicht, dass dieses Wissen unpopulär ist, aber man kann damit nicht ohne weiteres den wissenschaftlichen oder politischen Diskurs bestimmen. Orthodoxes Wissen wäre Wissen, das wirklich allgemein akzeptiert ist, von dem angenommen wird, es ist valide im Sinne einer allgemeingültigen Form, sich die Welt zu erklären (Hepfer 2015, Pfahl-Traugher 2002).

Verschwörungstheorien waren das lange Zeit, und dann passierte es in den USA in den fünfziger Jahren, dass also sozialwissenschaftliches Wissen in das Alltagsleben der Amerikaner einsickerte, weil es auch gezielt popularisiert wurde von Wissenschaftlern und Journalisten. Und das ist Wissen, das eben andere Erklärungen für gesellschaftliche Prozesse lieferte als die Idee, das ist alles von irgendwem geplant worden, z.B. soziologische Habitusstheorien, die erklären können, dass Menschen handeln, als hätten sie sich abgesprochen, ohne dass das zutrifft.

## Grund für Optimismus

Wir wissen, dass Bildung, Wissen darüber, wie gesellschaftliche Prozesse und wie Politik funktionieren, aber auch z.B. Wissen darüber, wie Verschwörungstheorien zustande kommen und warum sie die Welt eben nicht adäquat erklären, sehr wohl dazu führen kann, dass der Glaube an Verschwörungstheorien abnimmt. Die Politik hat daher durchaus Einflussmöglichkeiten und kann z.B. auch die Bildungspläne von Schulen entsprechend ausrichten. Die Politik ist also keineswegs ohnmächtig, sondern muss nur ihre Arbeit tun, muss mehr Demokratie wagen, mehr zuhören, auch denen, die am Rande sind und auch die mehr einbeziehen. Auch die Wissenschaft kann darauf hinwirken, dass wir mehr reflektieren und auch gesellschaftliche Diskurse fördern, auch mit der Idee, dass wir etwas tun können gegen die Verschwörungstheorien. Hilfreich dazu wäre auch ein genaueres Wissen

über die Geschichte von Verschwörungstheorien in den verschiedenen Gesellschaften und Kulturen.

## Ausblick

Auch Irren ist eine anthropologische Konstante, man kann es individuell kultivieren – mit oder ohne psychische Erkrankung. Man kann es auch kollektiv gestalten, dann hat es unterschiedliche Formen z.B. die der Verschwörungstheorie. Die soziale Betrachtung ist hilfreich, die politische Entgegnung wichtig, die historische Betrachtung wertvoll, auch um die aktuelle Bedrohung ein Stück zu relativieren. Historisches Wissen hilft uns eben auch, mit der Gegenwart umzugehen – auch in diesem Fall. Aktuell helfen Partizipation und Bildung auf gesellschaftlicher Ebene und eine Mischung von Klarheit, Toleranz und Empathie auf der persönlichen Ebene. ●

## Literatur

- Barkun M (2003):** A Culture of Conspiracy. Apocalyptic, Visions in Contemporary America, Berkeley–Los Angeles 2003, S. 3 f.
- Bock T (2014):** Wird die Menschheit kränker oder die Krankheit menschlicher, Editorial Psychiatrie. Praxis 2014; 41: 121–123
- Butter M (2018):** „Nichts ist, wie es scheint“. Über Verschwörungstheorien, Berlin, 2018, S. 105–114, ed. Suhrkamp
- Butter M (2020):** Nennt sie beim Namen!, 28. 12. 2020, [www.zeit.de/gesellschaft/2020-12/verschwuerungs-theorien-corona-krise-wort-des-jahres-2020](http://www.zeit.de/gesellschaft/2020-12/verschwuerungs-theorien-corona-krise-wort-des-jahres-2020).
- Butter M (2021):** Verschwörungstheorien: Eine Einführung; aus: Politik und Zeitgeschichte (APuZ) S 1–9
- Butter M & Knight P (2015):** Bridging the Great Divide. Conspiracy Theory Research for the 21st Century, in: Diogenes 3–4/2015, S. 17–29.
- Douglas K et al. (2019):** Understanding Conspiracy Theories, in: Advances in Political Psychology 51/2019, DOI: 10.1111/pops.12568.
- Hepfer K (2015):** Verschwörungstheorien. Eine philosophische Kritik der Unvernunft, Bielefeld 2015, S. 26.
- Hofstadter R (1996):** The Paranoid Style in American Politics, in: ders., The Paranoid Style in American Politics and Other Essays, Cambridge 1996, S. 3–40.
- Pfahl-Traugher A (2002):** Bausteine zu einer Theorie über „Verschwörungstheorien“. Definition, Erscheinungsformen, Funktionen und Ursachen, in: Helmut Reinalter (Hrsg.), Verschwörungstheorien. Theorie – Geschichte – Wirkung, Innsbruck 2002, S. 30–44, hier S. 32.
- Zick A, Küpper, Berghan W (Hrsg.):** Verlorene Mitte – Feindselige Zustände. Rechtsextreme
- Einstellungen in Deutschland 2018/19,** Studie i.A. der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2019;
- Zick A, Küpper B (Hrsg.):** Die geforderte Mitte. Rechtsextreme und demokratiegefährdende Einstellungen in Deutschland 2020/21, Studie i.A. der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2021.



# Wahn in der Kunst

Von Wolfram Voigtländer

**D**arstellungen des Wahns bzw. von wahnsinnigen Menschen gibt es in der bildenden Kunst seit Jahrtausenden; der Blick vom angeblich sicheren Boden der Normalität aus auf psychiatrienerfahrene Außenseiter hat die Menschen schon immer fasziniert ebenso wie eingängige Schlagworte vom Genie und Irrsinn. Häufig wurden dabei Wahn, Wahnsinn, Psychose, Schizophrenie und auch sonstige seelische Störungen nicht unterschieden, sondern in einen Topf geworfen, in den man mit Schauern und Vorurteilen schaute. Wahnsinn wurde meist als Gegenbegriff zur Vernunft verstanden, die Reaktion darauf reichte auch in der Kunst von der Ablehnung bis zur Aussonderung der betroffenen Menschen. Manchmal wurde der Wahn aber auch als ein Korrektiv dieser Vernunft, als inspirierendes, gar heilsames Element gesehen, das die Vision eines anderen, besseren Lebens transportieren könne. Für die Surrealisten war der Wahnsinn mit der Umkehrung von Rationalität und Irrationalität sogar das Tor zur Wahrheit, zur Freiheit. Solche Spannweiten finden sich in der Darstellung des Wahns bei einem Blick in die Geschichte der Kunst wieder, wobei wir uns hier auf einige Blitzlichter beschränken.

## Darstellungen des Wahns in der Kunst

*Der Schlaf der Vernunft gebiert Ungeheuer*, so betitelte 1797 Francisco Goya (1746 – 1828) eines seiner *Caprichos*, in dem der Künstler von Halluzinationen bedrängt wird. Wollte er es als gesellschaftlichen Auftrag an die Künstler verstanden wissen, die Unvernunft darzustellen, sichtbar zu machen und so vielleicht zu bannen? Außerdem malte er 1792/93 den *Hof mit Verrückten* und 1812/1819 *Das Irrenhaus*, wobei er als genau beobachtender Chronist ein düsteres Bild der damaligen Verhältnisse zeichnete. Wahnsinnsbilder zeigen vielerlei Gesichter und Gestalten, darunter vor allem melancholische und wahnsinnige, auch hysterische, denn das sind die bevorzugten Facetten, unter denen sich die

Gesellschaft den Wahn vorstellt und von ihren Künstlern darstellen lässt. Es gibt die Darstellungen z. B. an den Orten, die der Verwahrung und der Behandlung von Wahnsinnigen dienen, so rahmen z. B. die Skulpturen *Melancholy Madness* und *Raving Madness* den Eingang zum Bethlem Royal Hospital in London ein und dienen zur Erbauung und Ermahnung der Besucher\*innen und Patient\*innen.

Seit Albrecht Dürers (1471 – 1528) *Melencolia I*, dem berühmten Kupferstich von 1514, ist die typische Haltung des Melancholikers der aufgestützte Kopf als Ausdruck des inneren und äußeren depressiven Rückzugs, der bis zum Wahn reichen kann.

So stellt auch Eugène Delacroix (1798 – 1863) 1839 *Tasso im Irrenhaus* in seiner Zelle in Ferrara dar, wobei hier noch ein weiteres Moment aus dem Problemkreis Gesellschaft und Wahn dazu kommt – die am vergitterten Fenster gaffende Menge, die es sich nicht entgehen lässt, den berühmten Dichter in seiner Verzweiflung zu bedrängen.

Im Feuilleton der Süddeutschen Zeitung vom 13.09.2021 blickt den Leser *Die wahnsinnige Kate* an, 1806/1807 von Johann Heinrich Füssli (1741 – 1825) gemalt: mit aufgerissenen Augen, wehenden Haaren, stürmisch geblähtem Umhang, den Körper gewendet wie zum Sprung, bereit zur Flucht – oder doch zum Angriff? Sie macht Werbung in der SZ für das Deutsche Romantik-Museum in Frankfurt und zeigt, wie man sich damals (und heute) die fremdartige, expansive, ängstigende Form des Wahnsinns vorstellte.

Théodore Géricault (1791 – 1824) hielt in seinen Bildern häufig Todgeweihte, Gequälte, Wahnsinnige und andere Außenseiter fest. Als einer der wichtigsten Vertreter der revolutionären romantischen Malerei in Frankreich machte er das physische Leiden und die psychische Qual des Menschen zu einem bildwürdigen Thema. In den Jahren 1818 bis 1822 malte er einen Zyklus mit *Bildnissen Monomaner*. Möglicherweise war er damit von dem Psychiater Jean Étienne Dominique Esquirol (1772 – 1840) beauftragt worden. Diesen psychiatrischen Patient\*innen, die u.a. als *Monomane*



**Wolfram Voigtländer**

Dr., war bis 2009 Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim. Schon lange beschäftigt er sich mit Kunst und insbesondere mit der Kunst psychiatrienerfahrener Menschen. [aw.voigtl@t-online.de](mailto:aw.voigtl@t-online.de)

*des Glückspiels, des Neides, des Kindsrabes oder des Diebstahls* bezeichnet werden, ist ihre Krankheit nicht anzusehen (wie es auch die damalige Lehre der Monomanien nahelegt); Géricault zeigte sie als befremdliche Individuen und wollte wohl so auf das Leid der psychisch Kranken hinweisen und dabei das Menschliche sichtbar machen. Weite Kreise zog ein Werk von William Hogarth (1697 – 1764). Er malte zur Erbauung und Erziehung seines Publikums in 8 Bildern die Geschichte eines Mannes auf dem Weg in die Psychiatrie und stach die Szenen auch in Kupfer (acht Gemälde 1732–33, acht Kupferstiche 1735): *A Rake's Progress (Der Werdegang eines Wüstlings)* stellt als Beispiel eines der damals modernen moralischen Themen den tiefen Fall von Tom Rakehell dar, dem verschwenderischen Sohn und Erben eines reichen Kaufmannes, der in London sein Geld verprasst und schließlich im Irrenhaus Bethlem Hospital endet. Diese Wahnsinnsgeschichte wurde im letzten Jahrhundert wieder aufgegriffen und in verschiedenen Kunstsparten neu erzählt.

Igor Strawinsky (1882 – 1971) setzte sie 1951 mit wenigen inhaltlichen Änderungen in seiner gleichnamigen Oper um. Auch den Engländer David Hockney (\*1937) inspirierte sie 1961/1962 zu Paraphrasen, die er aber weitgehend frei mit Persönlichem aus seinen USA-Aufenthalten verwebte.

Alfred Hrdlicka (1928 – 2009), „Fachmann“ für Psychopathologisches, Psychosen und Psychiatrie (Hölderlin, Hamlet, Randolectil, Melancholie), erzählte die Geschichte 1970/1971 in

einer Folge von ebenfalls 8 Radierungen nach, allerdings so, wie sie sich für Tom Rakewell in der Rückschau aus der Anstalt darstellt, also in umgekehrter Reihenfolge.

Aber die Anregung reicht noch weiter: Auch Jörg Immendorf (1945 – 2007) setzt die bildnerische Auseinandersetzung mit diesem Thema fort. Für eine Neuinszenierung von Strawinskys *The Rake's Progress* entwarf er 1994 das Bühnenbild und die Kostüme. Immendorf setzt sich also künstlerisch gerade mit jener Oper auseinander, deren Stoff wiederum auf einer visuellen Vorlage basiert. Und er ergänzte dies 1995 durch eine Folge von 12 Farblithografien: *The Rake's Family*.

Diejenigen Künstler, die persönliche Erfahrungen mit Wahn (und seelischen Krisen im weiteren Sinn) gemacht haben, zeigen in ihren Bildern oft eine besondere Intensität. Vincent van Gogh (1853 – 1890) oder Edvard Munch (1863 – 1944) haben solche Grenzerfahrungen durchlebt und durchlitten und haben sie so in ihr Leben und ihre Kunst integriert, dass diese bei aller persönlichen Betroffenheit vermittelt und reflektiert wirkt.

Über Wahn kann auch geschrieben werden. Nicht als Kunst, sondern als Anklage, Rechtfertigung und juristisches Dokument hatte Dr. jur. Daniel Paul Schreber (1842 – 1911), Senatspräsident a. D. beim Königlichen Oberlandesgericht Dresden, seine 1903 erschienenen *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken* verfasst, in denen er eine seit 1893 bei ihm bestehende Psychose ausführlich beschrieb. Dies war nun einerseits ein wichtiges Selbstzeugnis aus der Innensicht eines schreibenden Patienten. Andererseits war es so voller Hintergründigem, Wortneuschöpfungen und weiteren Anregungen, dass es als bedeutendes Schriftstück von vielerlei Seiten kommentiert wurde, zumal in den „Fall“ des Sohnes Schreber auch dessen Vater, Moritz Schreber (1808 – 1861), Orthopäde und Namensgeber für die Schrebergartenbewegung, involviert war. Neben Psychiaterinnen und Psychoanalytiker\*innen mit ihren medizinisch-psychologischen Deutungen befasste sich 1994/1995 auch Martin Kippenberger (1953 – 1997), einer der wichtigsten zeitgenössischen Künstler, mit diesem spektakulären Fall der deutschen Psychiatriegeschichte: Das *Multiple Schreber*, ein zweiteiliges

Buchstützenobjekt und die 10 dazu gehörenden Zeichnungen, zitieren Textstellen aus den *Denkwürdigkeiten*, diesem Konglomerat aus traumähnlichen Szenen und Wahnvorstellungen, aus naturwissenschaftlichen Erkenntnissen, Religion und Esoterik.

### Wahn aus der Innensicht

Erst vor 100 Jahren ist der Gesellschaft bewusst geworden, dass es noch eine weitere Perspektive auf den Wahn und die Erfahrung mit Wahnbildern und Wahnideen gibt: die der Betroffenen selbst, der Psychiatrie- und Krisenerfahrenen, die sich mit künstlerischen Mitteln mit ihrer spezifischen Situation auseinandersetzen.

Verbunden ist diese Entdeckung mit zwei Büchern:

1921 veröffentlichte Walter Morgenthaler (1882 – 1965), der Psychiater Adolf Wölflis (1864 – 1930), eine Monografie über seinen Patienten, in der er diesen als *Künstler* bezeichnete. Mit diesem Buch begann die Rezeption der von Außenseiter\*innen geschaffenen Werke als Kunst.

1922 erschien das erste Buch, das sich umfassend mit der *Bildnerie der Geisteskranken* befasste. Diesen *Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung* legte Hans Prinzhorn (1886 – 1933) an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg vor. Das Besondere dieses Buches lag u. a. an den vielen, z. T. auch farbigen Abbildungen, die das Gebiet erstmals einer größeren Öffentlichkeit sichtbar machten und z. B. die französischen Surrealist\*innen stark beeindruckten, die zwar nicht den Text, wohl aber die Bilder „lesen“ konnten. Die Kunst der Außenseiter\*innen begann somit als Ausdrucksform der in psychiatrischen Anstalten isolierten Patient\*innen, die versuchten mit Schreiben und Malen gegen ihre Not und Verzweiflung anzugehen, ohne dass sie (in der Regel) die Absicht hatten, damit Kunst zu machen. Eher wollten sie sich mit ihrer äußeren und inneren Situation auseinandersetzen, die Zeit ausfüllen und Ordnung stiften in der fremdartigen Umgebung der Anstalt; außerdem wollten sie zeigen, dass sie außerhalb der Psychiatrie eine Vergangenheit hatten, dass sie etwas leisten konnten und zu etwas nütze waren; und in den meisten Fällen war dies verbunden mit dem Wunsch, sich verständlich zu machen, Kontakt aufzunehmen, zu kommunizieren.

Statt des Blicks der Gesellschaft auf die von ihr Ausgestoßenen wurden hier Bilder aus der Innensicht, manchmal aus einer veränderten Realität, einem wahnhaften Geschehen entworfen, Bilder, die sich dabei aber auf das selbst Erlebte bezogen, also Authentizität beanspruchen konnten. So diente die Kreativität auch dazu, sich selbst Struktur zu geben und einen Ausweg aus der Situation in der Anstalt und der damit einhergehenden Ohnmacht zu suchen. Die Kunst half als eine Form der Symbolisierung gegen das Gefühl des Sich-selbst-Auflösens und diente so zur Integration wahnhaften Erlebens ins Selbst.

Die eigenständige künstlerische Qualität in den Werken von Psychiatrie-Erfahrenen führte im Lauf der letzten 100 Jahre – abgesehen von der Zeit der mörderischen Unterbrechung durch die Nazis – zu ihrer Anerkennung als einer eigenständigen Kunstform, der Außenseiterkunst (oder synonym Outsider art oder Art brut).

### Darstellung des Wahns in der Außenseiterkunst

Wahnideen lassen sich nur indirekt darstellen, anschaulicher ist das mit Halluzinationen oder illusionären Verknüpfungen möglich, wie Beispiele aus der Sammlung Prinzhorn zeigen: So hat August Natterer (1868 – 1933) nach dem Erleben einer halbstündigen optischen Halluzination am Himmel über Stuttgart den Versuch gemacht, einzelne Bilder aus dieser Abfolge zeichnerisch festzuhalten; ein eindrucksvolles Beispiel ist *Der Wunderhirthe* (gemalt zwischen 1911 und 1917), der Max Ernst beeinflussen sollte.

Auch das von Carl Lange (1852 – 1916) gezeichnete *Wunder in der Schuheinlegesohle* (um 1900) versuchte das Bild festzuhalten, das er beim Betrachten der Schweißflecken in seinen Schuheinlegesohlen wahrgenommen hatte. Das war für ihn der erste Schritt, um es dann deuten und verstehen zu können. Vor allem aber ging es ihm darum, seine Wahrnehmung zu belegen und seine Sicht zu verteidigen. Jakob Mohr (1884 – 1935) zeichnete 1912 eine Beeinflussungsmaschine, da er sich bestrahlt und geplagt fühlte von elektrischen und magnetischen Einflüssen. Seine Zeichnung diente ihm als Beweisstück für eine Anklage wegen *Justizmord* und sollte das verdeutli-

chen, was er in Worten nicht überzeugend sagen konnte. Mohrs Zeichnung war nun wiederum etwas, das die Künstlerin Eva Kot'átková (\*1982) inspierte und 2018 in eine Theaterperformance umsetzte. So anregend und weit reichend kann Kunst wirken. Denn ein weiterer Aspekt des Spannungsfeldes *Wahn in der Kunst* ist die Energie, die von der Kunst der Psychiatrie-Erfahrenen ausstrahlt auf die „normale“ Kunst:

Außenseiterkunst erweitert den Kunstbegriff und gibt Anregungen für die Weiterentwicklung der Kunst. Künstler\*innen lernen von Außenseiterkünstler\*innen, holen sich Anregungen, lassen sich von ihnen beeinflussen, reagieren auf sie oder interagieren mit ihnen.

Als letztes Beispiel sei auf Antonin Artaud (1896 – 1948) hingewiesen, der wie kein zweiter psychiatrierfahrener Künstler im 20. Jahrhundert in seiner Person die Einheit von Leben und Kunst - Theater, Schreiben und Zeichnen - zusammen mit der unbedingten Notwendigkeit zur Wahrheit authentisch verkörperte.

Heute zeichnet sich übrigens eine Entwicklung ab, in der sich Kunst und Außenseiterkunst aufeinander zubewegen und in absehbarer Zeit per Inklusion ineinander aufgehen werden. Das setzt voraus, dass wir die künstlerischen Lösungen dieser Außenseiter\*innen und deren anderen Zugang zur Wirklichkeit akzeptieren und so auch als Bereicherung erleben können.

Und schließlich sollten wir uns immer wieder daran erinnern, dass die Kunst Psychiatrie-Erfahrener, die wir als sogenannte Gesunde so sehr schätzen, häufig aus heftigen inneren Kämpfen, aus Leid entstanden ist. ●

## Literatur

**Kunst und Wahn (Brugger I, Gorsen P, Schröder KA, Hg) (1997):** Ausstellung im Kunstforum Wien. Köln: DuMont

**Morgenthaler W (1921):** Ein Geisteskranker als Künstler. Bern/Leipzig

**Prinzhorn H (1922):** Bildnerie der Geisteskranken. Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung. Berlin: Springer

**Röske T (2019):** Outsider Art – Geschichte und Gegenwart einer Idee. In: *Gewächse der Seele – Pflanzenfantasien zwischen Symbolismus und Outsider Art* (Wilhelm-Hack-Museum, Ludwigs-hafen am Rhein Hg.). Berlin: Hatje Cantz

Weitere Literatur auf Anfrage beim  
Autor: [aw.voigtl@t-online.de](mailto:aw.voigtl@t-online.de)

# Genie und Wahnsinn – Hölderlin Revisited

Von Uwe Gonther

... Will einer wohnen, / So sei es an  
Treppen, / Und wo ein Häuslein hinab  
hängt, / Am Wasser halte dich auf /  
Und was du hast, / Ist Athem zu hoh-  
len. ... (aus: Der Adler)

2020 war großes Hölderlin Jubiläumsjahr. Sein 250. Geburtstag am 20. März wurde überall in der Literaturwelt und speziell in seiner schwäbischen Heimat gefeiert. In Tübinger Geschäften saßen Hölderlinfiguren. Sein Bild war dort allgegenwärtig und noch häufiger als sonst zu sehen. Verse von ihm schmückten Cafés und Schaufenster.

Für Tübingen ist Friedrich Hölderlin, der 1770 bis 1843 lebte, inzwischen ein Touristenmagnet. Wohl jede Besucherin und jeder Besucher blickt von der Neckarbrücke auf die Altstadt und sieht, von Trauerweiden umstanden, den gelben Turm über der Stadtmauer, wo Hölderlin die 2. Hälfte seines Lebens 36 Jahre lang verbracht hat. Es erschienen diverse neue Zeitungsartikel, Filme und Bücher zu seinem Jubiläum. Dabei wurde erschreckend häufig der überholte Mythos vom wahnsinnigen Genie strapaziert, als hätte es keine Weiterentwicklung in der Forschung zu seiner Biografie gegeben.

Seit ein Gespräch wir sind und hören  
voneinander (aus: Friedensfeier)

Gemeinsam mit Jann E. Schlimme beteiligte ich mich an der Diskussion um Hölderlins Krankheit in: *Hölderlin. Das Klischee vom umnachteten Genie im Turm*. Darin empfehlen wir eine dialogische und Recovery orientierte Betrachtungsweise. Die Selbstbeschreibungen stehen neben den Schilderungen naher Bezugspersonen und den professionellen Einschätzungen seiner Zeitgenossen. Es stellt eine Fortsetzung der teilweise gemeinsam erstellten Arbeiten zum Thema dar. In: *Frühintervention und Langzeitbegleitung* von 2009, hatten wir uns noch unabhängig voneinander auf Friedrich Hölderlin bezogen. Dabei ging es bereits um ein



Uwe Gonther

Prof. Dr., Ärztlicher Direktor, AMEOS Klinikum Bremen, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unterrichtet an der Hochschule für Künste im Sozialen, Ottersberg.

durch Hölderlin erweitertes Psychose-Verständnis. Einerseits den göttlichen Wahnsinn als Zugang zur akuten Unverständlichkeit in der Psychose zu beanspruchen und andererseits anhand der Biographie des Dichters den in Vergessenheit geratenen psychiatrischen Begriff der Alienation erneut in die Diskussion zu bringen. Am Beispiel Hölderlins lässt sich zeigen, dass der Dichter in seiner Heimat wie ein Fremder lebte.

Die Frage stellte sich, ob er durch seine Krankheit in spezifisch schizophrener Weise einerseits dazu gezwungen wurde, andererseits sie ihm diese besondere Art zu leben auch ermöglichte. Die Versuche, Hölderlin zu ent-psychiatrisieren wurden im Gespräch fortgesetzt. So fand auf dem Homburger Schloss im Folgejahr ein Symposium statt mit Geisteswissenschaftler\*innen und Psychiater\*innen im Sinne von Friedensverhandlungen zu der umstrittenen Frage nach Hölderlins Krankheit und ihrer Bedeutung für sein Werk. In zahlreichen Beiträgen finden sich Auseinandersetzungen mit seiner Biographie, der Symptomatik, der Behandlung, der Wirkungsgeschichte, einer wechselseitigen Wirkungsgeschichte zwischen Psychiatrie und Germanistik.

Wir wollten als Psychiater von Hölderlins Leben und Werk lernen ohne unsererseits psychiatrisch übergriffig zu sein und ohne Psychokolonialisismus. Daraus ging *Hölderlin und die Psychiatrie*, 2010 im Psychiatrieverlag erschienen, hervor.



*Ein Zeichen sind wir, / Deutungslos,  
schmerzlos sind wir und haben fast /  
Die Sprache in der Fremde verloren.*  
(aus: Mnemosyne)

Wir beschäftigten uns mit dem akuten psychotischen Erleben ebenso wie mit der Entwicklung der exzentrischen Position in Hölderlins Biographie. Für das akute Erleben konnten wir herausarbeiten, dass die Botschaft hinter der Unverständlichkeit der sprachlichen Äußerung in der akuten Psychose immer eine ambivalente Provokation ist. Die Ambivalenz des Betroffenen spiegelt sich im Gegenüber. Als Gegenüber von psychotischen Menschen sind wir fasziniert und angezogen einerseits und andererseits erschrocken und geradezu abgestoßen von der existenziellen Not der Betroffenen. Die innere Notsituation und Hilflosigkeit wird in die Kommunikation verlagert. Verständigung scheint zunächst sprachlich unmöglich, kann oft nur nonverbal gebahnt werden. Als Ausweg gesucht wird ein Zwischenraum, eine Zwischenposition, die beides erlaubt, Anziehung und Abstoßung, Dabeisein und Draußensein, Fremdsein im eigenen Leben. Friedrich Hölderlin hat einen solchen Zwischenraum für sich im Turm in Tübingen gefunden. Gepflegt von der Familie Zimmer wohnte er auf der Stadtmauer, also direkt an der Grenze, neben dem Fluss, an dem sich die wichtigsten Stationen seines Lebens finden. In Lauffen war er geboren, in Nürtingen wuchs er auf und dorthin zu seiner Mutter floh er als junger Mann nach seinen gescheiterten Versuchen autonom zu leben. Und in Tübingen verbrachte er schließlich die zweite Hälfte seines Lebens. Bei der Familie Zimmer war er zu Gast, wurde versorgt. Dies war möglich durch sein ererbtes Vermögen und eine spezielle Rente, die er wegen seiner Erkrankung vom Württembergischen Hof erhielt. So war er wirtschaftlich gut gestellt und kein armer Irre.

*Komm! ins Offene, Freund!*  
(aus: Der Gang aufs Land)

Hölderlin wurde zu Lebzeiten diagnostiziert und therapiert nach der Vorstellung der damaligen Medizin. Diese Medizin war im Umbruch. Die Jahrhunderte alte Humoralpathologie wurde langsam vom naturwissenschaftlichen Konzept abgelöst. Zwar ist die Krankenakte verschwunden, aber das Rezeptbüchlein wurde fast hundert Jahre nach

seiner Behandlung in Tübingen wieder entdeckt durch den psychiatrischen Assistenzarzt Wilhelm Lange, der sich später Wilhelm Lange-Eichbaum nannte, über das Thema Genie und Irrsinn publizierte und darüber einen gewissen eigenen Ruhm erlangte. Der erste Fall an dem er seine Theorien entwickelte, war Friedrich Hölderlin. Aus den Vorlesungen von Prof. Johann Autenrieth wissen wir, dass dieser die bei Hölderlin diagnostizierte Manie als eine Nachkrankheit der Krätze ansah. Die Behandlung dagegen wirkte allerdings mit Aderlass und kathartischen Durchfällen eher altertümlich und vorwissenschaftlich. Der später als Dichter bekannt gewordene Justinus Kerner war als Medizinstudent mit der Behandlung Hölderlins betraut worden und hat wahrscheinlich auch die Krankenakte geführt. Möglicherweise ist sie deshalb verschwunden. Hölderlin war später gar nicht gut zu sprechen auf die Herren aus dem Klinikum. Als unheilbar und mit einer Prognose vielleicht noch 2 oder 3 Jahre leben zu können, wurde Hölderlin dann in die Pflege der Familie Zimmer ganz in der Nähe der Universitätsklinik entlassen. Trotz der vorangegangenen teilweise brutalen Behandlung ging es ihm schon bald wieder recht gut. Er bewegte sich die zweite Hälfte seines Lebens frei in der Stadt, musizierte in seinem Zimmer, dichtete, empfing Besuch. Mit einigen im Haus wohnenden Studenten traf er sich zum gemeinsamen Singen und Trinken und Feiern. Besonders berührend ist die Verbindung, die zwischen ihm und Lotte Zimmer entstand. Sie wurde geboren, als er dort schon lebte, wurde nach dem Tod ihrer Eltern seine wichtigste Bezugsperson, die er "heilige Jungfrau Lodde" nannte. Sie widmete ihr Leben dem Dichter. Nur seine alten Freunde und Verwandten spielten keine Rolle mehr in seinem Leben. Der Inhalt und Stil seiner Dichtungen hatte sich nach dem Klinikaufenthalt stark geändert. Ging es in seiner bewegten Jugendzeit um Griechenland, Revolution, Freiheit und Liebe, befasste er sich in den Turmgedichten nach dem Klinikaufenthalt mit dem Bild der Natur, wie aus weiter Ferne betrachtet. Während die großen Gesänge oft in freien Versen und wogenden Rhythmen die Hörenden mitreißen konnten, komponierte Hölderlin nun kurze strenge Gedichte, oft mit Reimen. Dies kommt exemplarisch zum Ausdruck in dem letzten von ihm bekannten Gedicht.

## Die Aussicht (von 1843)

*Wenn in die Ferne geht der Menschen  
wohnend Leben,  
Wo in die Ferne sich erglänzt  
die Zeit der Reben,  
Ist auch dabei des Sommers leer Gefilde,  
Der Wald erscheint mit seinem  
dunklen Bilde.*

*Dass die Natur ergänzt das Bild der Zeiten,  
Dass die verweilt, sie schnell vorübergleiten,  
Ist aus Vollkommenheit,  
des Himmels Höhe glänzt  
Den Menschen dann,  
wie Bäume Blüt umkränzt.*  
d. 24. Mai 1728,  
Mit Untertänigkeit Scardanelli

Es ist nur wenige Tage vor seinem Tod entstanden. Hölderlins Blick auf den Wechsel der Jahreszeiten hat bis heute etwas Tröstliches, diente wahrscheinlich auch seiner Selbstfürsorge in den Jahren im Turm.

*Die Apriorität des Individuellen über das  
Ganze* (aus dem Homburger Folioheft)

Die Psychiatrie seiner Zeit hat Hölderlin nicht viel helfen können, weder akut noch chronisch. Zum Glück ist er nicht in eine der damals entstehenden Anstalten eingeliefert worden, sondern konnte seine Sonderrolle am Rande der Gesellschaft spielen. Hölderlin hat sich nicht suizidiert, anders als einige seiner Weggefährten. Er ist nicht gewalttätig geworden, obwohl er Kleidung und Mobiliar in seinen Wutanfällen bis ins hohe Alter zerstörte. Er konnte leben, wie ein geduldeter Fremder in seiner eigenen Heimat. Die Versorgung durch die Familie Zimmer war vorbildlich. Sie war einerseits professionell, denn die Zimmers bekamen gute Bezahlung für ihre Arbeit und andererseits liebevoll, respektvoll, zugewandt und gleichzeitig distanziert. Genau dies wurde seiner Ambivalenz gerecht. Psychiatrische diagnostische Einschätzungen (wohlgernekt ohne den Betroffenen gekannt, geschweige denn untersucht zu haben) aus den folgenden zwei Jahrhunderten, egal ob sie auf Schizophrenie, schizoaffektive Psychose, ADHS, Melancholie oder Sonstiges hinaus liefen, helfen zum Verständnis der Hölderlinschen Biographie und des Hölderlinschen Werkes nicht weiter. Wiederholt gab es auch Versuche, die Auffälligkeiten im Verhalten und auch in der Sprache des

Dichters, hirnpathologisch erklären zu wollen – ohne Erfolg. Die meisten psychiatrischen Bemühungen verstellen den Blick auf das Werk. Dafür sind sie sogar entstellend und sie vernebeln die Sicht auf die Biographie, den Lebensweg des Dichters, da sie durch eine vorgefasste Meinung versuchen, retrospektiv mit diagnostischen Überlegungen das zu erklären, was sich individuell ereignet hat und im Übrigen nicht in die diagnostischen Kategorien, die angewandt wurden, passt. Das Begriffspaar Genie und Wahnsinn hat gleichwohl zu Hölderlins Popularität beigetragen.

... *Sprache der Liebenden / Sei die Sprache des Landes* (aus: Die Liebe)

Der Mythos vom wahnsinnigen Dichter im Turm fasziniert und gruselt jede Generation von Tourist\*innen, literaturinteressierten Menschen und Psycho-Profis neu. Hölderlin als wahrhaft Liebender, als an der bösen Welt zerbrochenes Genie, ist ein Topos, welcher wohl überdauern wird. Wahrscheinlich zu recht, denn in dieser

Erzählung steckt seine Wahrheit. Für unsere psychiatrischen Zusammenhänge sollten wir besser das Augenmerk richten auf die Recovery-Perspektive, die in seiner Geschichte enthalten ist, denn Friedrich Hölderlin fand einen Weg zu leben mit seinen inneren und äußeren Problemen, mit den erlebten Kränkungen und Niederlagen, dank der Hilfe der Familie Zimmer, dank einer großzügigen sozialen Absicherung und weil er selbst leben wollte. Wohl deshalb ist Friedrich Hölderlin auch in unserer Zeit für einige Psychiatrieerfahrene eine Art Gewährsmann oder Schutzpatron, ein Psychiatrie-Überlebender. Darüber hinaus bleibt seine Dichtung Teil der Weltliteratur.

*Was bleibt aber, stiften die Dichter.* (aus: Andenken) ●

#### Literatur

**Doering, Sabine; Dörner, Klaus; Fichtner, Gerhard, (2013):** Aus der Klinik ins Haus am Neckar. Der Fall Hölderlin, Tübingen.

**Gonther, Uwe, (2006):** Fremdsein im eigenen

Land – Die Sehnsucht Hölderlins nach Heimkunft. In Heinze, Martin; Quadflieg, Dirk; Bühlig, Martin, (Hg.), Utopie Heimat. Psychiatrische und kulturphilosophische Zugänge, Berlin, S.177.

**Gonther, Uwe, (2009):** Der Fall Friedrich Hölderlin – Was Psychiater daraus lernen können. In Ziegenbein; Marc, Machleidt; Wieland, Brüggemann; Bernd R., Wessels; Andreas; Haltenhof, Horst; Schizophrenie. Frühintervention und Langzeitbehandlung. Lengerich. S.156–157.

**Gonther, Uwe; Schlimme, Jann E., (2009):** Hölderlin oder die Frage nach dem Sinn des Psychotischen. Hölderlin-or the Question of the Meaning of Psychosis, Fortschritte Neurologie Psychiatrie, 2009; 77: S. 160–165, Stuttgart.

**Gonther, Uwe; Schlimme, Jann E., (Hg.), (2010):** Hölderlin und die Psychiatrie. Schriften der Hölderlin-Gesellschaft Band 25, 3. Auflage, Bonn.

**Gonther, Uwe, (2013):** Wenn Hölderlin schizophren war, was ist dann seine Dichtung?

**In Brücher, Klaus; Poltrum, Martin, (Hg.),** Psychiatrische Diagnostik. Zur Kritik der diagnostischen Vernunft, Berlin, S. 246–247.

**Gonther, Uwe; Schlimme, Jann E., (2020):** Hölderlin. Das Klischee vom umnachteten Genie im Turm, 1. Auflage, Köln.

**Kreuzer, Johann, (Hg.), (2020):** Hölderlin-Handbuch. Leben – Werk – Wirkung, 2. Auflage, Berlin.

**Kurz, Gerhard, (Hg.), (2015):** Friedrich Hölderlin Gedichte. Eine Auswahl, Ditzing

# Gratwanderung – unterwegs zwischen Religion und Wahn

Von Ronald Mundhenk

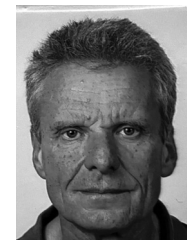
Trotz mancher Überschneidungen ist das Verhältnis zwischen Religion und Psychiatrie vielfach gespannt. Religiöse Phänomene werden in der Psychiatrie gern mit der Diagnose eines „religiösen Wahns“ belegt. Ein solches Etikett unterschätzt jedoch die Tragweite und Vielfalt des Religiösen – jenseits pathologischer Erscheinungsformen. Der vorliegende Beitrag versucht darum einen differenzierteren Blick auf religiöse Phänomene in psychiatrischen Zusammenhängen, rät zu diagnostischer Zurückhaltung und empfiehlt die Beachtung der stabilisierenden Funktion religiöser Orientierungen – auch im Kontext psychischer Krisen.

## Psychiatrie und Religion – ungleiche Geschwister

Sowohl die Psychiatrie als auch die Religion bemühen sich um die menschliche Seele. Die Psychiatrie als medizinische Disziplin versucht, psychische Beeinträchtigungen zu lindern oder – im Idealfall – zu heilen. Sie wird repräsentiert vor allem durch den Psychiater, den

Seelenarzt. Die Religion, insbesondere die christliche, hingegen nimmt in Gestalt des Seel-Sorgers bzw. der Seel-Sorgerin ausdrücklich das „Seelenheil“ als eine transzendenzoffene Kategorie in den Blick. Trotz dieser grundsätzlichen Übereinstimmungen, übrigens auch methodischer Hinsicht, wenn man an die zentrale Bedeutung des helfenden Gespräches

denkt, bleiben Kooperationsmöglichkeiten oft ungenutzt. Vielmehr ist das Verhältnis vielfach angespannt. Es reicht von Konkurrenz und skeptischer Distanz über offenkundiges Misstrauen bis hin zu expliziter Ablehnung. Geglückte Kooperationen zum Wohl der Menschen bilden insgesamt eher eine Ausnahme. Dies gilt tendenziell stärker für die Psychiatrie in ihrer Beziehung zur Religion



**Ronald Mundhenk**

Dr., Pastor im Ruhestand, langjähriger Krankenseelsorger in psychiatrischen Kliniken, Psychodrama-Leiter, Autor. Interessenschwerpunkte: Religiöse Grenzbereiche, religiöse Phänomene im Kontext psychischer Krisen.

als umgekehrt. Die Seelsorgerin und der Seelsorger werden in psychiatrischen Kontexten nicht selten als potenzielle „Wahnverstärker“ und dessen/deren Arbeit somit als kontraproduktiv wahrgenommen.

### Schwerer Stand – Religion in der Psychiatrie

Insbesondere mit der Diagnose eines „religiösen Wahns“ ist man in der Psychiatrie oft schnell bei der Hand. Religiöse Bedürfnisse und Lebensäußerungen psychiatrischer Patientinnen und Patienten werden vielfach und ohne eingehendere Differenzierung einem „religiösen Wahn“ zugeordnet. Die stabilisierende Funktion der Religion und des Glaubens im Rahmen einer psychischen Krise wird dabei nicht selten unterschätzt. Nur eine gezielte Exploration der jeweiligen religiösen Biographie kann Aufschluss darüber geben, ob die religiösen Vorstellungen der Patientinnen und Patienten „Produkte“ einer Psychose sind oder ob sie „vor“ und „neben“ der Psychose ein pathologisch unverdächtiges Eigenleben geführt haben oder führen.

Dabei allerdings ist unübersehbar, dass sich gerade im Kontext der Psychosen ein oft verblüffender Reichtum an religiösen Vorstellungen, Ideen und Erlebnisweisen findet. Nur selten zeigen sich Patienten und Patientinnen gegenüber religiösen Themen in allen Phasen ihrer Krise vollkommen indifferent. Die Mehrheit streift vielmehr zumindest vorübergehend jene großen religiösen Fragen und Zusammenhänge (*Jaspers*), die um Themen wie Tod und Leben, Sinn und Sinnlosigkeit, Werden und Vergehen, Gut und Böse, Vernichtung und Neuwerdung u. s. w. kreisen.

Angesichts der Säkularisierungserscheinungen im sog. christlichen Abendland gewinnt man zuweilen den Eindruck, dass sich das Religiöse in ihrer Vielgestaltigkeit in die „geschützte“ Welt der psychiatrischen Einrichtungen zurückgezogen hat.

### Bunte Welt – die Vielfalt des Religiösen

Die Vielfalt religiöser Phänomene, Rituale und Traditionen in Geschichte und Gegenwart und insbesondere unter Beachtung interreligiöser Verhältnisse ist so bunt und facettenreich, dass es vermessen erschiene, zu ihrer Deutung und Bewertung ausschließlich auf psychiatrische

Kategorien zurückzugreifen. Zugespitzt gesagt: Diese Welt ist zu gewichtig, zu universal, als dass man sie übereilt – sei es ganz oder teilweise – in das enge Korsett eines „Wahns“ zwängen dürfte. Was nämlich in der Psychiatrie oft vor-schnell als „Wahn“ etikettiert wird, gilt in anderen Lebenszusammenhängen durchaus als „normal“. „Normal“ in dem Sinne, dass es eingebettet erscheint in ein religiöses Umfeld, das auch und gerade expressive Formen der Religiosität ebenso wie außergewöhnliche Glaubensinhalte (z. B. im Umfeld der Sondergemeinschaften und Sekten) kennt, praktiziert und fördert.

Im Bereich des Christentums gilt dies beispielsweise für die *pfingstlich-charismatische* Frömmigkeit, die auf ein ekstatisches Erlebnis als Ausweis der göttlichen Geistbegabung ausdrücklich setzt (z. B. Zustände von Ergriffenheit und Verzückung, Glossolie (Zungenrede), körperliche Ausdrucksformen wie Erstarung, Tanzen, Wälzen, Zucken). Zugleich vertritt sie ein strenges, dualistisches Weltbild, ein Himmel-Hölle-Schema, das mit der Existenz von übermenschlichen, göttlichen und dämonischen Kraftwirkungen selbstverständlich rechnet. Außergewöhnliche Vorstellungen und Erlebnisformen finden sich darüber hinaus im Bereich der Mystik. Insbesondere in der mittelalterlichen *Mystik* gibt es vielgestaltige, teils heikle, teils beseligende Erlebnisweisen, die inhaltlich zahlreiche Überschneidungen mit bestimmten psychotischen aufweisen. Der Bogen spannt sich hier von außergewöhnlichen Licht- und Offenbarungserlebnissen über die unmittelbare Begegnung mit einem göttlichen Du bis hin zu jener ultimativen „*unio mystica*“, in der das menschliche Ich sich auflöst und in der göttlichen Wirklichkeit aufgeht.

Mit einer klassischen Formulierung hat *Hans Jörg Weitbrecht* jene Schnittmenge zwischen mystischer und psychotischer Erfahrung auf den Punkt gebracht. Er resümiert, dass in schizophrenen Psychosen nahezu alles das gefunden wurde, „... was von psychologischer, insbesondere religionspsychologischer Seite ... bei Ekstasen beschrieben worden ist und wofür die Literatur der mystischen Erfahrung schier unübersehbare Zeugnisse bereithält.“ (*Weitbrecht* 1968, S. 116). Entsprechend folgert er, „... dass an dem ekstatischen Erlebnis (des Schizophrenen – Anm. des Verfassers) selbst auch bei genauer Analyse kein einziges Moment gefunden werden kann, welches ohne

Kenntnis seiner weiteren Entwicklung und seiner Einbettung im psychischen Gesamterleben für sich genommen erlaubt, hier etwas Schizophrenes im Gegensatz zu Erfahrungen nichtpsychotischer, mystischer Ekstasis aufzuzeigen.“ (*Weitbrecht* 1968, S. 12).

### Sich das Unerklärliche erklären – zum „religiösen Wahn“

Umso dringlicher ist deshalb die Frage: wo verläuft die Grenze zwischen „legitimen“ religiösen Vorstellungen und wo beginnt der „religiöse Wahn“? Und: gibt es sie überhaupt? Zunächst lässt sich diesbezüglich feststellen: Der „religiöse Wahn“ ist, nicht anders als nicht-religiöse Wahnphänomene, als eine kognitive Leistung zu verstehen, die darauf zielt, vielfältige, teils widersprüchliche, teils verstörende Wahrnehmungen zu systematisieren und zu ordnen. Der Wahnbildner „reimt“ sich seine Welt, seine Biographie, seine außergewöhnlichen Erlebnisse denkend, grübelnd, lauschend, ahnend, spekulierend und prüfend zusammen.

Jene Erlebnisse haben den Rahmen alltäglicher Erfahrung vielfach gesprengt und werden entsprechend als von „außen“ kommend gewertet. Dazu gehört etwa die Erfahrung einer „transpersonalen“, unbegreiflichen, numinosen Macht, der Einblick in verborgene Sinnzusammenhänge, die Versetzung in teils lockende, teils bedrohliche, in jedem Fall aber unbekannte und entsprechend befremdliche Erlebnisräume.

Sobald sich jedoch dieses anfängliche Erleben in seiner Intensität und im Hinblick auf die Erfordernisse des Alltags beruhigt hat, stellt sich die Frage, wie dieses rückblickend zu bewerten, zu verstehen und einzuordnen ist. Wie und unter Zuhilfenahme welcher Deutungsmöglichkeiten lässt es sich begreifen und in einen sinnstiftenden, die Lebenskontinuität sichernden Zusammenhang bringen?

Hier nun bietet sich ein religiöses Erklärungsmodell an. Die religiöse Welt liefert in ihrer Transzendenzoffenheit eine Fülle von Verstehensmöglichkeiten, die jenes „Grenzerleben“ mit Hilfe von Vorstellungen, Bildern und Symbolen der Sphäre des Unerklärlichen entzieht und damit in ein übergeordnetes und überpersönliches Sinnmodell einfügt. Das außergewöhnliche Erleben kann dann z. B. positiv als persönliche Gottesbegegnung, als Erwählung, Berufung, Bekehrung, Wie-



dergeburt, negativ als Bemächtigung, Prüfung, Martyrium, stellvertretendes Leiden, Strafe oder Verwerfung gedeutet werden. Auch eine Mischung der Motive und deren weitere Ausgestaltung ist vielfach belegbar.

Erweist sich eine solche Deutung auch längerfristig als tragfähig und stabilisierend, könnte der sog. Wahn als ein *individuelles Credo* verstanden werden. Dafür sprechen Beispiele von Menschen, die jenes anfängliche Erleben ausdrücklich als religiöse Lebenswende verstehen und auch später entschieden daran festhalten – auch dann übrigens noch, wenn diese Änderung ihrer Lebensrichtung mit erheblichen Opfern und Zumutungen, u. a. im zwischenmenschlichen Bereich, verbunden ist. Gespräche mit solchen Menschen zeigen vielfach, dass jene anfängliche Erfahrung ebenso wie ihre retrospektive Deutung als integrale und unaufgebbare Bestandteile des Selbstverständnisses und der individuellen Lebensaufgabe verstanden werden. Nicht selten werden sie als eine definitive Sinngebung gedeutet, die den Menschen

erst seiner eigentlichen Bestimmung zugeführt hat. Von einem „Wahn“ im engeren Sinne wäre an dieser Stelle demzufolge nicht zu reden.

Im Unterschied dazu wäre von einem „religiösen Wahn“, wenn überhaupt, erst dann zu sprechen, wenn sich der religiöse Gehalt bestimmter Vorstellungen in einer Weise verselbständigt, die einen lebensgeschichtlichen Bezug nicht oder nur noch sehr bedingt erkennbar werden lässt. Zuweilen beobachten wir teils phantasievolle, teils bizarre und extravaganter, in jedem Fall aber schwer kommunizierbare religiöse Vorstellungen, die sich aber aus dem Raum gemeinschaftlicher Erfahrung und Lebensdeutung gelöst haben. An dieser Stelle ließe sich sagen, dass der legitime Versuch einer individuellen Sinngebung ins „religiös-wahnhaft“ entglitten ist.

Es ist zu vermuten, dass eine solche Entwicklung durch Isolation und entsprechend mangelnde Kommunikation begünstigt wird. Seelsorgerlich-therapeutische Interventionen sind vor diesem Hintergrund unbedingt zu empfehlen.

Sie sollten jedoch nicht primär darauf angelegt sein, Menschen ihren „Wahn“ auszureden, sondern vielmehr die lebensdienlichen, stabilisierenden Aspekte bestimmter religiöser Vorstellungen herauszuarbeiten und – am besten in einem gemeinschaftlichen Rahmen – zu kultivieren. ●

#### Literatur

**Grof, St., Grof, Chr. (Hg.) (1990):** Spirituelle Krisen, München

**Ideler, K. W. (1847):** Der religiöse Wahnsinn, Halle

**Jaspers, K. (1959 – 7. Auflage):** Allgemeine Psychopathologie, Berlin-Göttingen-Heidelberg

**Kranz, H. (1955): Mythos und Psychose, in: studium generale 8, S. 370–378**

**Mundhenk, R. (2007 – 3. Auflage):** Sein wie Gott – Aspekte des Religiösen im schizophrenen Erleben und Denken, Neumünster

**Otto, R. (1927 – 16. Auflage):** Das Heilige – Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen, Gotha

**Weitbrecht, H., Glatz, J. (1979 – 4. Auflage):** Psychiatrie im Grundriß, Berlin-Heidelberg-New York

# Wahn und Gefährlichkeit – zwischen Dämonisierung und Tabuisierung

## Anmerkungen zu forensisch relevanten Aspekten des Wahns

Von Friedhelm Schmidt-Quernheim

„Urteil im Fall Darry - nach der Familientragödie hat das Kieler Landgericht sein Urteil über eine Mutter verkündet, die im Wahn ihre fünf kleinen Kinder tötete...Die verwirrte Mutter glaubte, aus Liebe ihre Kinder zu töten. Sie gilt als schuldunfähig und wurde zur dauerhaften Unterbringung in der Psychiatrie verurteilt“ (<https://www.zeit.de/online/2008/34/kindstoetung-darry-urteil>).

Im Unterschied zur - seit den 70er Jahren - vorherrschenden Lehrmeinung fanden in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche Metaanalysen und epidemiologische Studien regelmäßig einen Zusammenhang zwischen Schizophrenie und schwerer Gewalt delinquenz (u.A. Witt et al. 2013). Das Risiko ist im Vergleich zu Nicht-

Erkrankten vor allem dann erheblich erhöht, wenn zusätzlich Alkohol- oder Drogenmissbrauch vorliegen. Kröber (2008) referiert (internationale) Untersuchungen, in denen ein mindestens vierfach erhöhtes Risiko für Tötungsdelinquenz in der Patientengruppe ohne zusätzliche Suchterkrankung und auf ein (je nach Studie) bis zu 15 – 25fach erhöhtes Risiko bei jenen mit zusätzlichem Substanzkonsum vorlagen. Bei Frauen ist die Risikoerhöhung aufgrund des geringeren Ausgangsrisikos noch markanter. Bis zu 10% aller Tötungsdelikte entfallen auf schizophrene Täter. Die Aggressionsdelikte betreffen dabei überwiegend das nahe soziale Umfeld - nur ein kleiner Teil der Tatopfer stehen in keiner engen (persönlichen oder professionellen) Beziehung zum Erkrankten.



**F. Schmidt-Quernheim**

Dr. phil., Fortbildung, Konzeptentwicklung und Supervision in Psychiatrie und Eingliederungshilfe, ehemals Referent für Forensische Nachsorge im Gesundheitsministerium NRW

Allerdings: in Bezug auf die Gesamtgruppe der schizophrenen Erkrankten sind Tötungsdelikte sehr seltene Ereignisse: So begeht in Deutschland ein schizophrener Patient von etwa 1000 männlichen Patienten ein Tötungsdelikt im Zeitraum von einem Jahr. Die große Mehrzahl begeht keine gravierenden Gewaltdelikte - wobei allerdings die Akutpsychiatrie von dieser gewaltgeneigten Risiko-Klientel überdurch-

schnittlich stark betroffen ist. Andere Risiko-Faktoren wie männliches Geschlecht, frühe Erstmanifestation, eigene Opfer-/Gewaltsozialisation, dissoziale Verhaltensentwicklungen in Kindheit und Jugend, Substanzmissbrauch, soziale Desintegration u.A. (Saimeh et al. 2018) sind auch bei psychisch Kranken Prädiktoren für Gewaltdelinquenz und gewichtiger als die Erkrankung selbst. „Die Psychose schafft das Motiv und den Handlungsdruck; die Sozialisationserfahrung verhilft dem zur Tat“ (Kröber 2016).

Die Zahlen bedeuten gleichwohl für eine effektive Antistigma-Arbeit und für die Bemühungen um eine offene Psychiatrie eine Herausforderung, da sie - durch eine reißerische Medienberichterstattung zusätzlich geschürt - die Angst der Bevölkerung vor psychisch kranken Menschen, insbesondere mit Schizophrenie, und deren vermeintliche ‚Unheimlichkeit und Unberechenbarkeit‘ zu bestätigen scheinen. Dagegen gilt: „Unzutreffend ist nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand die verbreitete Annahme, diese Patienten seien besonders ‚unberechenbar‘. Gewalttaten entwickeln sich allmählich eskalierend auf dem Boden vorbestehender Konflikte, betroffen sind meist Bezugspersonen. Gewalttätiges Verhalten bei diesen Patienten ist eng mit der psychopathologischen Symptomatik verknüpft, diese spricht meist gut auf die neuroleptische Behandlung an. Die Behandlung dieser Patienten in akuten Stadien ist demzufolge nicht nur Erfolg versprechend, sondern auch kriminalpräventiv“ (Steinert 2001). Jedoch: Die Realität sieht anders aus. Patienten mit schizophrenen Erkrankungen werden überproportional häufig im Maßregelvollzug aufgenommen. Das lässt erhebliche Zweifel an der therapeutischen und kriminalpräventiven Wirksamkeit aufkommen (Schalast 2014).

### Forensifizierung als Lösung?

Vor dem Hintergrund eines „Schwinden der Vollversorgungsverantwortung in der Psychiatrie“ (Heinze 2013) kam es in den vergangenen 20 Jahren zu einer ‚Drift‘ der Langzeitbehandlung einer immer größer werdenden Gruppe von Schizophrenen aus der Zuständigkeit

der Allgemeinpsychiatrie in die der Justiz und damit der Maßregelbehandlung (AG Psychiatrie/ Bericht an die 90. GMK 2017; Schmidt-Quernheim 2007). „Der Maßregelvollzug in Deutschland betreut tagtäglich mehr als 4000 schizophrene Patienten im Rahmen einer Langzeittherapie, die es ansonsten in diesem Lande nirgendwo mehr gibt. Er entlastet damit auch die Krankenkassen um Millionenbeträge... Der Maßregelvollzug übernimmt damit Funktionen, die zu Beginn der Psychiatriegeschichte vor 200 Jahren den Anstalten zukamen“ (Kröber 2016; siehe auch: „Forensische Kliniken - am Rande des Zusammenbruchs“, Frankfurter Rundschau 18.1.2021).

### Typen schizophrener Gewaltdelinquenz

1. In der am Häufigsten anzutreffenden Gruppe imponieren raptusartige Impulsiv-Taten, die als Überwältigung durch akut psychotische Phänomene im Sinne von ‚threat/control-override‘ (TCO; Link et al. 1998) verstanden werden. Diese Taten geschehen typischerweise mit starker affektiver Beteiligung und Erregung und resultieren aus imperativen Stimmen und/oder wahnhaftem Erleben mit bedrohlichem Inhalt: Der Betroffene wähnt sich selbst angegriffen und schlussfolgert, sich existentiell verteidigen zu müssen. ‚Threat‘ umfasst dabei das Erleben massiver Bedrohung und Verfolgung. ‚Control-override‘ beinhalten im Wesentlichen die bekannten Erstrangsymptome nach Kurt Schneider: Gedankeneingabe oder auch Gedankenentzug, mithin diffuse oder auch sehr konkrete Willens-Beeinflussungserlebnisse von außen.

2. Eine andere Gruppe begeht mitunter operativ sehr sorgfältig geplante, d.h. formal durchdacht und besonnen durchgeführte Gewalttaten im Rahmen eines unkorrigierbaren Wahnsystems. Solche Taten finden sich prototypisch - und medienwirksam - bei Attentaten auf Politiker (etwa auch in Deutschland 1990) und bei schweren Gewalt- oder Tötungsdelikten gegen Familienangehörige im Rahmen eines chronifizierten Vergiftungswahns. Sie sind medikamentös häufig kaum beeinflussbar.

In diese Kategorie gehören auch die von vermeintlichen „Rechtsterroristen“ begangenen Massentötungen, wie etwa von *Breivik*, der 2011 ein Massaker in Oslo und in einem Ferienlager auf der Insel Utøya beging und 77 meist junge Menschen tötete, oder kürzlich *Rathjen*, der Attentäter von Hanau, der 9 Menschen mit Migrationshintergrund erschoss. In der Regel liegt eine lange bestehende paranoide Schizophrenie vor (bereits vor 20 Jahren hatte *Rathjen* Anzeigen wegen „illegaler Überwachung“ bei der Polizei gemacht), die sich mit rassistischem und politischem Fanatismus unheilvoll amalgamiert. Ähnlich wie die Attentäterin von Lafontaine, die überall „unterirdisch Menschentötungsfabriken“ wähte oder wie der Attentäter von Schäuble, der sich durch elektrische Wellen gefoltert fühlte, beschreibt sich der Täter von Hanau (in seinem 24-seitigen Manifest „an das gesamte deutsche Volk“) als Opfer einer Geheimorganisation, die „sich in die Gehirne der Menschen einlinkt und dort bestimmte Dinge abgreift, um das Weltgeschehen zu steuern.“ In Untergrund-Militärbasen würde der Teufel angebetet und kleine Kinder missbraucht und versklavt. Gleichzeitig phantasiert er sich selbst als ein Auserwählter, der durch seine ungewöhnlichen Fähigkeiten den deutschen Fußball, Interventionen in Afghanistan als auch Filmproduktionen in Hollywood gelenkt hat. Die Welt erscheint diesen Menschen im Kriegszustand, als feindselig und verrätselt zugleich - einzig die wahnhafte Hoffnung bleibt, durch eine radikale Auslöschung des Bösen bzw. von nichtswürdigen Volksgruppen (wie im Hanauer Fall) die Neuordnung der Welt zu beginnen. Die Tötungen waren insofern weniger politisch motivierte Terrorakte oder rassistische Hassdelikte (als was sie von Medien und Minister allzu schnell apostrophiert wurden); sie waren auch keine florid-psychotischen und angstgetriebenen Notwehrhandlungen, wie dies für die erste Gruppe kennzeichnend ist. Die Gewaltausbrüche imponierten eher als ein Fanal - sie waren geplant auf dem Boden unbedingter Wahngewissheit und einer daraus resultierenden Handlungsnotwendigkeit, zu der es aus Sicht des Täters keine Alternative und ‚kein Entrinnen‘ gab. Auch die Tötungen der Mutter und seiner selbst als finaler Schlussakkord seines psychotischen Amoklaufs waren

„ein maximal gewalttätiger Ausstieg aus einem Kampf gegen eine finstere Macht, die weder von Türken noch Kurden, noch Roma oder überhaupt einer benennbaren Personengruppe gesteuert wird. Diese nicht zu bewältigende Macht war das seine Existenz zersetzende, psychotische Grauen. Rathjen gehört zu der kleinen Minderheit schizophrener Erkrankter, die gefährlich werden, wenn sie unsichtbar und unbehandelt bleiben. Man muss Menschen, die wie er Briefe an die Polizei schreiben, unbedingt daraufhin überprüfen, ob sie Zugang zu Schusswaffen oder gar einen Waffenschein haben. Es gab viele Tote, weil Rathjen Schusswaffen hatte und mit ihnen geübt war. Solche Briefe sind oft der einzige Hinweis auf einen psychotischen Gefährder, und sie müssen unbedingt genutzt werden zur Kontaktaufnahme“ <https://www.zeit.de/2020/18/anschlag-hanau-rechtsextremismus-psychische-erkrankung>

3. Eine im Maßregelvollzug häufig anzutreffende Gruppe sind psychotisch erkrankte Menschen mit Taten geringeren Schweregrades im Stadium eines Residualsyndroms und eines krankheitsbedingten Persönlichkeitswandels, der häufig mit Verwahrlosung einhergeht. Diese Delikte ergeben sich meist aus dem strukturalosen Leben am Rand der Gesellschaft wie z.B. häufige Ladendiebstählen, Bedrohung, Beleidigungen, Beförderungerschleichung oder auch Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte. Mitunter findet sich auch eine unspezifische sexuelle Enthemmung mit der Erregung öffentlichen Ärgernisses durch öffentliche Masturbation etc.

4. Eine vierte Gruppe, die zahlenmäßig (auch im Maßregelvollzug) eher unterrepräsentiert ist, erweckt literarisch (der ‚Fall Wagner‘ hat im letzten Jahrhundert eine gewisse Berühmtheit erlangt) und auch medial häufig besonders spektakuläre Beachtung (wie der ‚Fall Mollath‘): Neben dem Wahn als Symptom (z.B. der Schizophrenie) findet sich Wahn auch in Gestalt einer „anhaltenden wahnhaften Störung“ als eigenes Störungsbild (ICD 10: F22). Die (überwiegend) auf Skandalisierung und antipsychiatrische Ressentiments setzende Diskussion in den Medien, ob *Mollath* Opfer eines Komplotts von Richtern und willfährigen Gutachtern,

von Banken und Politikern geworden ist, führte zu einer (ansonsten seltenen) Parteinahme für einen forensischen Patienten, der als vermeintlich völlig Gesunder und zu Unrecht psychiatrisiert wurde (zur Diskussion siehe Beiträge aus journalistischer (Lakotta 2018), rechtlicher (Boetticher 2018) und psychiatrischer Sicht (Seifert 2018). Auch bei diesem Störungsbild wird die Diagnostik erschwert bzw. verstellt – bei *Mollath* durch dessen sehr geordnetes und bürgerlich-adrettes Auftreten, welches der Laie nicht mit dem Bild eines bedrohlichen oder verworrenen und denkgestörten Psychotikers in Verbindung bringt. Tatsächlich knüpfen wahnhaft entwickelte Entwicklungen nicht selten an richtig wahrgenommenen Tatsachen oder Missständen an – was aber kein Beweis gegen die Erkrankung ist, wie häufig geschlussfolgert wird. Der Wahn verliert nicht seinen Wahncharakter, wenn sich – möglicherweise im Nachhinein – bestimmte Tatsachen (z.B. im ‚Fall Mollath‘ Geldschiebereien seiner Ehefrau) als empirisch zutreffend herausstellen sollten (Steinböck 2019).

### Verzerrte Wahrnehmungen – unterschiedliche Interessenlagen

Das Thema ‚Wahn und Gewalt‘ stehen im Fokus einer schauernden und zugleich lüstern-neugierigen Öffentlichkeit. Ein differenzierter Blick wird im politischen und medialen Diskurs durch konträre Perspektiven und einseitige Vor-Festlegungen, aber auch durch unterschiedliche Interessen, erschwert. Aus Sorge, in den Verdacht einer Diskriminierung bestimmter vulnerabler Gruppen zu geraten oder den Anschein zu erwecken, die Politik verleugne oder verharmlose rassistischen Terror, werden Schnellschüsse und Zuordnungen der ‚Hintergründe‘ vorgenommen, die weder sachgerecht noch hilfreich sind. Neben der Dämonisierung durch die Boulevardpresse, die Urängste der Menschen vor dem unheimlichen ‚irren Mörder‘ schürt und zum Geschäftsmodell erhebt, gibt es Vertreter psychisch Kranker, die aus Angst vor Stigmatisierung eher zur Bagatellisierung neigen: Psychisch Kranke werden in deren Blick nur in einer Opferrolle (was sie ja auch überdurchschnittlich häufig sind!)

und kaum in einer Täterrolle wahrgenommen. Gewalt wird eher oder ausschließlich auf der Seite des kritisierten Maßregelvollzuges oder auf der Seite der Gesellschaft etc. verortet.

Andere Stimmen warnen vor einer Pathologisierung politisch-ideologisch motivierter Straftaten: So bezweifelt Alice Schwarzer, dass es sich bei

**Das Thema Wahn und Gewalt stehen im Fokus einer lüstern-neugierigen Öffentlichkeit. Ein differenzierter Blick wird durch konträre Perspektiven und einseitige Vor-Festlegungen erschwert.**

dem Somalier, der 2017 in Würzburg drei Frauen erstach, um einen Kranken handelt, sondern sieht in ihm ein Exempel des frauenfeindlichen und islamistischen Gesinnungstäters. <https://www.aliceschwarzer.de/artikel/der-attentaeter-hat-psychische-probleme-334681>.

Beides gehört aber zusammen: Wie bei dem Hanauer Täter gilt auch hier, nicht im Sinne eines ‚Entweder-Oder‘ das Eine gegen das Andere auszuspielen – natürlich liegen rassistische oder islamistische oder frauenfeindliche Einstellungen unbestreitbar vor – die handlungsdeterminierende Durchschlagskraft für die Überwindung der Tötungsschranke, wie dies in diesen Taten zum Ausdruck kommt, speist sich aber in diesen Fallkonstellationen aus dem psychotischen Geschehen und der hohen Wahndynamik.

Beides gehört aber zusammen: Wie bei dem Hanauer Täter gilt auch hier, nicht im Sinne eines ‚Entweder-Oder‘ das Eine gegen das Andere auszuspielen – natürlich liegen rassistische oder islamistische oder frauenfeindliche Einstellungen unbestreitbar vor – die handlungsdeterminierende Durchschlagskraft für die Überwindung der Tötungsschranke, wie dies in diesen Taten zum Ausdruck kommt, speist sich aber in diesen Fallkonstellationen aus dem psychotischen Geschehen und der hohen Wahndynamik.

### Was ist zu tun?

„40 Jahre nach der Psychiatriereform hat sich zwischen einer die Autonomie stärkenden Gesetzgebung und Rechtsprechung auf der einen Seite und dem öffentlichen Bedürfnis nach einem stärkeren Schutz der Allgemeinheit und mehr Sicherheit ein Handlungsvakuum entwickelt. Dieses Vakuum ist jedoch im Wesentlichen „hausgemacht“. Wesentlich erscheint, dass die Allgemeinpsychiatrie ihre Zuständigkeit für die beschriebene Patientengruppe überhaupt wieder erkennt“ (AG Psychiatrie 2017).

Akzeptanz dieser Aufgabe findet sich durchaus in Konzepten und mancherorts auch in beispielhaften Projekten (Schmidt et al. 2021), in denen versucht wird, Risikopatienten in einem Stadium zu identifizieren, in dem die Schwelle zu schweren Straftaten als ‚Eintrittskarte‘ für den Maßregelvollzug noch nicht erreicht wurde. Für Angehörige und Bezugspersonen, die be-



kanntlich am meisten leidvoll betroffen sind, werden zurecht spezielle Anlaufstellen gefordert <https://www.abendblatt.de/vermishtes/journal/thema/article213446419/Der-im-Kopf.html>. Nicht nur eingedenk des zu Beginn zitierten ‚Falles Darry‘ wird zunehmend erkannt, dass sich auch die sozialpsychiatrischen Dienste und die Akutpsychiatrie intensiver und systematisch mit den bekannten, wissenschaftlich gesicherten Risikomarkern für akute Gefährlichkeit (Übersicht bei Kröber 2008) vertraut machen müssen. Sowohl der Somalier als auch der Täter von Hanau waren vor ihren Tötungsdelikten stationärpsychiatrisch aufgenommen worden – aber ohne Behandlung als „ungeheilt“ entlassen; eine akute Fremdgefährdung wurde verneint. Schulungen mit dem Ziel, bei einer Risikopopulation Signale von Radikalisierung und hoher Gewaltbereitschaft zu erkennen, können mit spezifischen Vorhersageinstrumenten (im Rahmen der klinischen Routinediagnostik) oder in enger Zusammenarbeit mit einem eigenständigen forensisch-konsiliarischen Dienst wie im Kanton Zürich (Guldemann et al. 2021) erfolgen: Im Rahmen eines (auch rechtlich) geregelten Informationsaustausches aller Akteure – wenn möglich unter Einbeziehung von Angehörigen und Betroffenen – wird zusammen mit den Sicherheitsbehörden der individuelle Hilfebedarf, ein gemeinsames Fallverständnis und ein abgestimmtes Vorgehen entwickelt, um destruktiven Eskalationen entgegen zu wirken.

Handlungskonzepte können dabei aus dem Bereich der forensischen Nachsorge zum Vorbild genommen werden. In Bayern sind bereits solche – an forensischen Ambulanzen orientierte – Präventionsambulanzen gesetzlich vorgeschrieben (BayPsychKHG vom 24.7.2018; Schmidt et al. 2021). Der niedrigschwellige und mobil-aufsuchende Arbeitsansatz dieser Ambulanzen, der im Lebensfeld der Betroffenen bei Beziehungskonstanz und alltagsnaher Unterstützung ansetzt, könnte den spezifischen Hilfebedarf dieser Patientengruppe am ehesten entsprechen. Kommstruktur-basierte ‚Angebote‘ reichen nicht aus – sie sind wirkungslos und damit ungeeignet, da sie das Hilfesuchverhalten der Zielgruppe ver-

fehlen (siehe auch die „S3-Leitlinie für Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, DGPPN 2018). Durch eine enge Vernetzung der Hilfen wird eine beständige Risikoeinschätzung und daher ein frühzeitiges Risikomanagement möglich (Schmidt-Quernheim 2018).

Von der im Maßregelvollzug bewährten Möglichkeiten einer schrittweisen und eng begleiteten, ggf. auch rückholbaren Überleitung in eine ambulante und komplementäre Betreuung (im Rahmen einer probeweise Beurlaubung – etwa als Aussetzung der Unterbringung, was auch in den öffentlich-rechtlichen Unterbringungsgesetzen rechtlich möglich ist: z.B. § 22 HmbPsychKG – Beurlaubungen) wird in der allgemeinpsychiatrischen Versorgung nahezu kein Gebrauch gemacht – damit wird den Patienten ein effektives und haltendes Behandlungsinstrument vorenthalten (AG Psychiatrie 2017). Stattdessen lautet die Devise bisher eher: Entweder Drinnen (Klinik) oder Draußen – am besten Draußen: Das entlastet beim ohnehin schwierigen Manövrieren im verminten und undankbaren Grenzgebiet zwischen Justiz und Psychiatrie. Jedes Versorgungssystem muss sich aber daran messen lassen, wie es auch den Schwerstkranken gerecht werden kann – leider hat es bisher noch zu wenig Antworten. ●

#### Literatur

**AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland (2017)** Bestandsaufnahme und Perspektiven zu den Schwerpunktthemen „Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe“ und „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie“ <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=551&jahr=2017> Zugriffen: 1. Oktober 2021

**DGPPN (Hrsg.) (2013):** S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag

**Guldemann A., Brunner R, Habermeyer E (2021):** Bedrohungsmanagement: deeskalisieren, bevor etwas passiert. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 15: 229–238

**Heinze M (2013):** Forensische und allgemeine Psychiatrie auf getrennten Wegen. Ein Symptom für das Schwenden der Vollversorgungsverantwortung in der Psychiatrie. In: Kerbe 4: 8 – 12

**Kröber H-L (2008):** Kann man die akute Gefährlichkeit schizophrener Erkrankter erkennen? In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 2: 128–136.

**Kröber H-L (2016):** Gewalttaten psychisch Kranker. Ist die Allgemeinpsychiatrie zuständig oder die forensische Psychiatrie? In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 10(4): 227–232

**Link BG, Stueve A, Phelan J (1998):** Psychotic symptoms and violent behaviours: probing the components of „threat/control-override“ symptoms. Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol 33:55–60

**Saimen N, Schmidt-Quernheim F, Wallenstein (2018):** Behandlung von Psychosekranken. In: Schmidt-Quernheim F & Hax-Schoppenhorst T (Hrsg.) Praxisbuch Forensische Psychiatrie. Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug. 3. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 230 – 244

**Schalast N (2014):** Aggression, Gewalt und die Psychiatrie In: Recht & Psychiatrie 32: 179 – 188

**Schmidt C, Nitschke J, Habermeyer E. (2021):** Forensische Modelle zur Gewaltprävention an der Schnittstelle zur Allgemeinpsychiatrie: der forensische-psychiatrische Konsildienst. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 15: 214–221

**Schmidt-Quernheim F (2007):** Kommunizierende Röhren – Vom schwierigen Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Maßregelvollzug. Psychiatrische Praxis, 34(5): 218–222

**Schmidt-Quernheim F (2018):** Forensische Ambulanz – von der Prognose zum Risikomanagement. In: Schmidt-Quernheim, F & Hax-Schoppenhorst T (Hrsg.) Praxisbuch Forensische Psychiatrie. Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug. 3. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 573 – 641.

**Steinböck H (2017):** Über den Umgang mit dem Wahn – die psychiatrische Sicht. In: Steinböck H (Hrsg.) Gewalt durch psychisch Kranke – ein Dilemma (nicht nur) des Maßregelvollzuges? Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 45–58

**Steinert T. (2001):** Psychische Störungen und Gewaltkriminalität: Wissensstand und Konsequenzen. Recht & Psychiatrie, 19(2): 89–96

**Witt K, van Dorn R, Fazel S (2013):** Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. In: PloS one 8 (2), e55942. DOI: 10.1371/journal.pone.0055942

#### Fall Mollath

**Boetticher A (2018):** Die Justiz und ihre Gutachter. S. 677 – 686

**Lakotta B (2018):** Forensische Psychiatrie zwischen Stillhalten und Schweigepflicht S. 669 – 675

**Seifert D (2018):** Die Causa Mollath – Betrachtung aus forensisch-psychiatrischer Sicht. S. 687 – 691

**Alle Beiträge In: Schmidt-Quernheim F & Hax-Schoppenhorst T (Hrsg.) (2018):** Praxisbuch Forensische Psychiatrie. Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug. 3. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag

# Wahn und Genesung

## Mein Weg durch die paranoide Schizophrenie

Der Wahn kam schleichend. Am Anfang stand eine unglücklich verlaufene Trennung von meiner ersten Freundin, mit der ich sieben Jahre zusammen gewesen war. Als das geschah, war ich 24 Jahre alt. Ich rutschte massiv in Depressionen und Apathie und war wie gelähmt. Bald gesellten sich paranoide Symptome hinzu: Ich fühlte mich von diversen Gruppen in meiner Heimatstadt beobachtet. Irgendwann hatte ich das unabweisbare Gefühl, dass die Menschen um mich herum Mikrofone bei sich trugen, mit denen sie meine Gespräche aufzeichneten. Diese Mikrofone landeten dann auch in meinen Therapiezimmern, denn in meiner zunehmenden Verzweiflung ging ich zu Psychotherapeuten, die mir aber mit ihren Gesprächen nicht helfen konnten. Der Gipfel der Prodromalphase war erreicht, als ich die Mikrofone auch im Haus meiner Eltern vermutete, in dem ich mittlerweile wieder wohnte. Eines Nachts im Februar 1994 verlor ich vollkommen die Kontrolle, verwüstete mein Zimmer auf der Suche nach Mikrofonen und griff meine Mutter an, die mich davon abhalten wollte. Mein Vater sah sich gezwungen, den Notarzt anzurufen, der mit zwei kräftigen Polizisten kam, die mich in die Hauptstraße 5 (Freiburger Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie) brachten. Der Ton der Psychiater dort war autoritär und wenig empathisch, ich wurde unter Androhung eines Entmündigungsverfahrens gezwungen, einen Behandlungsvertrag zu unterzeichnen, der mich zu einem Aufenthalt von mindestens sieben Wochen und zur Einnahme von Psychopharmaka verpflichtete. Die Diagnose lautete „paranoide Schizophrenie“. Ich wurde mit Haloperidol und Bromperidol behandelt, die bei mir starke Nebenwirkungen zeigten: Schläfrigkeit, Gewichtszunahme und sexuelle Funktionsstörungen waren bei mir die dauerhaften Folgen dieser Behandlung. Hinzu kam, dass die Medikamente bestenfalls partiell wirkten, denn ich gab meine paranoiden Überzeugungen

trotz der Medikamenteneinnahme nicht wirklich auf, glaubte immer noch, dass die Menschen in Freiburg mich höhnisch und spöttisch beobachteten. Ich hatte also dauerhaft einen Beeinträchtigungswahn, der trotz der Einnahme der heftigen Medikamente nicht wirklich verschwand. Tatsächlich sollte ich von 1994 bis 2014, also zwanzig Jahre lang, unter einer erheblichen Restsymptomatik leiden.

Seit meiner Studienzeit war ich freier Journalist. Nach Beendigung meiner Doktorarbeit im Jahre 1997 arbeitete ich vor allem in diesem Beruf. Ich war über meine Eltern, die beide Beamte sind, privat versichert. Seit Beendigung der Doktorarbeit zahlte ich den vollen Beitragssatz und hatte daher immer den Wunsch, sozialversichert zu sein. So kam es, dass ich mich im Winter 2000 bei der Künstlersozialkasse anmelden konnte, die auch freien Journalisten offensteht. Meine behandelnde Psychiaterin in Freiburg kürzte mir nach dem Wechsel in die Künstlersozialkasse die Erhaltungsdosis Risperdal von 4 Milligramm auf 1 Milligramm täglich und begründete diese Maßnahme damit, dass ihr laufendes Budget für Arzneimittel

es ihr nicht gestatte, mir mehr als diese geringe Tagesdosis zu verschreiben. Daraufhin erlitt ich das erste massive Rezidiv. Ich steigerte mich in den Gedanken hinein, dass ich

im Zentrum eines gigantischen Beobachtungs- und Überwachungsnetzes stand. Alle Menschen in meiner Umgebung, auch meine engen Freunde und meine Familie, aber auch alle Bewohner meiner Stadt, waren Agenten dieses Netzes. Meine gedankliche Produktion war dabei Teil eines „global brain“, eines Netzes, das die Gehirne der Menschen verband. Die Technologie dahinter waren in meiner Vorstellung gedankenlesende und gedankenübertragende Wellen, die von Zentralcomputern ausgestrahlt und wieder von ihnen empfangen und decodiert wurden. Ich hatte also nun auch noch massive „Ich-Störungen“: Mein Gehirn war „offen“ und mit den Gehirnen der anderen Menschen vernetzt. Dies war



**Klaus Gauger**

Dr. phil. Klaus Gauger, Genesungsbegleiter im ZfP Emmendingen. 2018 erschien das Buch „Meine Schizophrenie“ im Freiburger Herder-Verlag, es liegt mittlerweile in aktualisierter Neuausgabe vor. E-Mail: klaus.gauger@gmail.

die Endstufe meines Wahns und sie sollte jedes Mal wiederkehren, wenn ich an der Medikamentenschraube drehte. Verzweifelt war ich oft wegen der Nebenwirkungen, vor allem die konstante Gewichtszunahme, die auch unter Risperdal typisch ist, belastete mich schwer. Am Beginn der 2000er-Jahre setzte die Zeitungskrise ein, die dazu führte, dass meine Aufträge als freier Journalist zunehmend wegbrachen. Um meine ohnehin völlig unzureichenden Einkünfte aufzubessern, begann ich als Honorararzt an der Uni Freiburg und an Sprachlehrinstituten im Bereich „Deutsch als Fremdsprache“ (DaF) zu arbeiten.

Letztlich kam ich aber nie über ein Einkommen von ungefähr 10.000 Euro im Jahr. Und ein beträchtlicher Teil davon ging an meine Privatversicherung, bei der ich nach dem Fiasko mit der unzureichenden Versorgung durch die Künstlersozialkasse wieder gelandet war. Daher fasste ich den Plan, Lehrer an beruflichen Schulen und Gymnasien zu werden. Ab 2006 ging ich wieder an die Uni, legte im Jahre 2008 mein erstes Staatsexamen in Geschichte, Spanisch und Deutsch ab und absolvierte dann ein Referendariat an einer Freiburger Schule, das ich im Sommer 2009 mit dem zweiten Staatsexamen in Spanisch und Geschichte bestand. Man bot mir eine Stelle an einem Berufsschulzentrum in Hausach im Kinzigtal (Schwarzwald) an. Aber mein Zustand war zunehmend immer wacklicher geworden und krankheitsbedingt konnte ich die Stelle nicht antreten. Zusätzlich hatte ich während der Ausbildungsjahre wieder an der Medikamentenschraube gedreht.

Nun saß ich beschäftigungslos im Hause meiner Eltern und mein Wahn verselbständigte sich vollends. Ich legte in den Jahren von 2010 bis 2014 mehrere wilde paranoide Fluchten aus Freiburg hin. Meine Reisen führten mich kreuz und quer durch ganz Europa, die USA, Kanada und schließlich sogar nach Tokio. Anfang 2014 kehrte ich aus den USA nach Europa zurück und ich igelte mich schließlich in völlig paranoidem Zustand in der kleinen Wohnung meiner Mutter in Madrid ein. Dort hielt ich trotz meiner miserablen Verfassung einige Monate durch, bis mich der Wahn durch Spanien trieb. Von

den anstrengenden Fluchten und der langen paranoiden Phase erschöpft, lieferte ich mich schließlich in eine psychiatrische Klinik im nordspanischen Huesca am Fuße der Pyrenäen ein. Ich war zwar zwischen 2010 und 2014 auch zweimal im Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen gewesen. Doch die erste Zwangsbehandlung dort war nicht erfolgreich gewesen und bei der zweiten fehlten die Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung, eine imminente Fremd- oder Selbstgefährdung. In Spanien sind die rechtlichen Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung anders als in Deutschland: Erkennt ein Psychiater, dass ein Patient unter einer schweren psychischen Erkrankung leidet, kann er einen Richter hinzuziehen, der nach Begutachtung des Falles eine Zwangsbehandlung anordnen kann, auch wenn kein Fall von Fremd- oder Selbstgefährdung vorliegt. Ich beugte mich dem richterlichen Beschluss und so wurde ich schließlich durch eine Spritze des Depotmedikaments Xeplion von meinem Wahn befreit. Die Medikamente habe ich seitdem nie mehr aufgegeben. Aus Schaden wird man klug. Seit drei Jahren nehme ich eine Kombination des Antipsychotikums Aripiprazol und des Antidepressivums Sertralin ein. Mit diesen beiden Medikamenten halte ich meine Psychose und meine Depressionen in Schach. Im Übrigen bin ich seit dem Sommer 2014 völlig symptomfrei. Ich bin von der paranoiden Schi-

zophrenie voll genesen, habe im Februar 2018 einen Bericht über meine Erkrankung unter dem Titel „Meine Schizophrenie“ (Verlag Herder) veröffentlicht und arbeite mittlerweile auf einer 70%-Stelle als Genesungshelfer im Zentrum für Psychiatrie Emmendingen. Ende gut, alles gut? Natürlich nicht. Ich habe in den zwanzig kranken Jahren von 1994-2014 keine Karriere machen können, habe kein Vermögen oder auch nur eine vernünftige Rente erwirtschaftet, eine Familie habe ich ebenfalls nicht gegründet. Trotz der krankheitsbedingten Defizite bin ich aber heute ein halbwegs zufriedener und glücklicher Mensch. Auf meine zwanzig kranken Jahre blicke ich heute mit einer Mischung aus Grausen und Erstaunen zurück. Im Nachhinein frage ich mich, wie ich diesen massiven beruflichen und persönlichen Niedergang überstehen konnte, ohne jemals ernsthaft an Selbstmord zu denken. Sehr hilfreich war hier sicherlich die Unterstützung durch meine Eltern, die mich in diesen Jahren in ihrem Haus leben ließen und mich immer finanziell unterstützt haben, so dass ich nie in Gefahr war, wirklich in Einsamkeit und Armut abzurutschen. Ich habe die Zuneigung meiner Eltern trotz meines partiellen, in den Rezidiven hell auflodernden Wahns immer spüren können. Auch habe ich in jenen Jahren wirklich schöne Dinge gemacht. So bin ich mehrmals den Ja-

kobsweg in seinen verschiedenen Varianten in Spanien abgelaufen, begleitet von meiner Mutter, die sich damit nach ihrer Pensionierung im Jahre 2000 einen Jugendtraum erfüllt hat, bevor sie in ein Alter kam, in dem es dann für solch anstrengende Touren zu spät war. In meinem Fall haben die Psychiater oft versagt, das ist wahr. Entsprechend unglücklich war der Verlauf meiner Krankheit ab 1994. Doch der Chefarzt Dr. Schieting im ZfP Emmendingen gab sich mit mir wirklich Mühe und hat mich schließlich auch als Genesungshelfer eingestellt. Durchschlagenden Erfolg hatte der spanische Chefarzt Dr. Carmelo Pelegrín Valero in Huesca, der mich mit seiner Depot-spritze von meinem Wahn befreite. Ich hatte also ab 2010 Psychiater, die sich wirklich Mühe gaben und letztlich auch Erfolg hatten. Heute habe ich trotz meiner erniedrigenden Erfahrungen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Freiburg im Jahre 1994 ein positives Verhältnis zur Psychiatrie, die tatsächlich helfen kann, wenn Psychiater mit Engagement und der immer notwendigen Empathie bei der Sache sind. Letztlich ist Lebensglück auch immer eine Frage der Betrachtungsweise: Ist das Glas halbleer oder halbvoll? Ich habe mich dazu durchgerungen, das Glas als halbvoll zu betrachten und hoffe, dass ich jetzt im Alter von 56 Jahren noch eine Reihe von guten Jahren vor mir habe, die ich in hoffentlich weiterhin voll genesenem Zustand erleben kann. ●

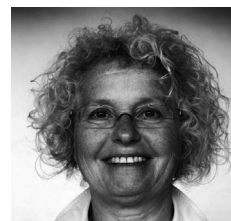


## Wahn ist einzigartig und subjektiv, unser Miterleben auch

Die Sprachlosigkeit in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil ist für Kinder, je jünger sie sind, ein nicht zu unterschätzender Faktor für die Ausbildung seelischer Eigengefährdung, indem sich auch bei ihnen Einsamkeit, Ängste und Gedankenkreise entwickeln können. Der Familie allein die Verantwortung für den Umgang mit Wahn zuzuordnen, greift zu kurz. Nicht nur dem Erkrankten muss Hilfe zukommen, sondern die gesamte Familie braucht Unterstützung. Die Gesellschaft scheint bei diesem Thema auf der einen Seite überfordert und auf der anderen Seite ein Stück weit machtlos zu sein. Aufklärung der Öffentlichkeit und niederschwellige Angebote für Kinder aus belasteten Familien sind Hoffnung stiftende Anfänge und sollten noch intensiviert werden.



**Judith Linder**  
Auszubildende der Hörakustik, sportbegeistert, Hobby Bogenschützin



**Irmela Boden**  
EX-IN-Angehörigenbegleiterin und Ausbilderin, Hobby Ausdruckstanz



**Lysann Steinbacher**  
Projektmitarbeiterin b. Bund für Umwelt und Naturschutz Berlin, Hobby Rollen- und Gesellschaftsspiele, Handarbeit

Wahn kann sehr faszinierend sein und viele Menschen sind begierig, darüber mehr zu erfahren "Erzähl mal ..." oder sind peinlich berührt und trauen sich nicht zu fragen "Wie schlimm muss das gewesen sein ...". Wie sieht aber das Zusammenleben in der Familie aus mit

jemandem, der Wahn erlebt? Drei erwachsene Kinder berichten aus ihrem Miterleben und stellen sich Fragen: Wieso führte mich das als Jugendliche zum Schweigen? Wie brachte mich das zum Weglaufen? Wieso ließ es mich über die Welt staunen und nachdenken? So



verschieden die Erfahrungen des Miterlebens auch sind, kann jede von Belastungen in der Familie, von Auswegen und Hilfreichem berichten. Tiefgründig und aufschlussreich beschäftigt sie die Frage zur Ansteckungsgefahr von Wahn. Denn hier mag ein Schlüssel der fatalen transgenerationalen Weitergabe psychischer Erkrankung liegen.

### Allgegenwärtig ob nah oder fern (Judith Linder)

Meine Mutter fühlte sich immer beobachtet. Sie gab mir früh mit, mich immer angepasst und unauffällig zu verhalten. In der kleinen Stadt, in der ich aufgewachsen bin, war meine Familie recht bekannt, da meine Großeltern eine Metzgerei hatten. Für mich war es also schlüssig, dass alle ein Auge auf uns hatten und alle über uns sprachen. Ihr Wahn und ihre Angst haben, denke ich, hier den Kern. Ich spürte, dass meine Mutter von ihren Gedanken zerfressen war. Ich wollte sie so sehr vor der Welt da draußen beschützen. Ich dachte, wenn ich nur gut genug auf sie aufpasse und immer für sie da bin, wird es ihr nicht ganz so schlecht gehen. Es ging ihr mit der Zeit trotzdem schlechter, also beschloss ich für mich, noch besser auf sie aufzupassen und meine Probleme noch mehr in den Hintergrund zu stellen. Ich dachte, wenn ich der Außenwelt etwas von unserem Familienleben erzähle, kommt es einem Hochverrat gleich. Ich würde damit alles noch schlimmer machen. Meine Strategie zum Überleben war Flucht, neben Angriff einer der tiefsten Instinkte des Menschen. Ich habe jede Möglichkeit genutzt, um meiner unwirklichen Wirklichkeit zu entkommen. Egal ob Schüleraustausch, Tagesausflug mit der Schule oder Auslandsjahr, ich habe es genossen, mich von meiner sorgenvollen Kinderwelt zu distanzieren. Aber egal wie viele Kilometer zwischen uns waren, auch bei 16.000 Kilometern hatte ich das Gefühl etwas zurückgelassen zu haben. Etwas falsch gemacht zu haben, was ich niemals wieder gut machen kann. Wenn ich weg war, wollte ich da sein, wo meine Füße sind und nicht da sein, wo der Wahn sitzt, aber es gelang mir nicht. Es war lediglich ein kurzes Aufatmen mit der Gewissheit, dass die Pause endlich ist. Ich wusste, ich werde bald wieder in der Situation sein, die mich augenblicklich dazu bringt, gehen zu wollen. Trotzdem lebte in mir der Entschluss, dass es für mich in dieser Welt irgendwo eine glückliche Zukunft

gibt, dass mein Leben leichter wird, wenn ich nur lange genug durchhalten würde. Ich trug meinen Entschluss mit mir, er begleitete mich jeden Tag. Er hat mich durch alle depressiven, schizophrenen und ängstlichen Phasen meiner Mutter getragen und mir Halt gegeben, weil meine Mutter es nicht konnte. Auch heute noch muss ich mich hin und wieder davon überzeugen, dass mein Leben fürwahr glücklicher und leichter geworden ist. Es sind diese Momente die mich kurz an mir zweifeln lassen, in denen ich innerhalb eines Wimpernschlags in die Vergangenheit reise und nichts mehr von meinem Selbstbewusstsein, von meiner Energie und der Sonne in meinem Herzen übrig ist.

### Was so nicht im Geschichtsbuch steht (Lysann Steinbacher)

Ich wurde in einem sterbenden Land geboren: In meinem Geburtsjahr 1987 hatte die Deutsche Demokratische Republik noch Bestand, doch auch wenn kaum jemand es ahnte, war ihr Ende nahe. Dass Deutschland mal entzweit war, lernen die Kinder heute regulär in der Schule. Aber dass es meine Mutter war, die das Land wieder vereinte, steht leider in keinem Lehrbuch. Denn Anfang Oktober 1989 zog meine Mutter los, um die Mauer zu Fall zu bringen und die Welt zu retten. Sie hatte die Vision der Befreiung der Menschheit und der Gemeinschaft aller Völker. Es lag allein in ihrer Macht, sie war auserkoren, von Gott gewählt für diese Aufgabe. Und wie Jesus gezeigt hatte, war ein großes Opfer nötig, um solch einer Mission gerecht zu werden. So suchte sie den höchsten Berg der Umgebung auf, um vom Himmel empfangen zu werden. Sie ging sogar mit mir ins Moor, bereit zu sterben für ein geeintes Vaterland. Auch mich wollte sie dabei opfern, was mich aus heutiger Sicht erschreckt. Aber nichts passierte. Na ja, nicht ganz, denn schließlich fiel die Mauer und es kam die Wende. Glücklicherweise auch für meine Mutter, denn mit dem Ende der DDR verging auch ein Teil ihrer Psychose. Und so lebe ich mit der geheimen Ehre, dass meine Mutter den Lauf der Geschichte geändert hat. Leider haben andere die Lorbeeren geerntet. Aber immerhin sind wir auch nicht auf dem Scheiterhaufen gelandet. Wie es sonst gelaufen wäre, lässt sich schwer sagen. Ja, das Gehirn ist ein seltsames Ding. Im Studium war ich fasziniert von dem Thomas-Theorem, das besagt: „Wenn

Menschen eine Situation für real halten, sind ihre Konsequenzen real.“ Was banal klingt, war für mich als Tochter einer psychisch erkrankten Mutter irgendwie befreiend. Ich bin in der Lage, die Verbindungen, die mein Gehirn in der Welt sieht, zu hinterfragen und Alternativen herzustellen. Die Schizophrenie scheint eben solche alternativen Weltsichten teilweise unmöglich zu machen. Menschen halten dann alles für wahr, was ihr Gehirn abbildet: Sie werden beobachtet, verfolgt, haben die Macht, die Geschichte zu ändern und damit manchmal auch die Pflicht. Die Geschichtsbücher quellen über von Menschen mit Missionen, die Weltreiche gründen oder die Menschen zu Gott führen wollten. Aber unterwegs dorthin wurden auch viele Hexen verbrannt. Welche Wahrheit die richtige ist, lässt sich nicht immer so leicht beurteilen.

### Verstummen angesichts der Stimmen (Irmela Boden)

Genie und Wahnsinn liegen dicht beieinander, sagt man, wie sehr konnte ich anfangs nicht erkennen. Mein Vater wollte nicht nur Schulzahnarzt sein, sondern in der Wissenschaft Bedeutendes leisten. Warum nicht, dachte ich als Jugendliche. Doch der Arbeitgeber setzte seinem Forscherdrang, der ihn an seiner Arbeit hinderte, ein Ende und verlangte eine Überprüfung seines Geisteszustandes. Seine Diagnose Paranoia ließ auch meine Welt nach innen fallen. Mein Vater litt unter Verfolgungswahn, den er immer und überall vermutete. Das habe ich nur atmosphärisch aufgenommen. Ich war voller Mitgefühl, wenn er um sein Schicksal klagte und weinte. Wenn er vor Wut auffuhr, fuhr mir sein Gefühlsausbruch mit Angst in die Glieder. Nie begriff ich in meiner Jugend, dass er Stimmen hörte. Nie habe ich erfahren, wann die Stimmen auftauchten und wie es ihm damit ging – nie habe ich sie gehört, nie habe ich ihn danach gefragt, obwohl ich ihm stundenlang zuhörte. Damals sah ich nur seine Reaktionen auf sie, das Umspringen seiner Emotionen und als Botschaften eine Menge Notizzettel, die verteilt in der Wohnung lagen und zu Schriftstücken verarbeitet wurden. Belastend für die ganze Familie war das Miterleben der psychotischen Steigerung seines Wahns. Die Stimmen wurden mächtiger und erteilten Befehle. Deren Diktate rissen die Familie wie in einem Strudel mit. Zwangseinweisungen waren oft die einzige Lösung. Wenn er nach ei-

nem Klinikaufenthalt wieder nach Hause kam war er durch die Medikamente wie lahm gelegt und ich fühlte nur bleierne Schwermut und Trostlosigkeit und ging auf Zehenspitzen sein Gleichgewicht nicht zu stören. Wir, seine vertrautesten Mitmenschen, haben über alles geschwiegen. Dieses Schweigen blieb mein ständiger Schatten und ließ mich auch in Gegenwart Anderer verstummen. Das löste sich erst, als ich begann mein Miterleben in Worte zu fassen.

Was Stimmhören bedeutet erfuhr ich durch den Lebensbericht einer Stimmhörerin. Da begriff ich auf einmal: was ich bei meinem Vater beobachtet und als Krankheitszeichen gedeutet hatte, kann man auch anders sehen und auf mitmenschlicher Ebene verstehen. Mir kam Stimmhören gar nicht mehr so fremd vor. Auf einmal fühlte ich mich als Teil der Gesellschaft mit verantwortlich gegenüber den Stimmen der Stimmhörerinnen. Auch meine Stimme gehört dazu - unbedingt.

## Diskussion

### Ist der Wahn ansteckend?

Der Wahn an sich ist nicht ansteckend, aber das Konstrukt, das ihn umgibt, kann wie ein Schwarzes Loch alles um sich herum in seinen Bann ziehen und

verschlingen. Es kann jegliche Sprache verschlucken und die eigene vergessen lassen, so dass man sich selbst vergisst. Es ist wie eine eigene Welt, der man kaum entkommt. Umso schwieriger ist es, nicht nur Worte zu finden, sondern auch jemanden, der diese Worte versteht. Wir hatten nie den Eindruck, dass der uns unbekannte Wahn uns infiziert, eher hellhörig - hellichtig - hellfühlend wuchsen uns Antennen für das Befinden des Anderen. Denn das Wahnerleben schien keinerlei Begrenzung zu kennen, war somit für uns auch nicht begreif- und erkennbar und bot keinerlei Orientierung. Die Verhaltensmuster in der Familie, die dafür sorgten, dass niemand von dem Wahn erfuhr, boten Grenzen und Orientierung, waren aber gegenüber dem wahnhaften Elternteil unzureichende Mittel des Umgangs. Durch das Tabu wurde die Krankheit in der Familie übermächtig und wir so ohnmächtig. Sodass wir uns schon bei Tagträumereien fragten, ob der Wahn auch in uns ist.

### Zuhören und sprechen

Der Wahn des Elternteils ist immer auch ein Teil der Lebensrealität des Kindes. Er ist verknüpft mit seinem Selbstverständnis. Gleichzeitig entwickelt das Kind ein Verständnis dafür, dass der Großteil der Menschheit ein anderes Wissen als Reali-

tät erachtet. Dadurch lebt es in zwei parallelen Wahrheiten, die beide gleichermaßen echt erscheinen und entsprechende Auswirkungen haben. Die subjektiven Schilderungen anderer Psychiatererfahrener können einen Zugang zu der Wahrnehmung des erkrankten Elternteils eröffnen und Hinweise darauf geben, dass auch diese Welt eine Berechtigung hat. Das verhilft zur Selbstannahme der eigenen Wahrnehmung. Worte und Gehör müssen auch die Angehörigen finden. Um das eigene Erleben in Worte zu fassen, bieten Dialog, EX-IN und Selbsthilfe Stigma-freie Orte an. Das tiefere Verständnis wirkt entstigmatisierend. Einen besonderen Raum für gemeinsamen Austausch eröffnet der Verein Seelenerbe e.V. für erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern: Das gemeinsame Verstehen ist besonders wichtig, um der transgenerationalen Weitergabe psychischer Erkrankung entgegenzuwirken. Mitglieder des Vereins möchten in einem Projekt ergründen, was ihnen im Leben wirksam geholfen hat und dieses Wissen an Fachleute weitergeben, um jetzigen Kindern aus belasteten Familien den Weg in die Welt zu erleichtern. ●

Informationen: Seelenerbe e.V. - Verein erwachsener Kinder psychisch erkrankter Eltern [www.seelenerbe.de](http://www.seelenerbe.de)

# Was macht der Wahn mit mir?

## Zwischen Faszination, Schrecken, Verstörung und Langeweile

Von Michael Schödlbauer

Wahn gilt als einer der faszinierendsten Gegenstände der Psychiatrie. Wahnhaftes Erleben kann uns aber auch erschrecken, verstören, anstecken, chronifizierter Wahn kann Hilflosigkeit, Langeweile und Leere verbreiten. Unsere eigene Resonanz auf Wahnkranke, unsere Gegenübertragung wahrzunehmen und damit zu arbeiten ist hilfreich für die therapeutische Arbeit mit psychotischen Menschen, aber auch für den Erhalt unserer Arbeitsfähigkeit und -motivation.

### Was nimmt uns gefangen?

Lässt sich das, was uns in der Begegnung mit Wahnerkrankten gefangen nimmt, auch an den verschiedenen Wahninhalten festmachen oder an der Form, an der Art, in der sich das Wahngeschehen mitteilt? „Es imponiert ein

systematisierter Verfolgungswahn“ liest man gelegentlich in psychiatrischen Aufnahmebefunden. Imponierend wirkt auf uns ein Wahngebäude, bei dem durch Wahrarbeit alles mit allem verbunden ist, der Wahn systematisiert ist und nichts, was passiert, mehr zufällig erscheint. Das formale Denken zeigt sich

in diesen Fällen meist sehr geordnet, was insbes. bei der paranoiden Form der Schizophrenie vorkommen kann. Was in diagnostischen Glossaren unter dem Begriff ‚Wahnhafte Störung‘ firmiert zeigt typischerweise einen völlig systematisierten Wahn. Bei dieser ‚reinen Wahnkrankheit‘ fehlen weitere psychotische



Michael Schödlbauer

Dr., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Leiter des Adolf-Ernst-Meyer-Instituts für Psychotherapie in Hamburg.

oder affektive Syndrome. Ein solcher Wahn ist hermetisch meist so geschlossen, dass wir im Gespräch den Eindruck gewinnen, keinen ‚Fuß in die Türe‘ zu bekommen, so dass wir uns ausgeschlossen, hilflos fühlen können. Wenn Klienten uns völlig zusammenhängend von Dingen berichten, die prinzipiell jedem von uns passieren können, etwa abgehört, observiert, verfolgt, bedroht, betrogen, übel beleumundet, plagiirt zu werden, dann kann das uns und unseren Realitätssinn verunsichern. Das kann sehr irritierend sein, erscheint mir aber wichtig, ist doch die Bereitschaft, sich verstören zu lassen, eine Form der Teilhabe am wahnhaften Erleben.

### Kann Wahn ansteckend sein?

Wenn beispielsweise eine ordnungsliebende Patientin darüber klagt, dass sich jemand in ihrer Abwesenheit Zutritt zu ihren vier Wänden verschafft, Habseligkeiten vorübergehend entwendet, um sie später an einem anderen Ort wieder auftauchen zu lassen, um sie systematisch in den Wahnsinn zu treiben, kann das auch im Behandler Argwohn wecken: könnte der Partner der Patientin derlei womöglich im Schilde führen, ist der nur schusselig oder böseartig? Wenn man sich auf das Wahnhafte einlässt, kann es vorkommen, dass man das psychotische Erleben passager teilt. Was wie eine beginnende *folie à deux* anmuten könnte, zeigt in aller Regel, dass sich ein Behandler auf den Wahnkranken einstimmt und sich die therapeutische Beziehung gerade symbiotisch gestaltet. Darin kann man eine Antwort auf Verschmelzungstendenzen sehen, die schizophrene Erkrankte mitbringen: Nach Stavros Mentzos sind Betroffene in einem Dilemma befangen zwischen dem Wunsch nach symbiotischer Nähe einerseits und Angst, restlos im Anderen aufzugehen. Einen pathologischen Lösungsversuch dieses Dilemmas bieten paranoide Intimfeinde, die das Anziehende auf Abstand halten. Vielleicht ist das Faszinierende, das Anziehende des Wahns auf uns teilweise eine Wirkung der Verschmelzungswünsche, die Betroffene an uns adressieren. Der Wahn des Anderen könnte uns aber auch auf zwiespältige Weise faszinieren, weil wir selbst in unserem Innersten einen psychotischen Kern haben. Wenn der berührt wird, kann das massive Abwehr in uns mobilisieren. Wir tun den Anderen dann als ‚total verrückt‘ ab, leihen ihm lieber

kein Ohr – oder wir sind im Gegenteil ganz angetan, ja fast bezaubert von der Wahnfabel: Das Wort Faszination kommt vom lateinischen *fascinare*: behexen, bezaubern, berücken, anziehen. Hier gilt es immer wieder Abstand herzustellen, – in einer für den Behandlungsprozess möglichst hilfreichen Weise.

### Anziehung und Abstoßung

Als „tremendum et fascinans“, als faszinierend wie erschütternd bezeichnete der Religionswissenschaftler Rudolf Otto 1917 die Erfahrung des „Heiligen“ im Numinosen, im Geheimnisvollen, das uns auch in religiösen Wahnbildungen begegnen kann: So beschreibt Heimann, dass er bei Bekehrungserlebnissen im Rahmen von Psychosen „bald ergriffen aufhorcht“, wenn sich den Betroffenen geistige Zusammenhänge zu offenbaren scheinen, wobei er dann wieder von einem „öden“ Gefühl beschlichen werde, wenn „neben dem Erhabenen das Banale, Lächerliche und sogar Abstoßende wuchert“ (1956, S. 31). Ist das Abstoßende vielleicht ein Versuch, sich dem Sog des Faszinierenden zu entziehen? Besonders ‚mitreißend‘ erlebt und vermittelt werden religiöse Erweckerlebnisse im Rahmen einer Manie oder Schizomanie, – in der es aufgrund der inneren Wechselhaftigkeit und Ideenflucht aber selten zur Systematisierung des Erlebens kommt.

Nicht nur religiöse, auch technische Wahninhalte können „von Geisteskranken als Faszination erlebt werden“. Aber auch für die technischen Laien unter uns hat die Technik eine ihr eigene Magie, so dass „der ‚Apparat‘, die ‚unsichtbaren Strahlen‘ etc. im modernen Menschen ein solches Gefäß magisch-religiöser Kräfte geworden sind“ (Herrmann Lenz 1969, S.548).

Faszinierend wie erschreckend, anziehend wie abstoßend können Berichte von Erlebnissen sein, die völlig bizarr auf uns wirken, etwa wenn geklagt wird, dass extraterrestrische Wesen den Samen des Erkrankten rauben oder Apparate im Inneren der chinesischen Botschaft eine patentreife Erfindung aus dem Kopf entwenden. Solche Wahnerzählungen nehmen wir manchmal nicht nur mit den Ohren auf, wir können auch leiblich auf solche Klagen ansprechen, – etwa in Form von leichten Missempfindungen im Unterleib oder einer Art Gedankenabriss in der Stunde mit einem solchen Betroffenen. Wenn wir im

Sprechzimmer den vermeintlich letzten Nachkommen der Habsburger sitzen haben, der entsprechende Ansprüche auf Thron und Reich anmeldet, wird er in seiner vielleicht blasierter und manierter wirkenden Art seinen Eindruck auf uns nicht verfehlen. Aufmerksamkeit dafür, wie wir innerlich auf unterschiedliche Wahnkranke reagieren, schützt uns ein Stück davor, z.B. narzisstische Kränkungen bei solchen megalomanen Wahnideen auszuagieren.

### Aufgeladene Atmosphäre

Schon der misstrauische Blick bei der ersten Begegnung mit einem paranoid Erkrankten macht etwas mit uns (wir werden beargwöhnt, eher als feindselig erlebt), akutes Bedeutungs- und Beziehungserleben, das sich im Zusammensein mit dem Betroffenen aktualisiert induziert auch in uns einen gewissen „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ wie es Wolfgang Blankenburg für die beginnende Schizophrenie 1971 beschrieben hat. Der sich akut bedroht erlebende Mensch verbreitet womöglich eine Stimmung von Bedrohtheit oder Feindseligkeit, die auch uns ergreifen kann. In der Atmosphäre des Vergiftungswahns wird der Becher mit der Abendmedikation zum Schierlingsbecher aus unserer Hand; das können wir z.B. zu spüren bekommen, indem wir uns selbst plötzlich „schlecht“ fühlen. Zum „bösen Objekt“ gemacht und schuldig erlebe ich mich gelegentlich auch in der Behandlung schizo-/depressiver Menschen mit Versündigungswahn: Beim Versuch z.B. etwas Über-Ich-Entlastendes zu sagen, um das sadistische Gewissen etwas zu mäßigen, zeigt mir der Blick oder das Schweigen des Gegenüber, dass aus mir der ‚Versucher‘, ja vielleicht der Satan gesprochen hat.

### Übertragungspsychose

Wenn wir als Behandler zum Objekt der Liebe im Liebeswahn, zum heimlichen Beobachter in der heimischen Dusche im Beobachtungswahn, zum Mitwisser eines Komplotts gegen den Patienten etc. werden, finden wir uns als Element der „Mikrowelt“ des Wahns wieder. Darin liegt eine Gefahr, aber zugleich die Chance, wird hier doch der Wahn mit einer aktuellen „Objektbeziehung verknüpft. Dabei ist jeweils unklar, „ob der Therapeut ein assimiliertes psychotisches Objekt wird oder gleichzeitig zu einem Objekt der



Beziehung, mit dem eine ›affektive relatedness‹ besteht“ (Moser 2005, 758). Um in der therapeutischen Beziehung damit arbeiten zu können hilft entsprechende Aus- und Weiterbildung, Erfahrung und Triangulierung der drohenden Symbiose durch Intervision und Supervision.

### Projektive Identifizierung

Wahnkranke mit einer schizophrenen Grunderkrankung berichten oft gleichmütig oder mit parathymem Lächeln von übelster Nachstellung, Verfolgung, Schändung. Das ist ein Ausdruck der psychotischen Fragmentierung, in der psychische Anteile (Affekte, Impulse, Gedanken, Vorstellungen) abgespalten sein können.

Wenn uns in der Begleitung wahnhafter Patienten unplötzlich ‚ganz anders‘ wird (wir den Durchbruch eines überraschenden Affekts fürchten, einen Triebimpuls verspüren, eine sonderbare Phantasie bekommen, ...) kann das Hinweis auf eine projektive Identifizierung sein. Dabei machen sich abgespaltene Anteile des Patienten plötzlich im Behandler geltend. Diese abgespaltenen Anteile müssen erst einmal im Behandler aufgenommen, ausgehalten, behalten (Containing) und bestenfalls beizeiten ‚verdaut‘ und verstanden an den Patienten zurückgegeben werden. Projektive Identifizierung ist nicht allein Form innerpsychischer Abwehr des Patienten, sondern kann als Mittel der Kommunikation zum Medium des Verstehens und Mittel der Behandlung werden.

### Mit Resonanz arbeiten

Aufmerksamkeit für das, was der Wahnhafte mit uns macht, verbal und nonverbal, was er in der je spezifischen Gegen-/Übertragung an Bildern, Phantasien, Gedanken, Assoziationen, Impulsen, Gefühlen weckt, ist nicht nur wertvoll für die Arbeit mit diesen Patienten, es dient auch unserer Psychohygiene. ●

### Literatur

**Heimann, H. (1956):** Grundsätzliche Erwägungen über eine Psychopathologie der Bekehrung, in: Mschr. Psychiat. Neurol., 131, 16–36.

**Lenz, H. (1969):** Eine Deutung moderner Wahnhalte, in: Nervenarzt 40, 547–549

**Moser, U. (2005):** Transformationen und affektive Regulierung in Traum und Wahn. In: Psyche – Z Psychoanal 59, 718–765.

**Schödlbauer, M. (2016):** Wahnbegegnungen: Zugänge zur Paranoia, Köln.

# Zwischen den Kulturen

## Integration für Migrantinnen und Migranten

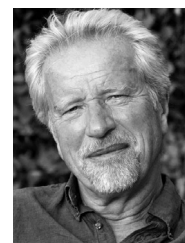
Von Wielant Machleidt

*Der Beitrag von Wielant Machleidt geht auf das von ihm und Lutz Hieber herausgegebene Buch: „Zwischen den Kulturen. Integrationschancen für Migrantinnen und Migranten“ zurück und greift die Kernaussagen wie auch die Chronologie des Buches auf. Der Beitrag wie auch das dahinterstehende Buch stellen noch einmal in den Vordergrund, wie wichtig in der medizinischen wie in der psychosozialen Versorgung und darüber hinaus im konkreten gesellschaftlichen Alltag überhaupt die Thematik Interkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migrant\*innen ist.*

### Einleitung: Unsere Welt öffnen

„Wenn wir den Geflüchteten und Zugewanderten unsere Welt öffnen und sie teilhaben lassen, dann werden sie ihre Welt öffnen und uns teilhaben lassen“ (Missfeld J. 2021). Dazu sind Echtheit, Offenheit, Engagement gefragt, aber auch Wachsamkeit, eigener Standpunkt und Wehrhaftigkeit. Wie der Weg zwischen den Kulturen zu einem guten interkulturellen Miteinander gegangen werden kann, dafür bietet dieser Beitrag<sup>1</sup> theoretisches und praktisches Erfahrungswissen. Ziel ist es, den Umgang mit Menschen aus fremden Kulturen für alle Interessierten wissender und einfühlbarer zu gestalten – nicht zuletzt für die in der Sozialpsychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen. War es in der Sozialpsychiatrie seit den Tagen der Reformer nicht schon immer das Ziel, soziologische und sozialpsychiatrische Verstehensansätze zusammenzudenken? Mir kam diese Vision als praktikables Arbeitskonzept wieder in den Kopf, als mir der Soziologe Lutz Hieber von der Leibniz Universität Hannover vorschlug, ein gemeinsames Buch über interkulturelle Kompetenz zu schreiben. Wir hatten für Bedienstete des Dezernats „Migration und Teilhabe“ der Stadt Han-

<sup>1</sup>L. Hieber, W. Machleidt: „Zwischen den Kulturen. Integration für Migrantinnen und Migranten.“ Psychozialverlag, Gießen 09/2020, 164 S.



**Wielant Machleidt**

Prof. Dr., Sozialpsychiater, Psychotherapeut, Psychoanalytiker, 1994–2007 Inhaber des Lehrstuhls für Sozialpsychiatrie a. d. Medizinischen Hochschule Hannover. Forschungsgebiete: interkulturelle Psychotherapie, Migrations- u. Flüchtlingsforschung.

nover Kurse in „Interkultureller Kompetenz“ gegeben und in den vergangenen Jahren viele Erfahrungen in der Vermittlung von Theorie und Praxis für einen guten Umgang mit Migrant\*innen sammeln können.

### Zwei Modelle: Habitus und kulturelle Adoleszenz

Lutz Hieber entwickelt seine Gedanken zum theoretischen Verständnis von Migration und Kulturwandel am Beispiel des Habitus-Begriffes des französischen Soziologen Pierre Bourdieu (1974). Unter Habitus versteht er die durch unsere Bildungsgänge „in Fleisch und Blut“ übergegangenen Gewohnheiten oder Haltungen in unserer Kultur. In unserem dafür typischen Denken, Fühlen, Wahrnehmen und Handeln reproduzieren wir z.B. unsere deutsche Kultur immer wieder aufs Neue – und können gar nicht anders. Jede Kultur hat ihren Habitus. Wie können zwei Menschen aus verschiedenen Kulturen mit unterschiedlichem Habitus so etwas wie Verständnis füreinander entwickeln? Hieber leitet daraus wesentliche Erkenntnisse und Schlussfolgerungen für die didaktische Praxis der Vermittlung interkultureller Kompetenz ab. Für eine integrative psycho-soziodynamischen Gesamtsicht bietet sich, das Modell der „Kulturellen Adoleszenz“ als individualpsychologische Ergänzung zu Bourdieux' Habitus an (Machleidt 2013, Machleidt und Heinz 2018). Anhand dieses Modells wird der Habitus- bzw. Identitätswandel

zur Bikulturalität im Kontext des Migrationsprozesses nachvollziehbar (s.u.). Mit den dabei ins Spiel kommenden Fremdheitserfahrungen werden die Widerstände und „unsichtbaren Mauern“ in den Fokus genommen und nach den Folgen von Fremdenangst, Diskriminierungen und Rassismen für die psychische Gesundheit von Migrant\*innen gefragt (Machleidt 2019). Hieraus lassen sich Grundsätze interkultureller Kompetenz für den Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen für die Sozialpsychiatrie-Psychotherapie sowie für eine humanitäre Einwanderungsgesellschaft generell entwickeln (S. 105ff., S. 117ff.).

### Das kulturelle Unbewusste

Nach Lutz Hieber verleiht das Aufwachsen und Leben in einer bestimmten Kultur, wie z.B. der deutschen, zu der Annahme, die Verhaltensmuster, Umgangsformen und Denkweisen, kurz die „Kultur“ in unserem Land, als etwas Selbstverständliches und Universelles anzusehen. Unsere „Kultur“ ist uns deshalb als solche gar nicht bewusst. Erst bei der Begegnung mit Menschen aus anderen Ländern und Kulturen fallen Unterschiede auf. Dieses „kulturelle Unbewusste“ fasste Bourdieu unter dem Begriff des *Habitus*: Er erzeugt alle typischen Gedanken, Wahrnehmungsweisen und Handlungen einer Kultur s.o. (S. 27). „Bildungsprozesse konsolidieren sich weitgehend auf diese Weise. ... Die Routinen, die durch Sozialisation in Bildungseinrichtungen -...- entstehen, bilden den Kern des ‚kulturellen Unbewussten‘. Denn jeder Mensch, der eine derartige Sozialisation durchlaufen hat, steht zu seiner erworbenen und schließlich in täglicher Praxis gefestigten Bildung in einem Verhältnis, das sich als das von ‚tragen‘ und ‚getragen werden‘ bezeichnen lässt, weil er sich nämlich nicht bewusst ist, dass die Bildung, die er besitzt, ihn besitzt“ (S. 28). Der Habitus, das kulturelle Unbewusste, „besitzt uns“. Genauso, wie die ‚unsichtbaren Mauern uns besitzen‘. Damit sind die meist unbewussten Ängste bei der interkulturellen Kommunikation mit den Fremden angesprochen. Was ‚uns‘ an den Fremden erst einmal fremd erscheint und ängstigen mag, ist über ‚ihr‘ Äußeres hinaus ‚ihr‘ anderer kultureller Habitus, ... . Das Schlüsselwort zur Aufhebung der Spaltung zwischen ‚uns‘ und ‚ihnen‘ ist der „Imperativ der Reflexivität“ (Bourdieu 2015, Hieber

S. 34f.), d.h. das „Hinterfragen der eigenen Denk- und Verhaltensweisen“.

### Disjunktionsprinzip: Auseinanderfallen von „Erscheinung und Bedeutung“

Offenheit und Interesse sind bei der Begegnung mit anderen Kulturen unerlässlich, um das Eigene unter neuen Aspekten zu sehen und nicht mehr als das schlichtweg Gegebene und „Weltmaßstab“ stehen zu lassen. In diesem Kontext spielt das *Disjunktionsprinzip* von Panofsky (1976) eine wichtige Rolle. Es besagt, dass diejenigen die sich Fremdes aus einer Kultur aneignen, diesem häufig ihre eigenen Ideen und Interpretationen unterlegen und in ihre gewohnte Lebenspraxis einbauen, ohne das Denken, das Lebensgefühl und das Gewordensein des „Fremden“ näher zu kennen. Diese Übernahme von Fremdem ist in Migrationskontexten alltäglich. Wenn z.B. muslimische Familien für sich die freien Weihnachtstage gestalten, dann unterlegen sie diesen - vielleicht auch mit Tannenbaum (Erscheinung) - keine christliche Tradition (Bedeutung), sondern ihre eigenen Ideen und kulturellen Traditionen für ein familiäres geselliges Zusammensein. Um Missverständnisse dieser Art zu vermeiden, sind deshalb Kenntnisse über andere Kulturen in einem Einwanderungsland wie Deutschland sehr nützlich.

### Kulturelle Adoleszenz und Identitätswandel

Mit den Modellen der „Emotionslogik von Migrationsprozessen“ und der „Kulturellen Adoleszenz“ befasse ich mich mit dem Wandel der Migrierten zwischen den Kulturen zur Bi- oder Mehrkulturalität (S. 105ff.). Obwohl jede/r Migrant\*in ihre/seine ganz eigene Migrationsmotivation und Psychodynamik hat, lässt sich eine individuell übergreifende Emotionslogik finden, die für alle ähnlich verläuft. Wenn die Ankunft im Aufnahmeland unter Entwicklung von Neugier- und Erfolgsgefühlen gelungen ist, kommt die Aufgabe der Integration und Teilhabe an der Aufnahmegesellschaft mit (Fremden-)Angst, (konstruktiv-)aggressivem Durchsetzungsverhalten, Enttäuschungen und Verlusten sowie dem Betrauern des Zurückgelassenen. Zitat (S. 107): „Integration setzt viel mehr in Bewegung als nur Lern- und Anpassungsprozesse. Integration geht

mit einem Umbruch der Identität einher und verändert den kulturellen Habitus...“ Diesen Entwicklungsprozess bezeichne ich als die „Kulturelle Adoleszenz“, denn „...die Entwicklungsschritte und kritischen psychischen Verfassungen der Adoleszenz gleichen in vieler Hinsicht den Integrationsschritten und Krisen, die Migrationsprozesse bei den Neuankömmlingen auslösen“ (S. 107). „Es besteht eine Parallellität zwischen der Integration von Migrant\*innen in die Aufnahmegesellschaft und der Integration von Adolescent\*innen in die Gesellschaft ihres Heimatlandes.“ Ein solcher Identitätswandel setzt neue Orientierungen und Werte in den unterschiedlichsten Bereichen der Person in Gang, wie z.B. in der Bewältigung von Fremdheitserfahrungen, der Neugestaltung von familiären und Geschlechterbeziehungen, von Autoritätsverständnis und Religiosität, dem Betrauern von Verlusten und der Entwicklung einer neuen bikulturellen Identität. Wer als junge/r Migrant\*in im Aufnahmeland Fuß fasst, hat eine doppelte „coming out“ in der Adoleszenz vor sich, zum einen in der Kultur seines/ihrer Heimatlandes und in der Aufnahmekultur. Beide zu integrieren und Spaltungen zu bewältigen ist eine anspruchsvolle Entwicklungsaufgabe, die häufig die Vermittlung durch einen interkulturellen Psychotherapeuten erforderlich macht.

### Deutschland, ein Einwanderungsland?

Nachdenken (Reflexivität) über die eigene Kulturgebundenheit und die Relativierung des eigenen kulturellen Gewordenseins sind wichtige Voraussetzungen, ein Land zu einem Einwanderungsland werden zu lassen (S. 29f., S. 47ff.). Tatsächlich ist Deutschland nicht erst seit den Flüchtlingsbewegungen von 2015 ein Einwanderungsland. Von den ersten „Gastarbeitern“ in den 50iger Jahren über den Familiennachzug 1973, die Spätaussiedler, die Wiedervereinigung mit den Ost-Bundesländern, bis zu der Flüchtlingskrise von 2015 ging es immer um die kritische Frage, wieviel Unterstützung Menschen, die aus anderen Kulturen als Geflüchtete oder Arbeitsmigranten kamen, für ihre Akkulturation und Teilhabe gewährt wird. Es wiederholte sich immer wieder und nicht zuletzt 2015, dass eine Politik „ablehnender Nicht-Verantwortung“ die Oberhand erlangte. Diskussionen über

Abschottungen und Grenzschießungen gewannen Raum. Deutschkurse und Integrationskurse wurden nur z.T. gewährt. Betreuungen wurden nur unzureichend genehmigt überwiegend durch Sozialarbeiter mit Migrationshintergrund. So blieb die Gelegenheit ungenutzt tragfähige Konzepte für Asyl und Teilhabe zu entwickeln. „Deutschland als junges Einwanderungsland muss ... erst noch lernen, (Ein-)Wanderungsfragen als Chance der gesellschaftlichen Selbstvergewisserung zu verstehen“ (Pries 2016, Hieber S. 52). Diese gesellschaftliche Ambivalenz hat tiefe Spuren in der sozialen und psychischen Verfassung von Migrant\*innen hinterlassen (s.u. und S. 135ff.).

### **Interkulturelle Kompetenz: Was muss vermittelt werden?**

Die Frage kann gestellt werden, was Zugewanderten vermittelt werden muss, damit sie in ihrem beruflichen und sozialen Fortkommen erfolgreich sind. Über Sprachkurse und die Grundlagen des Rechtssystems hinaus geht es um Kompetenzen der Selbstorganisation und der Selbstständigkeit z.B. beim Lernen: angeleitetes Lernen vs. selbstständiges Erarbeiten fachlichen Wissens. Den Angekommenen sollte jenseits der Angebote und üblichen Praxis der Faktenvermittlung ein Zugang zu den Angeboten und Erfahrungen eröffnet werden, mit denen sie die Fähigkeiten der Selbstorganisation erwerben, wie z.B. Gruppenarbeit auf Augenhöhe zur Erprobung individueller Autonomie. Erforderlich ist eine Einführung in die Spielregeln des Zusammenlebens im Aufnahmeland, in eingeschlifene Wahrnehmungs-, Denk- und Verhaltensweisen sowie Werthaltungen und Bedürfnisse anhand exemplarischer Fallbeispiele (exemplarisches Lernen) für einen verstehenden Zugang. Die Aussicht auf ein „gutes Leben“ in einem umfassenden philosophischen Sinne (S. 54) wird wesentlich von den Bedingungen der Teilhabe geprägt. In diesem Sinne wird Integration zur Ermöglichungsstrategie mit dem Einsatz alternativ-pädagogischer Methoden bei der Vermittlung interkultureller Kompetenz. Bei den Themenfeldern, wie z.B. Freizügigkeit oder das Autoritäts- und Demokratieverständnis, geht es nicht nur um die gegenwärtige Qualität, sondern um das geschichtliche Gewordensein, um das Wesen demokratischer Prozesse nachvollziehbar zu machen. Letztlich

ist Reflexivität bei Personen, die interkulturelle Kompetenz vermitteln, unverzichtbar für den kritischen Zugang zu Faktoren, die unsere hegemoniale Kultur geprägt haben und diese gegenüber außereuropäischen Kulturen bereit und in der Lage sind, zu relativieren.

### **Welche Integrationsbedingungen sind unverzichtbar?**

Im Weiteren wird die Frage gestellt: Was sind gute Gelingensbedingungen für Integration und Teilhabe? Wir, die Einheimischen, müssen für die Neuankömmlinge unter Berücksichtigung ihrer kulturellen Adoleszenzprozesse „wie (Ersatz-) Eltern sein“, wir müssen den gesetzlichen Rahmen (Grundgesetz) vorgeben und Förderung und Unterstützung durch (Schul-, Universitäts-)Bildung, Ausbildung und Arbeit geben. Wir müssen für sie und mit ihnen Ziele formulieren, um eine Win-Win Situation zu schaffen. Unsere Gesellschaft ist in der Pflicht verlässliche Institutionen bereitzustellen. Wir tun gut daran, Orientierungen zu geben und dies vor allem, „Kümmerer“ zu sein (Machleidt 2016 u. S. 115f.)! Wer unter den Neuankömmlingen Begleiter findet wie Ehrenamtliche, Patenschaften, „Adoptiveltern“, Nachbarn, Freunde hat die besseren Integrationschancen!

### **Die Fremdheitserfahrung bewältigen!**

Was ist im Miteinander mit den Migrant\*innen gemeinsam zu leisten? Dies ist vorrangig die komplexe und kontroverse Aufgabe der positiven Bewältigung der Fremdheitserfahrung. Es geht darum, den Fremden zu einem/r vertrauten angstfreien Partner/in zu machen. Fremdheit ist ihrem Wesen nach eine Beziehungsdefinition und Gemeinsamkeiten und Konsense transformieren es zu einem eigenen Vertrauen. Die Annäherung gestaltet sich als Pendeln zwischen Nähe und Distanz. Dabei wird eine Phase der Ambivalenz zwischen Neugier und Angst durchlaufen. Wer im Elternhaus Urvertrauen und sichere Bindungen erfahren hat, geht mit positiven Erwartungen auf Fremde zu, denn: „Zwischen Urvertrauen und Fremdenangst besteht eine reziproke Beziehung“ (Bohleber 2007). Die Erscheinungsformen von Fremdenangst/-hass sind vielfältig, wie z.B. Angst vor materieller Benachteiligung, Abwertung der Fremden zur eigenen Selbstauf-

wertung, Fantasien von Bedrohtheit, Verdrängung des Fremden in uns selbst, Distanzbedürfnis, erloschene Empathie, Xenophobie etc. Alle, die mit Fremden Kontakt haben, tun gut daran, sich ihrer inneren Haltungen zu den verschiedenen Spielarten von Fremdenangst/-hass mit Hilfe von Selbstbefragungen zu versichern (s. Fragen S. 132-135), um diese zu bewältigen.

### **Migration ist keine Krankheit und macht nicht krank!**

Ich sage: „Migration ist ein Wendepunkt zwischen zwei Lebensstadien, soziokulturellen Zuständen und Zugehörigkeiten ... ein markantes Lebensereignis wie jeder tiefgreifende Umbruch von Lebensverhältnissen und Identität“ (S. 147)! Es sind die Bedingungen und Risikokonstellationen der Migration, die psychische Störungen verursachen! Eine gute Integration und Teilhabe sind Schutzfaktoren gegen psychische Erkrankungen. Psychosen sind bei Migranten weltweit erhöht, Depressionen, psychosomatische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen häufig auch. Insbesondere Geflüchtete haben ein erhöhtes Risiko für schwere psychische Erkrankungen und Traumafolgestörungen. Ein hohes Risiko für die Transmission von psychischen Störungen haben Eltern für ihre Kinder, insbesondere bei Traumen und bei Armut, sowie bei Sucht und Somatisierungen. Scham- und Schuldkonflikte verknüpft mit Suizidalität sind bei Mädchen und jungen Frauen in der doppelten Adoleszenz häufig (S. 142ff.)! Im Spannungsfeld zwischen den Freizügigkeiten einheimischer Freundinnen in ihrer Peergroup und kulturellen familiären Restriktionen geraten sie bei ihren Bestrebungen nach Selbstständigkeit in kritische Autonomie-Abhängigkeitskonflikte, die suizidale Handlungen bahnen.

### **Psychotherapie interkulturell öffnen!**

Familienmitglieder aus kollektivistischen Kulturen, wie Migrant\*innen überhaupt finden schlechteren Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen und sind vergleichsweise weit unterrepräsentiert. Wichtige Ursachen dafür sind kulturell inkompatible Weltansichten zu Krankheit, Gesundheit und Heilung, kulturelle Missverständnisse und die Erwartung lebensprakti-



scher Hilfen anstelle von reflektierenden Gesprächen. Die Widerstände von Seiten der Therapeuten sind nicht geringer ausgeprägt, wie z.B. Skepsis gegenüber dem interkulturellen Setting, ungenügende kulturelle Kenntnisse und mangelnde Finanzierung von Dolmetschern. Dies sind Symptome für eine (noch) unzureichende interkulturelle Öffnung von psychosozialen Einrichtungen. Dieses „Fremdeln“ bedarf dringend aufklärerischer und Vertrauen schaffender Interventionen im Zwischenraum der Kulturen von der fachlichen Seite der sozialpsychiatrisch-psychotherapeutischen Community her!

### Weltenbummler und Mediatoren

Ein guter interkultureller Begleiter, Therapeut und Berater fungiert als mentaler Weltenbummler und Mediator zwischen den Kulturen. Er ermöglicht bei migrations- und kulturspezifischen Konflikten Lösungen mit dem Ziel, Migrant\*innen ihre individuell und kulturell gangbaren Wege in ihrer neuen Beheimatung finden zu lassen. ●

### Literatur

**Bohleber W (2007):** Ethnische Homogenität und Gewalt. Zur Psychoanalyse von Ethnozentrismus, Fremdenhass und Antisemitismus. In: K. Ahlheim (Hrsg.): Die Gewalt des Vorurteils. Schwalbach/T. Wochenschau-Verlag, S. 225–240.

**Bourdieu P (1974):** Zur Soziologie der symbolischen Formen. A. d. Franz, v.W. Fietkau. Frankfurt/M. Suhrkamp.

**Bourdieu P (2015):** Manet: Eine symbolische Revolution. A. D. Franz, V. A. Russer & B. Schwibs. Berlin, Suhrkamp.

**Machleidt W (2013):** Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Kohlhammer, Stuttgart, 120 S.

**Machleidt W (2016):** Wir müssen wie Eltern sein. In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung (FASZ), Interview vom 28.02.2016, S. 11–12.

**Machleidt, W., Heinz, A. (2018):** Dynamische Modelle der Migration. In: Machleidt, W., Kluge U, Sieberer M, Heinz, A. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. 2. Aufl. München, Elsevier Urban & Fischer. S.31–41.

**Machleidt W (2019):** Die Bedeutung der Fremdheitserfahrung im Spiegel von Ich-Konstitution und Gesellschaft. Wege zum Menschen. Zeitschrift für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln 71,(1): 39–50.

**Missfeld J (2021):** Wie Integration gelingen kann. SHZ, Kultur 1, 14. 1. 2021

**Panofsky E. (1976):** Gothic Architecture and Scholasticism. New York, New American Library.

**Pries L (2016):** Migration und Ankommen. Die Chancen der Flüchtlingsbewegung. Frankfurt/M., New York, Campus.

# Empowerment-Zirkel als Ort des gemeinsamen Lernens

## Partizipation aller an gelingenden Veränderungsprozessen

Von Christina Reinhardt

*„Hallo, ich bin die Elli. Ich bin vom Wohnheim erst in eine WG gezogen, das war noch nicht so gut. Dann bin ich in meine eigene Wohnung gezogen. Hat mir erst keiner zugetraut. Da finde ich es besser, weil da nicht so viele Betreuer auf einmal sind, die mir sagen, was ich machen soll. Ich fühle mich ganz wohl in meiner eigenen Wohnung. Zweimal in der Woche kommen Mitarbeiter zu mir, das tut mir ganz gut. Ich kriege auch Unterstützung beim Saubermachen von meinem Pflegedienst.*

*Früher war das alles immer zu viel auf einmal, da habe ich den Überblick verloren. Jetzt ist es gut so wie es ist. Auch mit den Mitarbeitern ist es besser, die scheuchen mich nicht mehr so hin und her. Find ich besser, weil nicht so viele was von mir wollen. Ich bleibe hier wohnen, ich zieh' hier nicht mehr weg.“*

Der Weg der jungen Frau, den sie in einem Interview beschrieb, steht exemplarisch für viele weitere Ergebnisse eines Prozesses, in dem Empowerment-Zirkel eine wesentliche Form der gemeinsamen Arbeit sind. Vorausgegangen waren bei ihr verschiedenste Wohnheime, die jeweils wegen Aggressionen gekündigt wurden.

Mit dem Bundesteilhabegesetz sind Menschen mit Handicap, Leistungserbringer und Leistungsträger aufgerufen, die Sicht auf Leistungen der Sozial- und Eingliederungshilfe von Fürsorge hin zu Teilhabeleistungen zu verändern und die Formen der Zusammenarbeit zukunftsweisend auszurichten. Menschen mit Handicap sind Auftraggeber und Mit-Gestalter ihrer Teilhabeleistungen.

Um dieses Ziel zu erreichen, müssen Mitarbeitende und leistungsberechtigte Menschen gewohnte Arbeits- und Verhaltensweisen ablegen und sich neu aufeinander einlassen. Für Mitarbeitende bedeutet das, den Fürsorgegedanken hinter die Idee der Selbstbe-



**Christina Reinhardt**

Referentin Personenzentrierte Komplexleistung, Bodelschwinghof Mechterstädt e.V., Gleicher Weg 1–10, 99880 Hörsel, OT Mechterstädt, E-Mail: christina.reinhardt@bodelschwinghof.de

fähigung der Nutzer\*innen zu stellen. Leistungsberechtigte hingegen übernehmen (wieder) die Verantwortung für ihr Leben und nutzen Teilhabeleistungen im Sinn ihres persönlichen Lebensentwurfs.

Weder die beruflichen Biografien der Mitarbeitenden noch die individuellen Lebenswege mit den Erfahrungen im traditionellen Hilfesystem haben die Beteiligten auf diese neuen Rollen vorbereitet. Auch Leistungserbringer bzw. Leistungsträger sind in diesem Lern- und Veränderungsprozess gefragt. Es geht um sinnvolles Aufstellen von Verwaltung, das Nutzen neuer Medien im Kontext Arbeit 4.0, das Anerkennen des leistungsberechtigten Menschen als Experten in eigener Sache und das Respektieren verschiedenartiger Lebensentwürfe.

### Aktuell gibt es viele Fragen und noch wenige Antworten

Grundlegend für das Gelingen der ehrgeizigen Ziele des Gesetzgebers ist es, die beteiligten Menschen mit Wissen und Kompetenzen auszustatten. Es sind Kenntnisse über die Möglichkeiten und die Anforderungen der neuen gesetzlichen Regelungen notwendig. Es ist wichtig, sich im Sozialraum zu vernetzen und neue bzw. andere Arbeitsbeziehungen aufzubauen. Die beruflichen Rollen verändern sich. Für alle bedeutet dieser Prozess, zu lernen. Gemeinsam zu lernen lädt Mitarbeitende und Leistungsberechtigte ein, sich aufei-

inander einzulassen. Dadurch werden das Verständnis füreinander gefördert und Grenzen des Anderen sichtbar. Veränderungsbereitschaft, Kreativität und Verbindlichkeit werden von beiden Seiten eingefordert. Die „Arbeit auf Augenhöhe“ mit den Nutzer\*innen und das sich Begegnen auf neutralem Grund in einer Lernsituation bringen eine Vielzahl an Chancen mit sich. Menschen mit Handicap lernen bspw., sich in einer größeren Gruppe zu äußern, ihre Meinung auszusprechen und zu vertreten.

„Gesellschaftliche Bedingungen können Chancen eröffnen, behindern oder verweigern. Sie bieten Gestaltungsfreiräume und sie konfrontieren Menschen mit Anforderungen und Zumutungen.“<sup>1,2</sup>

### Folgende Ziele wurden für diesen Prozess formuliert:

- Klienten arbeiten aktiv an ihren Teilhabezielen und gestalten den Prozess mit.
- Sie bringen sich in die Entwicklung der Organisation und ihres Sozialraum nach ihren Möglichkeiten ein.
- Die Teams sind weitgehend selbstorganisiert, Mitarbeitende übernehmen Verantwortung für konkrete Teamaufgaben und die Entwicklung der Dienstleistung.

Wir wählten die Idee des Empowerments zur Umsetzung. Empowerment wird einerseits als Managementkonzept, andererseits als Methode der sozialen Arbeit genutzt. Handlungsleitend war die These, dass Mitarbeitende empowert und in einer „empowerten“ Struktur arbeiten müssen, um Menschen mit Handicap zu unterstützen, ihre eigenen Stärken zu entdecken. Notwendig ist auch eine angstfreie Sicht auf die individuelle Zukunft – sowohl für Mitarbeitende als auch Nutzer\*innen. Mitarbeitende benötigen Vertrauen in die Sicherheit ihres Arbeitsplatzes, um Rahmenbedingungen kreativ verändern zu können. Menschen mit Handicap brauchen die Gewähr, dass sie alle für sie notwendigen Hilfen auch weiterhin erhalten, wenn sie sich z.B. auf das Wagnis der ei-

genen Wohnung einlassen sollen. Sie müssen in Absprachen mit Leistungserbringern und Leistungsträgern Vertrauen haben können.

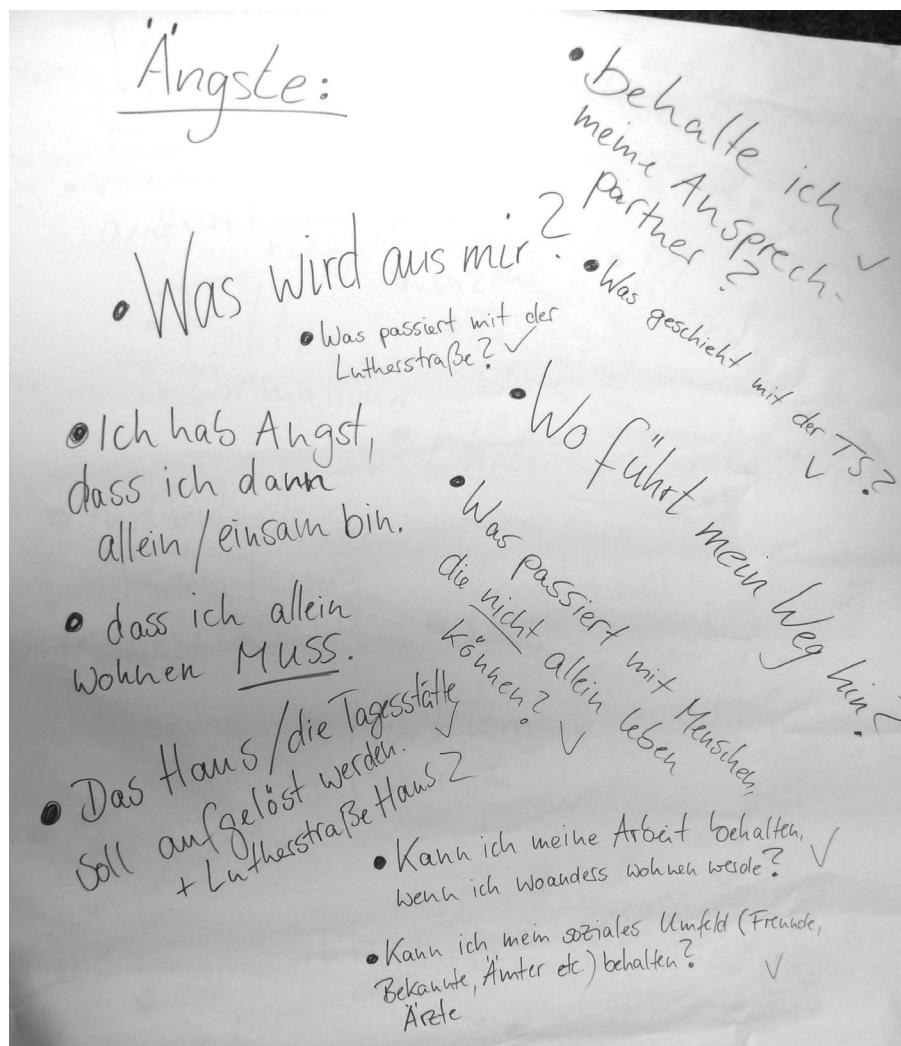
Im April 2018 startete der Bodelschwingh-Hof Mechterstädt e.V. den Empowerment-Prozess im Bereich der sozialpsychiatrischen Angebote. Ziele waren die Ambulantisierung eines Wohnbereiches mit 16 Plätzen sowie der Tagesstätte für Menschen mit psychischen Erkrankungen mit einer Kapazität von 40 Plätzen einschließlich der damit verbundenen Maßnahmen der Organisationsentwicklung.

Dem offiziellen Start voraus gegangen waren Abstimmungen mit dem örtlichen Träger der Eingliederungshilfe und im Unternehmen. Es gab monatlich sogenannte „Stammtische“, an denen Themen der Nutzer\*innen beraten wurden. Fortbildungen zum Teilhabeplan oder zur Funktion von Teilhabezentren fanden für die Nutzer\*innen statt. Die Leitungen der Bereiche diskutierten über die Umsetzung des Empowerments in der Organisation. Seitens

der Aktion Mensch bekamen wir finanzielle Unterstützung für diesen Prozess. Ein zweitägiger Workshop sollte die Nutzer\*innen und die Mitarbeitenden mit auf den Weg nehmen. Mit Hilfe externer Moderator\*innen wurden in unterschiedlichen Arbeitsgruppen Chancen, Möglichkeiten, aber auch Ängste und Sorgen hinsichtlich der geplanten Veränderungen erarbeitet. Besonders intensiv waren die Gruppen, in denen Nutzer\*innen und Mitarbeitende gemeinsam arbeiteten. Eindrücklich waren Aussagen der Nutzer\*innen wie „Haben die Mitarbeiter eigentlich auch Angst?“, „Mein Betreuer blockiert, dass ich ausziehen darf. Wer kann mir helfen?“, „Ich will mein Geld ausgeben können wie ich will.“ oder auch „Ich will meine Entscheidungen treffen können.“

### Gemeinsam ist toll!

Am Ende des Workshops waren viele Fragen beantwortet und noch mehr aufgeworfen. Der weitere Weg mit



<sup>1</sup> Vgl. Wansing, G., Windisch, M. (Hrsg.): Selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe. Kohlhammer 2017. S. S. 23

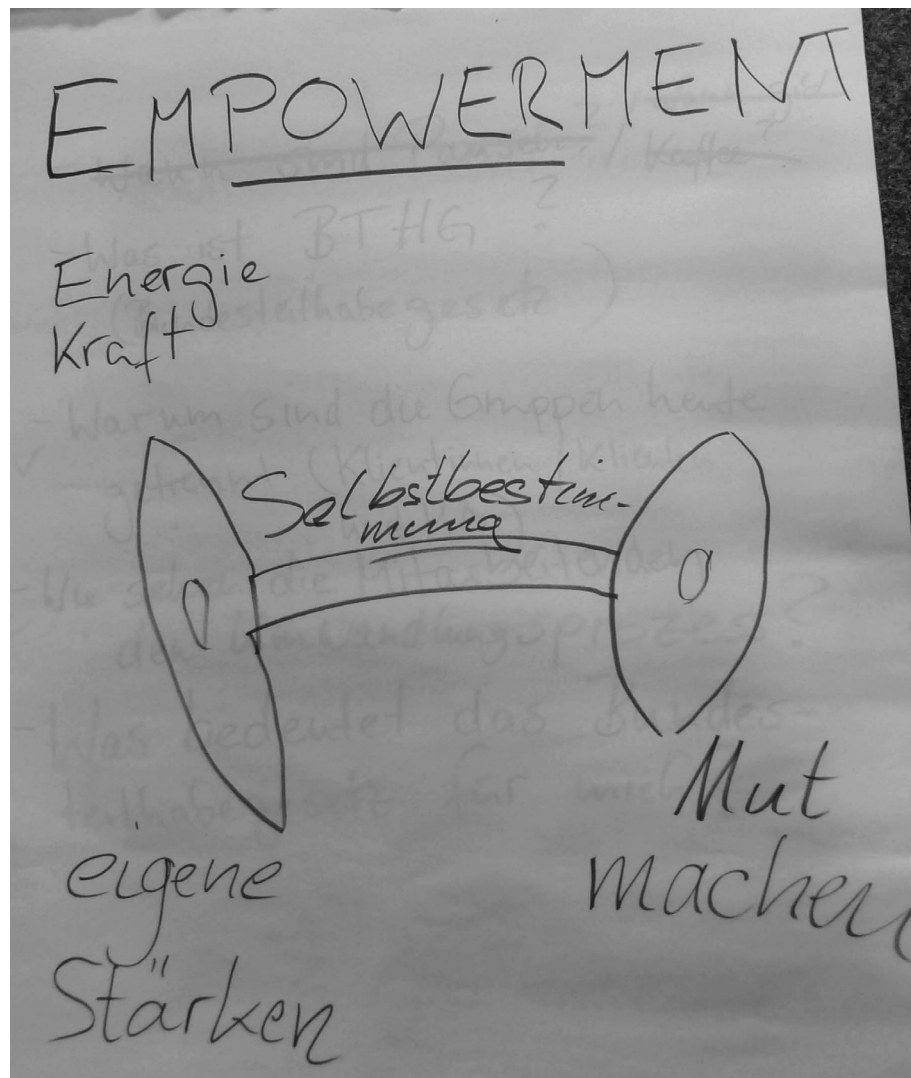
<sup>2</sup> Auszug aus der Konzeption „Personenzentrierte Komplexleistung“ des BHM e.V., Stand: 01/2018

wichtigen Teilschritten war abgestimmt und für alle klar, nur gemeinsam können wir tatsächlich erfolgreich sein. Der Empowerment-Zirkel wurde aus je 10 Nutzer\*innen und Mitarbeitenden gegründet. Mit konkreter Terminvereinbarung und einem Plan gingen alle motiviert und zufrieden auseinander. Im nächsten Workshop wurden konkrete Arbeitspakete geschnürt und Verantwortlichkeiten festgelegt. Interessen der Verantwortlichen wurden berücksichtigt. Das Tandemmodell, in dem jeweils ein/e Nutzer\*in und ein/e Mitarbeitende/r gemeinsam arbeiten, erweiterte das Verständnis für die unterschiedlichen Sichtweisen und erwies sich als hilfreich. Einer der ersten Schritte war das Übersetzen des Empowerment-Begriffes. Das Ergebnis wurde auf der Infotafel der Wohngruppe mit „Ähm?-Bauer-Ment?!“ überschrieben, was den Akteuren viele lustige Kommentare bescherte.

Wichtig für die Beteiligten waren außerdem:

- Wie wollen wir miteinander umgehen? Wie sichern wir Zufriedenheit? Wie wird mit Beschwerden umgegangen?
- Wie wird der Informationsfluss gesichert? Was muss dazu organisiert werden?
- Wie gehen wir mit Widerständen und Ängsten um?
- Wie müssen künftig Teilhabebedarfe erhoben werden und wie werden sich Leistungen verändern? Welche Personalressourcen werden gebraucht? Wie entsteht das Konzept für die personenzentrierte Komplexleistung?
- Was müssen wir gemeinsam lernen? Wie werden Stärken besser berücksichtigt?
- Welche Informationen brauchen Angehörige oder gerichtlich bestellte Betreuer\*innen?
- Wie gelingt die Vernetzung im Sozialraum? Wer sind wesentliche Partner\*innen?

Seit dem Start bis zum Beginn der Pandemie hat der Empowerment-Zirkel monatlich beraten. Sieben Fachtage brachten alle auf den aktuellen Stand, die Ergebnisse des Zirkels wurden vorgestellt, bewertet und weiter entwickelt. Das zielorientierte Arbeiten sicherte die tolle Moderation durch Lots\* Gesellschaft für verändernde Kommunikation mbH und die Mitarbeitenden des Projektes „Wie macht man Teilhabe?“



der LIGA Thüringen. Die Verbindung ins Unternehmen ist über eine Steuerungsgruppe gesichert, in der der Zirkel berichtet und aus der Aufträge im Sinn der strategischen Ausrichtung kommen. Im Prozess konnten wir bisher überwiegend positive Erfahrungen sammeln. Im Sommer 2019 zog die letzte Bewohnerin in ihre eigene Wohnung. Aus Bewohner\*innen wurden Mieter mit unterschiedlichem Teilhabebedarf. Wünsche und Erwartungen aneinander werden benannt. Die eigene Wohnung vermittelt Sicherheit. Verhaltensweisen, die teilweise zu Kündigungen vom Wohnheimplatz führten, treten kaum noch auf. „Jetzt kann ich selber entscheiden! Da ist kein Stress, wenn ich erst was anderes machen will.“ Nach zwei Jahren intensiver Arbeit an den unterschiedlichen Themenpaketen wurde im letzten Jahr eine neue Form der Arbeit verabredet. Empowerment-Zirkel arbeiten künftig mit maximal vier Teilnehmenden, die Ergebnisse werden allen präsentiert. Das spart

Zeit und sichert, dass sich Menschen finden, die am Thema interessiert sind. Je nach Votum müssen die Ergebnisse weiter bearbeitet werden oder gehen ins Qualitätsmanagement ein. Damit sinkt der Organisationsaufwand für die Zirkel und wir hatten trotz Pandemie-Geschehen die Chance, inhaltlich weiter zu arbeiten.

Neue Themen sind die Vernetzung im Sozialraum, die Ausgestaltung der Personenzentrierten Komplexleistungen, das Nutzen digitaler Medien und die weitere Veränderung der Organisationsstrukturen im Kontext des Empowerments. Weitere Themen können aufgerufen werden.

### Wir haben viel gelernt und erreicht bis hierher!

Das Wichtigste: Das Selbstbewusstsein aller wurde spürbar gestärkt. Das Verständnis füreinander ist gewachsen. Passgenaue Hilfen für die Selbsthilfe sind entstanden. Das Recht auf Selbst-



## NACHRICHTEN

bestimmung wird aktiv genutzt:

„Es wird einem erstmal bewusst, was zum selbstständigen Leben alles dazu gehört. Man kann viel erfahren, versteht viel besser, worum es eigentlich geht und was wie zusammenhängt. Man kann das Konzept mitentwickeln, kann mitarbeiten und mitbestimmen.“  
 „Wir haben die Chance, Wünsche, Vorstellungen und Bedarfe anzubringen und eigene Ideen zu entwickeln.“

### Wir lernen gemeinsam – miteinander und vor allem voneinander!

Solche Veränderungen brauchen viel Zeit und die gemeinsame Arbeit auch. Sie kosten Geld, das bereitzustellen ist. Veränderungsprozesse verlaufen nicht geradlinig, sondern in Kurven, über Täler und anstrengende Berghänge. Die Motivation aller muss wach gehalten werden. Die gemeinsame Kommunikation benötigt eine Basis, auf der Informationen tatsächlich ausgetauscht werden können. Wer hat welche Information? Wie wird sie zugänglich? Ist unsere Sprache ok? Verstehen alle, was gesprochen wird? Wir arbeiten aktiv mit den „Stopp! Leichte Sprache“ – Karten, die inzwischen auch Mitarbeitende nutzen.

Die Struktur der Einsatzplanung wurde mit Blick auf die Bedarfe der Nutzer\*innen verändert. Anstelle von Stellenbeschreibungen für die Mitarbeitenden treten Anforderungs- und Kompetenzprofile. Ein tolles Ergebnis ist der Fragebogen zur Ermittlung der Kompetenzen der Mitarbeitenden, der in einem dreistufigen Verfahren eingesetzt werden soll. Jede/r Mitarbeitende schätzt sich selbst ein und wird von einem anderen Mitarbeitenden und einer/einem Nutzer\*in eingeschätzt. Das Ergebnis wird für die Personalentwicklung genutzt und stärkt die Fähigkeiten zur Selbstreflexion.

Und ganz wichtig: Erfolge müssen gefeiert werden. Dazu war in den vergangenen Monaten leider nicht so viel Gelegenheit. Dennoch: Wir haben viel geschafft, wir sind gemeinsam auf dem Weg und werden diesen weiter gehen. ●

#### Literatur

**Wansing, G., Windisch, M. (Hrsg.):** Selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe. Behinderung und Unterstützung im Gemeinwesen. Kohlhammer 2017. S. S. 23

**BHM e.V.:** Materialien Empowerment, Konzept Personenzentrierte Komplexleistung



## Preis für innovative Partizipations-Lösungen

Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) schreibt zum sechsten Mal den „mitMenschPreis“ aus. Das Wort „mit“ deutet auf ein Mehr, ein Plus hin. Bei Menschen mit Unterstützungsbedarf wird damit häufig ein Defizit beschrieben. Der mitMenschPreis versucht dies umzudrehen: Indem er das Wort „mit“ vor das Wort „Mensch“ setzt, macht er aus „Menschen mit...“ „mitMenschen“. Das entspricht auch dem Gedanken der Nächstenliebe. Der BeB möchte Projekte und Initiativen in Angeboten der Eingliederungshilfe

oder Sozialpsychiatrie fördern, die insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten, psychischer Erkrankung und/oder hohem Unterstützungsbedarf selbstbestimmte Teilhabe ermöglichen. Zentrales Thema des Wettbewerbs ist diesmal Partizipation. Der BeB verwirklicht gemeinsam mit dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) seit 2016 das Projekt „Hier bestimme ich mit – Ein Index für Partizipation“. Wichtige Ergebnisse sind die Fragensammlungen „Mitbestimmen!“, die Organisationen der Eingliederungshilfe und Sozialpsych-

### Wir suchen:



### eine/n Kolleg\*in der sozialen Arbeit, Sozialpädagogik, Pflegewissenschaft oder Fachkrankenpflege Psychiatrie.

Wenn Ihnen wertschätzende und respektvolle Begegnungen am Herzen liegen, sind Sie bei uns richtig. Wir arbeiten mit EX-IN Genesungsbegleiter\*innen zusammen und sind bestrebt, die Prinzipien des Offenen Dialogs (Open Dialogue) in unserer Arbeit zu verankern. Unsere Soziotherapie Abteilung ist im Aufbau. Die Stelle ist unbefristet mit mindestens 30 Stunden/Woche.

**Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.**

Zukunft Leben ist seit 2004 einer der größten Anbieter der ambulanten Eingliederungshilfe in Düsseldorf.

**Zukunft Leben**  
 Stephan Hekermann  
 Binterimstr. 13  
 40223 Düsseldorf  
 mail@zukunft-leben.com

## TERMINE

iatrische sowie Kommunen dabei unterstützen, Beteiligung und Mitbestimmung vor Ort insbesondere für Menschen mit Lernschwierigkeiten, psychischer Erkrankung und/oder hohem Unterstützungsbedarf zu reflektieren und zu stärken. Durch die Corona-Pandemie gab es deutliche Einschränkungen durch Besuchs- und Ausgehverbote. Das hatte auch eingeschränkte Teilhabe und Partizipation zur Folge. Aber gerade in der Krise gibt es Menschen, die innovative Lösungen für Partizipation suchen und finden. Bewerben können sich juristische Personen, die als gemeinnützig anerkannt sind sowie Kommunen, zum Beispiel kommunale Beiräte der Bürger\*innen mit Behinderung. Die Projekte und Initiativen sollen zum Zeitpunkt der Preisausschreibung bereits begonnen haben, dürfen aber nicht älter als zwei Jahre sein. Das Preisgeld darf nicht zur Anschubfinanzierung verwendet werden.

Die Projekte und Initiativen sollen:

- einen erkennbaren Nutzen insbesondere für Menschen mit Lernschwierigkeiten, psychischer Erkrankung und/oder hohem Unterstützungsbedarf haben und zur Steigerung ihrer Lebensqualität beitragen;
- die Gemeinwesenorientierung als zentrales Element haben;
- neue Erfahrungen ermöglichen und neue Wege erschließen;
- eine nachhaltige, langfristige Wirksamkeit entfalten und kontextbezogen eine möglichst große Ausstrahlung erzielen;
- Vorbildcharakter haben und bereits in der Projektkonzeption die prinzipielle konzeptionelle Übertragbarkeit erkennen lassen, so dass das Innovationspotential sowie das dazugehörige Know-how für andere nutzbar werden.

*Kontakt: Sevinç Topal, Projektverantwortlicher, Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB), Tel. 030/83001-274, info@mitMenschPreis.de, www.mitMenschPreis.de*

### Suchthilfe-Tagung verschoben

Pandemiebedingt ist die für den 2. und 3. Februar 2022 geplante Tagung „Utopien und Perspektiven in der Sozialpsychiatrie und Suchthilfe“ anlässlich des Abschieds von Klaus Obert, Bereichsleiter der Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen des Caritasverbandes Stuttgart, verschoben worden. Sie soll nun am 28. und 29. Juli 2022 im Hospitalhof in Stuttgart stattfinden. Weitere Informationen unter der E-Mailadresse: fachtagung@caritas-stuttgart.de

## Bundesakademie für Kirche und Diakonie

### Mehrteilige Weiterbildungen:

**Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie 2023-2024**  
23. Zertifizierte Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation  
01.03.2023 - 14.09.2024, Berlin

### Fortbildungen

**Traumapädagog. Ansätze im Umgang mit jungen psych. erkrankten Erwachsenen**  
21.-22.03.2022, Filderstadt

**Das operative Geschäft: Steuerung und Controlling in der Eingliederungshilfe**  
23.-25.03.2022, Online

**Schnittstelle Eingliederungshilfe - Pflege gestalten; 05.-06.04.2022, Hannover**

**Teilhabe organisieren mit einem teilhabebasierten Organisationsmodell**  
07.-08.04.2022, Berlin

**Psychiatr. Krankheitsbilder – Grundlagen**  
16.-18.05.2022, Essen

**Psychose und Sucht - double trouble**  
09.-10.06.2022, Berlin

**Sozialraumorientierung! Und jetzt?**  
27.-28.06.2022, Frankfurt

**Psychisch erkrankte Menschen systemisch wahrnehmen und verstehen**  
04.-06.07.2022, Filderstadt

**Recht auf Risiko?! Selbstschädigendes Verhalten von Klient\*innen i. d. Assistenz**  
29.-30.08.2022, Berlin

**Implementierung von Peerarbeit in Organisationen u. Teams der Sozialpsychiatrie**  
22.-23.11.2022, Hamburg

*Informationen u. Anmeldung: Tel. 030-488 37 488, info@ba-kd.de, www.ba-kd.de.*

### Tagung „Psychiatrische Pflege“

Am 12. Februar 2012, vor zehn Jahren, wurde die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege gegründet (DFPP). Aus diesem Anlass ist für den 3. und 4. März 2022 in Berlin eine Jubiläumstagung unter dem Motto geplant: „Psychiatrische Pflege, Handwerk, Kunst & Expertise“. Mehr unter [www.dfpp.de](http://www.dfpp.de)

## Impressum

### Herausgeber und Redaktionsadresse:

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin  
E-Mail: [kerbe@beb-ev.de](mailto:kerbe@beb-ev.de)  
Internet: [www.kerbe.info](http://www.kerbe.info)

### Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart (Redaktionsleitung); Iris Maier-Strecker, Stuttgart; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Dr. Irmgard Plöb, Stuttgart; Dr. Katharina Ratzke, Berlin; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld; Dr. Christiane Tilly, Bielefeld; Dr. Stefan Weinmann, Berlin; Sabine Wetzels-Kluge, Halle; Andreas Steidel, Calw.

### Verlag und Bestelladresse:

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH  
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart  
Telefon (07 11) 60100-0  
Adressenänderungen bitte an: [vertrieb@evangemeindeblatt.de](mailto:vertrieb@evangemeindeblatt.de)

### Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 30 Euro (einschließlich Versandkosten und ePaper), Einzelheft 8 Euro (zuzüglich 2,90 Euro Versand). ISSN 07245165; ePaper vier Ausgaben 20 Euro.

### Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd  
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart  
Telefon (0711) 60100-41, Fax -76.  
E-Mail: [kerbe@anzeigengemeinschaft.de](mailto:kerbe@anzeigengemeinschaft.de)  
Internet: [www.anzeigengemeinschaft.de](http://www.anzeigengemeinschaft.de). Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2019.

**Layout:** Atelier Reichert, Stuttgart

**Druck:** Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

### Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

**Diakonie** 

Bundesverband  
evangelische  
Behindertenhilfe **BeB**

# PSU

PSU Personal Services für Unternehmen im  
Gesundheits- und Sozialbereich GmbH  
Königsallee 43 · 71638 Ludwigsburg · Telefon 07141/688605-0  
Mobil 0170/7880268 · E-Mail: [stephanie.bauer@psu-online.de](mailto:stephanie.bauer@psu-online.de)  
[www.psu-online.de](http://www.psu-online.de) · [www.stellenpool.info](http://www.stellenpool.info)

## Bereit für den nächsten Schritt?

Für unseren Auftraggeber, Fortis e.V. in Böblingen, suchen wir zum 01.01.2023 einen hauptberuflichen

### Vorstand (m/w/d)

Der derzeitige Stelleninhaber geht in den Ruhestand. Fortis e.V. bietet vielfältige Beratung, Unterstützung und Begleitung von rund 1000 Menschen mit psychischen Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen, bei Straffälligkeit und Wohnungslosigkeit. Hierbei unterstützen rund 110 Mitarbeitende.

#### Ihre Aufgaben:

- > Leitung des Gesamtvereins
- > Strategisch-fachliche Weiterentwicklung des Vereins unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit
- > Verantwortung für die Umsetzung der Satzungsziele
- > Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit aller Einrichtungen und Dienste sowie der Geschäftsstelle
- > Beobachtung der vereinsrelevanten gesellschaftlichen Entwicklungen
- > Vertretung des Vereins gegenüber den Partnern im Sozialbereich, in Politik, Verwaltung und Kirche
- > Wahrung und Förderung der diakonischen Grundausrichtung des Vereins
- > Fortschreibung des Qualitätsmanagements

#### Ihr Profil:

- > Hochschulabschluss, vorzugsweise in dem Bereich der Sozialwissenschaften
- > Leitungserfahrung möglichst in einer vergleichbaren NonProfitOrganisation
- > Hohe Sozialkompetenz und partizipativer Führungsstil
- > Vertrautheit mit sozialwirtschaftlichen Planungs- und Steuerungsinstrumenten
- > Möglichst Erfahrung bei der Anwendung von Instrumenten zur fachlichen Gestaltung von Hilfeprozessen
- > Fundierte Kenntnisse im Projekt- und Veränderungsmanagement

- > Identifikation mit dem Leitbild von Fortis
- > Mitgliedschaft in einer Gliedkirche der EKD

#### Das Angebot:

- > Eine sehr interessante Führungsposition in einem dynamischen Arbeitsumfeld
- > Große Selbstständigkeit und Verantwortung in einer lernenden, gemeinnützigen Organisation
- > Viele Gestaltungsmöglichkeiten in leistungsstarken Fachverbänden der Diakonie
- > Motivierte, aufgeschlossene und qualifizierte Mitarbeitende
- > Eine der Bedeutung der Position angemessene Vergütung.

Gerne beantwortet Stephanie Bauer vorab Ihre Fragen zu dieser herausragenden Führungsposition. Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte bis zum **14.02.22** per E-Mail an:

**[stephanie.bauer@psu-online.de](mailto:stephanie.bauer@psu-online.de)**

