

Verhext, verflucht, besessen?

Erklärungsansätze, differentialdiagnostische und therapeutische Überlegungen zum Umgang mit Menschen, die von internalen Präsenzen berichten¹

RICARDA ZÖHN, SARAH POHL²

Zusammenfassung – Menschen berichten seit jeher von Beeinflussungserleben und dem Gefühl, verhext oder besessen zu sein, und wenden sich damit hilfeschend an Beratungsstellen oder Anbieter auf dem Lebenshilfemarkt. Nach einer notwendigen Klärung der Begrifflichkeiten fasst dieser Artikel zunächst in einem sehr verkürzten Überblick den Stand der Forschung zu dem Erleben von internalen Präsenzen zusammen. Anhand eines Fallbeispiels zeigen wir einen prototypischen Verlauf und beschreiben die Genese des sogenannten „Verhexungssyndroms“. Dabei handelt es sich nicht um eine Einzelfallschilderung, sondern der stilisierte Einzelfall dient der Illustration eines prototypischen Verlaufes. Dieser Artikel basiert hauptsächlich auf dem Erfahrungswissen der Au-

1 Dieser Artikel bildet die Basis des Buchkapitels „Internale Phänomene: Verhexung, innere Präsenzen, Beeinflussungserleben“, das 2020 in dem Grundlagenhandbuch *Einführung in die Beratung von Menschen mit außergewöhnlichen Erfahrungen – Vom Grundlagenwissen bis zur praktischen Arbeit* von Sarah Pohl bei Vandenhoeck & Ruprecht erschienen ist (Pohl, 2020: 66–83) – allerdings dort versehentlich ohne die Angabe der gemeinsamen Autorschaft der dort in gekürzter und leicht veränderter Form übernommenen Teile. Aus redaktionellen Gründen wurde die Monografie noch vor diesem Artikel publiziert. Grundlage für diesen Artikel bildete ein gemeinsam von den beiden Autorinnen betreuter Fall, den sie auch bei dem Abschlusskolloquium 2019 im Rahmen ihrer Ausbildung zur systemischen Familien- und Paarberaterin vorstellten.

2 **Ricarda Zöhn**, M.Sc. Psychologin und systemische Paar- und Familienberaterin (FFAK). Seit 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Beraterin für Menschen mit außergewöhnlichen Erfahrungen am Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene (IGPP) in Freiburg. Zwischenzeitlich arbeitete sie ebenfalls in der „Parapsychologischen Beratungsstelle“ und im Bereich der aufsuchenden Familientherapie. Sie ist freie Mitarbeiterin in der Zentralen Beratungsstelle für Weltanschauungsfragen (Zebra/BW). Ehrenamtlich organisiert und begleitet sie eine Trauergruppe für junge Erwachsene.

Sarah Pohl, Diplom-Pädagogin, promovierte zur Frage der Kindererziehung in religiösen Gruppierungen. Nach ihrer Tätigkeit als Beraterin in der Parapsychologischen Beratungsstelle arbeitet sie jetzt als Leiterin der vom Kultusministerium geförderten „Zentralen Beratungsstelle für Weltanschauungsfragen“ (Zebra/BW) in Freiburg. Sie ist HP für Psychotherapie und systemische Paar- und Familienberaterin (FFAK).

torinnen aus ihrer jeweiligen Beratungspraxis und kann als Anregung dienen, weitere Abgleiche mit der von ihnen als Hypothese geschilderten Pathogenese des „Verhexungssyndroms“ vorzunehmen. Der Artikel möchte zu einem besseren Verständnis von Betroffenen beitragen und gleichzeitig auch Hilfestellungen zum Umgang mit Menschen, die von internalen Präsenzen berichten, liefern. Eine Abgrenzung zur psychopathologischen Diagnostik bzw. ein Verweis auf Schnittmengen wird vorgeschlagen und erscheint besonders wichtig, da sich im Erscheinungsbild eine gewisse Nähe zu manchen Störungsbildern ergibt und erst ein Blick auf die Genese Differenzierungen und Besonderheiten des „Verhexungssyndroms“ offenbart.

Schlüsselbegriffe: Internale Phänomene – Verhexung – Besessenheit – Beeinflussung – Psychopathologie

Bewitched, Cursed, Possessed? Explanatory Models, Differential Diagnostic and Therapeutic Considerations for Dealing with People who Report Internal Presences

Abstract – Humans have always reported feelings of being influenced and of being bewitched or possessed and thus try to seek help at counseling centers or providers on the life aid market. After a necessary clarification of the terminology, this article first summarizes in a very abbreviated overview the state of research on the experience of internal presences. On the basis of a case study we show a prototypical course and describe the genesis of the so-called “Bewitching Syndrome”. This is not an individual case description, but the stylized individual case serves to illustrate a prototypical course. This article is primarily based on the experience of the authors from their respective counseling practice and could serve as a suggestion to make further comparisons with the pathogenesis of the “Bewitching Syndrome” described by them as a hypothesis. The article would like to contribute to a better understanding of those affected and at the same time also provide assistance in dealing with people who report internal presences. A differentiation from psychopathological diagnostics or a reference to intersections is suggested and seems to be particularly important, since in the appearance a certain proximity to some mental disorders arises and only a look at the genesis reveals differences and peculiarities of the “Bewitching Syndrome”.

Keywords: internal phenomena – witchcraft – possession – influence – psychopathology

Einleitung

„Ich fühle mich verhext...“ berichten manche ratsuchenden Betroffenen. Andere sagen „Es fühlt sich an, als wäre eine andere Person in mir drin“. Wieder andere sprechen von „psychischen Parasiten“, „telepathischer Beeinflussung“ oder „psychischem Stalker“, wenn sie ihr Erleben beschreiben. Betroffene verwenden Begriffe wie Verhexung, Besessenheit und Beeinflussung auch in Abhängigkeit von der jeweiligen kulturellen Prägung bzw. in Zusammenhang mit

subkulturellen Vorerfahrungen. Auch unterschiedliche Medien, Internet, Ratgeber und Dritte haben einen Einfluss auf die sprachliche Einkleidung und Interpretation der Erfahrungen.

Bevor wir uns ausführlich dem sogenannten „Verhexungssyndrom“ zuwenden, möchten wir es im breiten Spektrum außergewöhnlicher Erfahrungen³ (AgE) einordnen und kurz auf die weiterführende Literatur zum allgemeinen Umgang mit Menschen mit AgE verweisen.

Der Psychologe Wolfgang Fach stellt ein umfassendes, eigenständiges Klassifikationssystem zur Phänomenologie von AgE vor, das er im Rahmen seiner Tätigkeit als Berater für Menschen mit außergewöhnlichen Erfahrungen am Freiburger Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene (IGPP) erarbeitet hat (Fach, 2011; Fach et al., 2013). In einer umfangreichen Studie ließen sich faktorenanalytisch 1465 untersuchte Beratungsfälle sechs typischen Formenkreisen von kategorialen AgE zuordnen (Belz & Fach, 2012; Fach, 2011; Fach et al., 2013): außersinnliche Wahrnehmungen, sinnvolle Fügungen, Automatismen/Mediumismus, externale Präsenz/Nachtmahr, Spuk/Erscheinungen sowie internale Präsenz/Beeinflussung. Das hier beschriebene Verhexungssyndrom kann aus phänomenologischer Sicht der Grundklasse der internalen Phänomene und dem Formenkreis der internalen Präsenz und Beeinflussung zugeordnet werden. Eine Kategorisierung von AgE in Formenkreise kann für die Beratung für Menschen mit außergewöhnlichen Erfahrungen äußerst hilfreich sein. Fach (2011; 2016) hat anhand von Fallstudien zu den Formenkreisen außergewöhnlicher Erfahrungen menschliche Grundbedürfnisse herausgearbeitet, die mit Grundkonflikten verknüpft sind, wobei unter anderem Autonomie und Bindung eine zentrale Rolle spielen. Wie und ob AgE mit psychischen Störungen in Zusammenhang stehen (siehe Fach & Belz 2015: 468), wird in der Literatur ebenfalls viel diskutiert (vgl. Belz, 2009; Belz-Merk & Fach, 2005; Belz & Fach, 2012; Irwin, 1994). Der Umgang mit Menschen, die durch ihre AgE belastet sind, muss also der jeweiligen Form der AgE angepasst werden. Im Folgenden möchten wir das Verhexungssyndrom etwas genauer betrachten. Dabei steht bei uns die Frage nach der Differentialdiagnose und des praktischen Umgangs von Beratenden bzw. Therapeut:innen mit Betroffenen im Vordergrund. Für die ebenfalls wichtige Frage nach Motivlagen und tieferliegenden psychodynamischen Strukturen möchten wir auf die oben genannte Literatur verweisen.

3 „Der Begriff außergewöhnliche Erfahrungen wird als Sammelbegriff für alle Erfahrungen verwendet, die in ihrer Qualität, ihrem Verlauf oder ihrer Genese von den Wirklichkeitsvorstellungen der Betroffenen und/oder ihrer sozialen Umwelt und/oder von den in modernen Gesellschaften etablierten epistemologischen Konzepten und wissenschaftlichen Prinzipien und Gesetzen abweichen. Er ist weltanschaulich neutral und impliziert weder Aussagen über den Realitätsstatus solcher Erfahrungen noch über den psychischen Gesundheitszustand der Menschen, die über sie berichten.“ (Fach & Belz, 2015: 466)

Klärung der Begrifflichkeiten

Besessenheit ist ein Begriff, der in unterschiedlichen religiösen Kontexten verwendet wird. Meist geht man dort davon aus, dass bestimmte Erregungszustände bzw. „religiöse Extremzustände“ auf das Eindringen eines Geistes, Dämons, Dschinns, einer Gottheit oder Ähnliches zurückzuführen sind. In der Regel ist Besessenheit ein negativ konnotierter Begriff, allerdings gibt es auch ein erweitertes Verständnis von Besessenheit, welches auch positiv konnotierte Zustände einschließt (Sluhovsky, 2011; Utsch, 2013). Weltweit ist das Narrativ „Besessenheit“ stark verbreitet. So wird in afrikanischen, asiatischen oder lateinamerikanischen Kulturen, in Pfingstgemeinden, in der Esoterikszene und in Einwanderermilieus sehr häufig Bezug darauf genommen (Passie, 2011; Pöhlmann, 2011; Währisch-Oblau, 2011a, b). Hierzulande trifft man vor allem im Kontext der gegenwärtigen Esoterikszene und im Milieu gewisser evangelikaler Gruppierungen (Kick & Hemminger, 2003) auf Besessenheitsvorstellungen. Allerdings soll es in diesem Artikel nicht um religiöse Besessenheitszustände gehen, zu denen es nach wie vor starke Kontroversen gibt (Dammann, 2004; Kick et al., 2004; Strecker, 2009), sondern der Fokus liegt auf solchen Zuständen, die zunächst nicht religiös interpretiert werden.

Das Erleben von Menschen, die sich besessen fühlen, ähnelt in manchen Teilen dem Erleben von Menschen, die einen Fremdeinfluss einer dritten Person fühlen, allerdings zeigen sich auch deutliche Unterschiede. So umfasst Besessenheit ein weitaus größeres Spektrum an (auch psychopathologischen) Erscheinungsbildern, die Genese von Besessenheit weist eine deutlich größere Varianz auf, und der methodische Umgang mit Besessenen muss sehr viel stärker an die interpretativen Konzepte angepasst werden und unterscheidet sich deswegen deutlich von dem hier beschriebenen Erscheinungsbild des Verhexungssyndroms.

Sehr viel näher kommt der Begriff der „Verhexung“ dem Erleben von Betroffenen. Menschen, die in unserem Beratungskontext von Erfahrungen berichten, die wir unter dem Begriff „internale Phänomene“ in Anlehnung an Belz und Fach (2005) zusammenfassen, schreiben ihre Beschwerden meist dem magischen Fremdeinwirken einer anderen Person zu. Im vermeintlichen Urheber der erlebten Phänomene findet sich also der deutlichste Unterschied zu Besessenheit. Menschen, die sich verhext fühlen, glauben an die übernatürlichen Kräfte und Fähigkeiten eines anderen Menschen und fühlen sich von diesem anderen Menschen beeinflusst. In der Parapsychologischen Beratungsstelle⁴ in Freiburg wurde der Begriff des „Verhexungssyndroms“ geprägt. Lucadou schreibt dazu:

4 Die Parapsychologische Beratungsstelle berät seit 30 Jahren Menschen mit ungewöhnlichen Erfahrungen. Sie wurde von Walter von Lucadou gegründet und lange Jahre vom Land Baden-Württemberg bezuschusst. Ziel der Beratungsstelle ist es, Menschen zu unterstützen, die ungewöhnliche Erfahrungen gemacht haben und damit nicht zurechtkommen.

„Verhexung“ wird von Betroffenen in erster Linie als die „Anwendung paranormaler Fähigkeiten“ angesehen, derer man sich nur mittels entsprechender magischer Praktiken erwehren kann. Außenstehende betrachten „Verhexungsvorstellungen“ eher als Wahnsystem oder zumindest als paranoide Störung. (Lucadou, 2002: 1)

Vaitl (2012), der Besessenheit als Sonderform dissoziativer Bewusstseinsstörungen klassifiziert, spricht sich für eine sorgfältige Abgrenzung von organischen und wahnhaften Störungen aus. Es zeigt sich, dass es durchaus eine phänomenologische Verwandtschaft von Besessenheit und Verhexungsphänomenen zu geben scheint, wobei die interpretative Einkleidung jedoch eine erhebliche Rolle spielt.

Betrachtet man das Erleben der Betroffenen aus der phänomenologischen Perspektive, haben all diese Beschreibungen gemeinsam, dass die Klienten von sogenannten „internalen Präsenzen“ berichten. Das Erleben findet nicht außerhalb des Körpers statt, sondern im Inneren und nur für den Betroffenen sensitiv wahrnehmbar. Fach (2016) fasst unter internalen Phänomenen besonders somatische Phänomene wie Schmerzen oder Energiegefühle, innere Vorstellungen, Gedankeneingebungen, Stimmenhören, fremdartige Gefühle und Beeinflussungserleben zusammen.

In diesem Artikel beschreiben wir einen bestimmten Kliententypus. Wir setzten uns mit einem anonymisierten und verfremdeten Einzelfall auseinander, der allerdings zahlreiche Musterübereinstimmungen und Parallelen zu anderen Fällen aus dem internalen Spektrum aufweist.⁵ Deswegen ist dieser Einzelfall gleichzeitig in vielerlei Hinsicht prototypisch.

Fallvignette und diagnostische Überlegungen

Im Folgenden wird zuerst eine kurze Fallvignette vorgestellt, anschließend erfolgen einige Überlegungen zum psychopathologischen Befund. Ein Schwerpunkt wird dann auf einer möglichen diagnostischen Einordnung liegen. Später werden unabhängig vom Fallbeispiel die typischen Entwicklungsstadien des „Verhexungssyndroms“ (Lucadou, 2002) beschrieben. Die Fallvignette aus der Ich-Perspektive der Klientin basiert auf einem von der Beraterin erstellten Gedächtnisprotokoll des ersten Telefonats.

5 Im Zeitraum 2018/2019 berichteten 31% der Ratsuchenden (N = 130) der Beratungsstelle des IGPP von internalen Beeinflussungen. Bei einer größeren akkumulierten Stichprobe von 2356 Fällen, die zwischen den Jahren 1998 und 2014 am IGPP dokumentiert wurden, beträgt der Anteil von Ratsuchenden mit „internalen Beeinflussungen“ ca. 24% (Fach, 2020). Für die jeweiligen Anfragen in der Parapsychologischen Beratungsstelle liegt eine solche prozentuale Aufschlüsselung nicht vor.

Vom Heilpraktiker verhext

Die Geschichte, die ich Ihnen erzählen möchte, klingt für Sie sicherlich etwas verrückt. Ich bin schon als schizophren bezeichnet worden, aber ich versichere Ihnen, das bin ich nicht. Sie sind meine letzte Hoffnung. Ich habe wirklich alles versucht, Polizei, Mieterschutzbund, Anwalt, verschiedene Hellseher. Nichts hat geholfen. Seit ungefähr einem Jahr geht das nun schon so. Angefangen hat alles aber viel früher, nämlich vor zwei Jahren, als ich wegen Rückenbeschwerden zum ersten Mal zu einem Heilpraktiker ging. Während er mir eine Reikibehandlung gab, spürte ich zum ersten Mal, über welche Kräfte dieser Mann verfügte – meine Schmerzen waren wie weggeblasen. Er bot mir zudem Gespräche an. Noch nie konnte ich mich einem Menschen gegenüber so öffnen, ich hatte das Gefühl, er konnte in meine Seele schauen. Er erzählte mir auch immer mehr von sich, seiner gescheiterten Ehe und lud mich nach der zehnten Behandlung zu einem Glas Wein ein. Während der ganzen Zeit spürte ich einen energetischen Sog, etwas zog mich zu ihm und ich spürte, dass dies auch bei ihm so war. Er hielt meine Hand, während ich redete und streichelte meinen Arm. Er sagte mir, dass ich jemand ganz Besonderes sei und besondere Kräfte habe. Ich spürte, dass wir zusammengehörten und beschloss, ihm dies in der elften Sitzung zu offenbaren. Aber dazu kam es leider nie, weil er mir aus unerfindlichen Gründen plötzlich mitteilte, dass er mir keine weiteren Termine mehr anbieten könne. Ich habe nicht verstanden warum. Das Verrückte ist, ich hab ihn von Anfang an gespürt, erst waren es seine Heilkräfte und dann begann es, dass ich seine Präsenz auch in meiner Wohnung spürte. Er brach zwar den Kontakt ab, aber trotzdem hielt diese starke innere Verbindung. Es ging immer weiter, ich konnte seine Stimme hören und er gab mir weiter Reiki, ich konnte die heißen Wellen durch meinen Körper fühlen. Seine Reikikräfte wurden immer stärker, es ist mir etwas unangenehm, aber gerade in meinem Sakralchakra bündelte sich die Reikienergie. Es fühlte sich beinahe an wie ein Orgasmus, den er mir da bescherte, nur war es viel intensiver und besser als jeder Orgasmus, den ich hatte. Ich habe diese Reikibehandlungen sehr genossen, anfangs. Allerdings ist die ganze Geschichte dann aus dem Ruder gelaufen und er ging mir immer mehr über die Grenzen. Ich hörte dann auch seine Stimme und seine sexuelle Energie überwältigte mich auch an Orten, wo ich dies nicht wollte, wie zum Beispiel im Supermarkt. Mir ist das alles sehr peinlich, weil ich eigentlich eine sehr kultivierte Frau bin und solche Schmutzleien längst aus meinem Leben verbannt habe. Es gab ein oder zwei Liebeleien in meiner Teenagerzeit, nach meiner Scheidung vor fünf Jahren wollte ich nichts mehr mit einem Mann zu tun haben. Ich beschloss also, die sexuellen Übergriffe zu verwehren, nur gelang mir dies nicht. Er tat mir Ungeheuerliches an, darüber kann ich kaum sprechen. (...)

Er weiß genau was ich tue, kennt meine innersten Gedanken und er versucht mich ständig zu beeinflussen. Am schlimmsten sind diese innere Unruhe und das Kribbeln, das auch manchmal in Schmerzen übergeht. Und diese Drohungen immer wieder. Er droht mir, dass er mich umbringt, wenn ich nicht mitmache. Auch die Rückenbeschwerden sind zurück, viel schlimmer als je zuvor,

mein ganzer Körper tut weh. Ich will das alles nicht mehr. Ich will endlich meine Ruhe. So geht das nicht weiter (...). Übrigens sind alle meine Versuche, ihn in seine Schranken zu verweisen, fehlgeschlagen. Er leugnet alles und droht mir mit der Polizei, wenn ich ihn nochmal anrufen sollte.

Psychopathologischer Befund

Die 55jährige Klientin ist voll berufstätig, lebt seit vielen Jahrzehnten in einer norddeutschen Großstadt und arbeitet in einem Großhandel für Bastel- und Künstlerbedarf. Sie ist geschieden, hat keine Kinder. Sie pflegt einige soziale Kontakte und liest in ihrer Freizeit gerne Romane. Ihren Alltag beschreibt sie als geregelt und gut strukturiert. Sie nimmt am kulturellen Angebot der Stadt teil, besucht Konzerte und Theater und verreist mehrmals im Jahr.

Das äußere Erscheinungsbild der Klientin wirkt gepflegt. Ihre verbale Ausdrucksfähigkeit ist unauffällig, sie wirkt sehr reflektiert, spricht deutlich und mit Nachdruck, auf Fragen antwortet sie sinngemäß. Die Klientin klagt über eine starke innere Unruhe und einen leicht gestörten Schlaf. Ihre Vigilanz ist nicht gestört, jedoch liegt möglicherweise eine Bewusstseinsverschiebung vor: Im Wachleben zeigt sich eine Intensivierung sensorischer und anderer Wahrnehmungserlebnisse, vor allem in Bezug auf den eigenen Körper. Ihr sexuelles Erleben beschreibt sie als ekstatisch, jedoch ungewollt. Das innere Erleben der Klientin weist Veränderungen im Gefühls- und Gemütsleben auf, die Klientin beschreibt den Zustand als unerträglich, ihre Stimmung ist teilweise gedrückt. Die Klientin ist zeitlich und örtlich voll orientiert; Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Merkfähigkeit und Konzentration sind nicht beeinträchtigt. Die circadianen Auffälligkeiten wirken sich teilweise auf das Wohlbefinden und auf die Stimmung der Klientin aus; die Klientin klagt über Schmerzen, die keine organische Ursache haben (ärztliches Gutachten vorliegend). Die Schmerzen betreffen verschiedene Organbereiche, sind wechselnd und multipel. Substanzmissbrauch liegt nicht vor. Die körperlichen Beschwerden traten erstmalig vor einem Jahr auf, als die Klientin beschloss, die geistige Verbindung, die die Klientin zu spüren vermeint zu dem Heilpraktiker (HP), zu beenden. Diese mentale Verbindung besteht bereits seit zwei Jahren, wurde aber erst vor einem Jahr als zunehmend störend empfunden. Formale Denkstörungen sind nicht vorhanden, allerdings lassen sich inhaltliche Denkstörungen feststellen, die jedoch nur einen isolierten Bereich betreffen, nämlich den HP, mit dem für die Klientin eine enge gedankliche Verbindung besteht. In diesem Kontext schildert die Klientin Gedankeneingebungen in Form vom Hören der Stimme des HPs. Die Stimme des HPs ist meist kommentierend und bezieht sich auf die Alltagsgestaltung der Klientin. Manchmal tritt sie mit der Stimme in Dialog. In jüngster Zeit werden von der Stimme regelmäßig Todesdrohungen ausgesprochen. Die Klientin ist therapieerfahren und hat eine hohe Introspektionsfähigkeit. Seit zwei Jahren ist sie nicht mehr in Therapie. Anlass für ihre Therapien waren starke Belastung und Stress sowie depressive Verstimmungen.

Überlegungen zu den Gedankeneingebungen der Klientin

Gedankeneingebungen können im Kontext von Ich-Störungen, also bei psychischen Erkrankungen (beispielsweise Schizophrenie), auftreten. Sie können auch durch einen medizinischen Krankheitsfaktor oder durch diverse Substanzen ausgelöst werden (Leube & Pauly, 2008). Manche Patienten attribuieren die Fremdeinwirkung bestimmten Personen, wie dies auch hier der Fall ist. Ob derartige Erklärungen diagnostisch von Bedeutung sind, wird jedoch in der Forschung wenig thematisiert, was wiederum verdeutlicht, wie unklar hier der Forschungsstand ist. Gedankeneingebungen müssen nicht zwangsläufig psychotisch sein, worauf Mullins und Spence hinweisen (2003). Beispielsweise beschreiben Fulford und Jackson (1997) einen Fall, bei dem ein Patient zwar Symptome von Gedankeneingebungen aufweist, diese jedoch mit seinen religiösen Glaubenssätzen übereinstimmen und er voll funktions- und berufsfähig ist.

Ähnlich verhält es sich im oben geschilderten Fall. Die Klientin weist klare Symptome von Gedankeneingebungen auf, doch diese stimmen mit ihrem emotionalen Erleben (der intensiven Verbindung zu dem HP) überein, und sie hat dadurch keine Einschränkungen in der Bewältigung des Alltags und des Berufs. Gerade dieser Aspekt der vollen Alltagstauglichkeit der Klientin will nicht so recht ins Bild eines Menschen mit psychotischem Erleben passen. Auch ihre Fähigkeit, klar zu differenzieren, wem sie von ihrem Erleben berichtet und wem nicht, unterscheidet sie von einer Person, die beispielsweise an einer Schizophrenie leidet. Sie ist sich voll bewusst über die Einordnung ihres Erlebens und reflektiert dies auch.

Diagnostische und differentialdiagnostische Überlegungen

In verschiedenen traditionellen Kulturen ist und war es üblich, unterschiedliche neurologische oder psychiatrische Erkrankungen auf das Einwirken böser Geister oder Magier zurückzuführen (Assion, 2004). Solche Vorstellungen sind auch heute noch in diversen Milieus wirksam (Strasser, 2006; Wohlfart & Özbek, 2006). In manchen Fällen ist es ersichtlich, dass Konzepte von Verhexung oder Besessenheit eine ähnliche Stellvertreterfunktion einnehmen, wobei die Verantwortlichkeit für bestimmte Auffälligkeiten nach außen an Geister oder andere Personen delegiert wird.⁶

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass bei dem zu beschreibenden Störungsbild nicht das magische Fremdeinwirken eines Dritten ursächlich für das Erleben des Betroffenen ist. Jedoch, und dies wird bei der Genese des Verhexungssyndroms ersichtlich, spielt der Erstkon-

6 Zu dieser Delegation von Verantwortung bietet gerade die Ethnopschoanalyse interessante Ansätze, da hier im symbolischen Umgang mit den Phänomenen die Eigenverantwortung des Einzelnen gestärkt werden soll (Utsch, 2013).

takt zu der attribuierten Person (AP) eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung der Beschwerden. Allerdings ist in dem Erleben selbst auch viel Potential für Veränderung und Heilung bestimmter Verletzungen, Traumatisierungen und Beziehungsmuster enthalten, weshalb nochmals darauf verwiesen werden soll, dass es hier trotz differentialdiagnostischer Überlegungen keinesfalls um eine Pathologisierung der Betroffenen geht. Dennoch wäre es sehr fahrlässig, differentialdiagnostische Überlegungen zu unterlassen, bietet eine diagnostische Einordnung doch auch die Chance, passgenauere Behandlungsansätze zu wählen. Auch unabhängig von der interpretativen Deutung als Verhexung ist eine klinisch-psychiatrische Differentialdiagnose wichtig (Utsch, 2013), da sie verdeutlicht, dass manches, was auf den ersten Blick mit Begrifflichkeiten wie Besessenheit oder Verhexung konnotiert wurde, heute z. B. als neurologische Störung klassifiziert werden kann und damit anders zu therapieren ist. Auf solche neurologischen Störungen beziehen wir uns in diesem Artikel jedoch nicht. Häufig haben Klienten eine lange Odyssee hinter sich auf der Suche nach einem vermeintlichen Experten für ihre Belastungen. Nicht selten berichten Klienten auch von Psychatrieerfahrungen und konnotieren diese meist negativ. Oft liegen auch als stigmatisierend empfundene Diagnosen (wie etwa Schizophrenie) vor.

Ausschlusskriterien

Bei diesem Beschwerdebild lohnt sich ein genauer differentialdiagnostischer Blick. Es ist unbedingt zu erfragen, ob psychogene Substanzen konsumiert wurden oder werden (Alkohol, Drogen, Benzodiazepine oder andere Medikamente). Da Menschen mit diesen Beschwerden oft über starke Schmerzen und unangenehme Leibesempfindungen klagen, ist eine weitere Therapie nur möglich, wenn eine medizinische Abklärung erfolgt ist. Die bisher geschilderte Symptomatik könnte unterschiedlichste organische Ursachen haben. Lassen sich solche nicht nachweisen, wären nach dem psychopathologischen Befund gemäß dem ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt et al., 2010) die Diagnosen „Somatoforme Störung, z. B. undifferenzierte Somatisierungsstörung“ (F45.1) und „Isolierte Wahnstörung“ (F22) in Betracht zu ziehen, die im Folgenden knapp beschrieben werden.

Somatoforme Störung, z. B. undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)

Die meisten Betroffenen leiden seit mehr als einem Jahr anhaltend unter verschiedenen und wechselnden körperlichen Beschwerden, die nicht ausreichend durch eine körperliche Ursache erklärt werden können.⁷ Es findet eine starke Fixierung auf die körperlichen Symptome statt, und es besteht ein hoher Leidensdruck. Diese Aspekte sprechen für eine undifferenzierte

⁷ Siehe Fall weiter unten, Abschnitt „Dritte Phase“.

Somatisierungsstörung. Auch das Auftreten von sexuellen Symptomen ist typisch für dieses Störungsbild. Meist vermeiden Klienten einen Besuch beim Arzt oder Psychiater, da ihnen die „Verrücktheit“ ihrer Erlebnisse deutlich bewusst ist. Sie suchen gemäß ihren Interpretationen von mentaler Fremdeinwirkung in dem Sektor außerhalb des schulmedizinischen Bereichs nach Hilfe und konsultieren entsprechend Heiler und Schamanen, die die körperlich gespürte Fremdeinwirkung unterbrechen sollen. Diese Konsultationen bleiben in der Regel ähnlich erfolglos wie die Besuche von schulmedizinischen Spezialisten bei Menschen mit Somatisierungsstörungen. Eine „handfeste“ Ursache wird nicht gefunden. In diesem hilfeschuchenden Verhalten finden sich deutliche Parallelen. Was die Klienten jedoch tunlichst vermeiden, ist ein Besuch beim Psychiater, da sie sich der „Verrücktheit“ und Unglaubwürdigkeit ihres Erlebens voll bewusst sind. Zwar gibt es noch keine validierten Hypothesen zur Entstehung somatoformer Störungen, jedoch ist davon auszugehen, dass körperliche Beschwerden psychodynamisch als Folge seelischer Konflikte verstanden werden können. So könnten sich unbewusste seelische Prozesse in Körpersymptomen ausdrücken. Eine besondere Rolle in der Genese somatoformer Störungen könnten auch (frühkindliche) Traumatisierungen, Grenzüberschreitungen oder körperlicher Missbrauch spielen (Wöller & Reddemann, 2013). Allerdings finden wir im vorgestellten Fall auch Aspekte, die sehr untypisch für eine Somatisierungsstörung sind:

- Bis in Phase 3 der Genese des Verhexungssyndroms (s. u.) ist die alltägliche Lebensführung kaum beeinträchtigt.
- Symptome wie Gedankenentzug und Gedankeneingebung kommen hinzu.

Einschätzung bezüglich des vorgestellten Falls: Die Ähnlichkeiten zur Somatisierungsstörung sind, betrachtet man Entstehungsgeschichte, Dauer und körperliche Symptomatik, sehr deutlich. Allerdings gibt es einen Unterschied in der Interpretation dieser Symptomatik. Die Klientin macht nicht eine unentdeckte körperliche Ursache für die Symptome verantwortlich, sondern schreibt diese dem Fremdeinwirken des HPs zu. Betrachten wir jedoch die für eine Somatisierungsstörung untypischen Symptome wie Gedankenentzug und Gedankeneingebung sowie die starke und möglicherweise wahnhaft fixierte Fixierung auf den HP, muss über eine weitere Diagnose nachgedacht werden.

Isolierte Wahnstörung (F22)

Die ICD-10 beschreibt unter F22.0 eine isolierte Wahnstörung. Es handelt sich dabei um eine möglicherweise seltene, jedoch wohl eher stark unterdiagnostizierte psychische Störung mit dem Leitsymptom des isolierten Wahns. Im Gegensatz zu einer Schizophrenie haben Erkrankte mit dieser Diagnose eher nicht-bizarren Wahnthemen, weniger Störungen der Stimmungsbildung, keine Halluzinationen und kein Abflachen des Affekts (Semple, 2005).

Betrachten wir uns die Wahnvorstellungen im Rahmen einer isolierten Wahnstörung einmal genauer, lässt sich eine gewisse Ähnlichkeit mit überwertigen Ideen feststellen, die sachlich meist einen Realitätsbezug haben und zunächst plausibel erscheinen. Es fällt jedoch auf, dass die Gedankenstrukturen im Rahmen einer wahnhaften Störung verstärkt emotional besetzt und ich-syntoner⁸ sind als überwertige Ideen. Abgesehen von ihren Wahnthemen funktionieren Patienten mit wahnhafter Störung im Alltagsleben in der Regel gut. Allerdings können die Wahngedanken zu Konflikten in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis und Sozialleben allgemein führen (Winokur, 1977). Eine Diagnose der isolierten Wahnstörung ist selten, da die Wahngedanken sachlich nicht bizarr erscheinen und daher erst aus dem Kontext als unangemessen und krankhaft erkannt werden können (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013).

Einschätzung bezüglich des vorgestellten Falls: Eine isolierte Wahnstörung würde unter folgenden Aspekten zutreffen: Das Wahnthema betrifft nur einen isolierten Bereich (das Verhältnis zum HP). Das weitere Leben ist dadurch nicht beeinträchtigt. Auch handelt es sich nicht um bizarre Wahnthemen, sondern die Klientin ist davon überzeugt, nach wie vor in einer starken Verbindung zum HP zu stehen.

Der Vollständigkeit halber können hier noch weitere differentialdiagnostische Überlegungen angeführt werden. Dies allerdings in aller Kürze und stichpunktartig, da keines der Störungsbilder in unserem Fall relevant ist. Zu diesen Störungsbildern gehören, wie bereits im Kontext Besessenheit beschrieben, jegliche Formen der *Dissoziativen Störungen* sowie die sogenannte *Mediumistische Psychose* (Bender 1959; Cutumo, 1989; Henneberg, 1919) und pathologische *Trance- und Besessenheitszustände* (F44.3).

Diagnostische Einordnung

Geht es um eine diagnostische Einordnung, dann wäre am ehesten die Diagnose *undifferenzierte somatoforme Störung (mit isoliertem Wahn)* in Betracht zu ziehen. Dieses Krankheitsbild ist als solches noch nicht klassifiziert, sollte aber aufgrund der Häufigkeit, mit der es auftritt, unbedingt erfasst werden. Eine Beschreibung der Störung als undifferenzierte somatoforme Störung ergibt Sinn, weil die körperliche Schmerzsymptomatik und das entsprechend aufsuchende Verhalten von Spezialisten besonders auffällig sind. An dem angeführten Fallbeispiel kann vieles zur Entwicklung der Störung und einem therapeutischen Umgang mit ihr erkannt werden, was auch in zahlreichen vergleichbaren Fällen beobachtet werden kann. Fassen wir zusammen, welche typischen Elemente vorhanden sein müssen:

8 Gedanken, Impulse oder Gemütsregungen werden als zum eigenen Ich gehörend erlebt.

Leitsymptome:

- Attribution der Symptome mit einer bestimmten Person (muss vorhanden sein)
- Körperliche Empfindungen, die sich in ihrer Intensität steigern und später schmerzhaft werden können (ohne ärztlichen Befund)

Mindestens eines der folgenden Symptome muss vorhanden sein:

- Wahnhaftes Erleben (Liebes- oder Eifersuchtswahn)
- Gedankeneingebung
- Gedankenentzug
- Gedankenübertragung
- Zönästhetischer Wahn⁹
- Gefühl der Fremdbeeinflussung
- Taktile Halluzinationen
- Leicht überwertige Ideen (unrealistische Einschätzungen)
- Sexuelle Beschwerden
- Leicht paranoide Tendenzen

Neben diesen sehr klassischen Beschwerden gibt es jedoch eine Besonderheit bei Menschen, die sich verhext oder beeinflusst fühlen. Lucadou (2002: 6) beschreibt dies folgendermaßen: „Tatsächlich zeigt die Erfahrung, dass es im Zusammenhang mit dem Verhexungssyndrom häufig zur ‚Synchronistischen Überschwemmung‘ kommt, die die Betroffenen von der Richtigkeit ihrer Verhexungsvorstellung überzeugt.“¹⁰ Dieses vermehrte Auftreten von synchronistischen bzw. bedeutungsvollen Ereignissen hat möglicherweise unterschiedliche Funktionen und Wirkungen: Einerseits werden dadurch innere Repräsentationen stabilisiert und Selbst- und Weltbild in Einklang gebracht. Andererseits kann sich auch eine destabilisierende Wirkung ergeben, da die vermehrt auftretenden Synchronizitäten selbst irritierend wirken und dadurch innerpsychisch destabilisieren können. Es stellt sich die Frage, ob solche Synchronizitäten in Übergangszeiten vermehrt auftreten. Auffällig ist, dass gerade Menschen

9 Unklare und schwach ausgeprägte, bisweilen nicht lokalisierbare Empfindungen werden gemeinhin als Zönästhesien bezeichnet.

10 Zu Synchronizität sei auf den Schweizer Psychiater C. G. Jung verwiesen, der diese als sinnvolle Übereinstimmungsklausel unabhängiger Ereignisse beschreibt (vgl. Jung & Pauli, 1952). Synchronistische Ereignisse werden oft auch als „bedeutungsvolle Zufälle“ bezeichnet.

mit schwerwiegenden oder traumatischen biographischen Ereignissen vermehrt von Synchronizitäten berichten.

In dem hier vorgestellten Fall trat es mehrfach auf, dass die Klientin beispielsweise auf Artikel über den HP stieß, ihm sehr oft über den Weg lief und immer zufällig Bilder sah, die in einem bedeutungsvollen Kontext zu ihm standen. Dies war für sie jedes Mal eine Bestätigung und half, ihre Sichtweise zu festigen, dass der HP eine mentale Verbindung zu ihr aufgebaut habe.

Musterbeschreibung, Entwicklungsverlauf und Hypothesen zum Verhexungssyndrom

An diesem Fall wird deutlich, dass eine diagnostische Einordnung für Abrechnungen mit der Krankenkasse sinnvoll sein mag, jedoch eine weitere Therapieplanung ganz eindeutig die Genese dieses Störungsbildes im Auge haben muss. Die Phänomene haben einerseits eine Geschichte und erzählen gleichzeitig auch eine Geschichte hinsichtlich ihrer spezifischen Bedeutungen, mit welchen therapeutisch sehr erfolgreich gearbeitet werden kann.

Genese des Verhexungssyndroms

Im Folgenden soll eine phänomenorientierte Beschreibung der unterschiedlichen Entwicklungsphasen erfolgen, die sich weitestgehend mit dem systemorientierten Blickwinkel von Lucadou (2002) deckt, jedoch den Fokus stärker auf die innerpsychischen Vorgänge und vor allem auf unbewusste psychodynamische Prozess- und Abwehrmechanismen legt. Die jeweiligen Entwicklungsphasen werden mit einem weiteren kurzen Fallbeispiel eingeleitet, und am Ende jeder Beschreibung wird Bezug zum ausführlichen Einzelfall genommen.

Erste Phase

Antonia, 25:

Ich studiere vergleichende Religionswissenschaften und wohne in einer kleinen Einzimmerwohnung. In meinem Haus zog vor einigen Monaten ein junger Azubi ein. Ich fand ihn anfangs ganz nett, er kam mehrmals bei mir vorbei, weil er sich mal ausgesperrt hatte, und einmal, weil sein Internet nicht funktionierte. Eigentlich entspricht er nicht meinen Vorstellungen (tätowiert, Glatze), trotzdem hatte er irgendwas. Ich fühlte mich immer stärker zu ihm hingezogen. Er signalisierte mir auch Interesse, beispielsweise sah er mir immer sehr intensiv in die Augen, oder er legte mir die Zeitung vor die Tür. Für mich war das eindeutig. Ich schrieb ihm eine WhatsApp, ob wir uns mal auf einen Kaffee treffen möchten. Er reagierte

darauf nicht. Aber in dieser Nacht spürte ich zum ersten Mal, dass er da war... er berührte mich überall, als ich ihn tagsüber traf, konnte er mir nicht in die Augen sehen, (...). Er zog nach wenigen Wochen wieder aus, trotzdem besteht zwischen uns weiterhin diese intensive körperliche Verbindung, und ich kann ihn manchmal auch hören. Manchmal nervt das, weil ich merke, er nimmt zu viel Raum ein.

Typischerweise besteht in der Anfangsphase ein bedeutungsvoller Kontakt zu der attribuierten Person (AP), oftmals kann es sich dabei auch um eine Verliebtheit handeln. Meist löst der Kontakt intensive Gefühle aus. In der Regel jedoch können diese Gefühle nicht auf eine zufriedenstellende Art und Weise ausgelebt werden, oder sie werden vom Betreffenden verleugnet und teilweise auch bei Machtgefällen von den Akteuren (z. B. Heiler, Yogalehrer) ausgenutzt. Meist besteht eine beidseitige Resonanz in der Anfangsphase, d. h. die AP verhält sich so, dass die betroffene Person ermuntert wird, entsprechende Rückschlüsse zu ziehen. Dies kann von ihr häufig klar beschrieben werden. Oft werden genau die Situationen memoriert, welche Anlass geboten haben, zu einer entsprechenden Einschätzung zu gelangen. Meist spielt Sexualität bzw. ein sexuelles Verlangen in dieser Phase eine wichtige Rolle. Dies wird in dieser Phase zwar wahrgenommen, jedoch kann und will man es nicht zulassen, was unterschiedliche Gründe haben kann (vorhandener Partner, Objekt der Begierde entspricht nicht den Moralvorstellungen, vergangene traumatisierende Erfahrungen mit nahestehenden Bezugspersonen, etc.). Einer der beiden wird in der Folgezeit die Beziehung auflösen, meist geschieht dies abrupt und erlaubt es der betroffenen Person nicht, ihre Projektionen zurückzunehmen. (Dabei sind Projektionen in anfänglichen Bindungsprozessen weitestgehend zu normalisieren.) Der physische Entzug des Gegenübers wird nun jedoch durch eine mentale Nähe kompensiert. Typischerweise berichten Menschen, die sich so „beeinflusst“ fühlen, auch von früheren Nähe- und Distanzkonflikten in vorangegangenen Beziehungen. Meist fühlen sie sich mit zu viel Nähe nicht wohl und können Beziehungen mit einer gewissen Distanziertheit besser pflegen, was häufig biographische Bezüge hat (frühe Erfahrungen von Verletzungen in Beziehungen, Grenzüberschreitungen etc.). Auch Fach (2014, 2016) beschreibt diese ambivalenten Beziehungen, nach deren Abbruch sich Betroffene weiter magisch oder telepathisch verbunden fühlen. Oft bestehe trotz gewollter Beendigung der Beziehung weiter ein Bindungsbedürfnis.

Bezug zum ersten Fallbeispiel: In diesem Fall war Sexualität und jede Form der sexuellen Regung für die Betreffende ein Tabubruch und negativ behaftet, da sie in der Kindheit traumatisierende Erfahrungen erlebt hatte und in ihrem Familiensystem nur herabwürdigend über Sexualität und Bedürfnisse danach gesprochen wurde. Sie erlebte bereits mehrfach Grenzüberschreitungen in nahen Beziehungen. Ihren Ex-Mann beschreibt sie überwiegend negativ.

Zweite Phase

Frau K., 48:

Ich hatte einige Zeit einen Arbeitskollegen, mittlerweile habe ich die Firma verlassen. Zwischen uns bestand von Anfang an eine besondere Verbindung, er hat immer wieder meine Nähe gesucht und mich auf eine sehr besondere Art angesehen. Ich hatte das Gefühl, er blickt in meine Seele. Wir mussten nicht miteinander sprechen, sondern es war ohne Worte. Er wurde irgendwann versetzt, so dass wir uns nur noch selten auf dem Flur begegneten, aber seither war er nachts bei mir. Anfangs genoss ich diese Nähe. Ich spürte ihn auch im Büro. Er berührte mich. Wir hatten die ideale Beziehung. Er wusste genau, was mir gefällt, und es war schön zu wissen, dass er immer bei mir ist. Allerdings kommt er auch dann nachts zu mir, wenn ich eigentlich völlig platt bin vom Tag und eigentlich nur schlafen möchte. Dann bin ich immer so fertig und müde am nächsten Morgen. Mittlerweile möchte ich, dass das aufhört. Er hört aber nicht auf mich. (...)

In der nun folgenden Phase entsteht der Idealzustand einer Beziehung: Die Betroffenen haben den physischen Kontakt zur AP abgebrochen, allerdings befinden sie sich in einer Phase, wo sich ein sehr positiver und real gefühlter mentaler Kontakt aufbaut, der den Verlust der realen Person ins Hintertreffen geraten lässt. Zu der sehr intensiven mentalen Beziehung gesellt sich rasch auch ein intensives körperliches und sexuelles Erleben. Allerdings wird diese so erlebte Sexualität meist nicht als freiwilliger Akt empfunden, sondern sehr ambivalent wahrgenommen. Einerseits möchte die betroffene Person so nicht empfinden und wehrt sich gegen diese Gefühle, andererseits signalisiert der Körper Genuss und Verlangen. Hier entsteht eine erste Dissonanz von körperlichem Erleben und mentaler Attribution. Bei manchen Klienten, die von schweren sexuellen Übergriffen in der früheren Vergangenheit berichten, kann dieses sexuelle Empfinden auch von Anfang an als Übergriff erlebt werden, der dem ursprünglichen Missbrauch sehr ähnlich scheint. Was deutlich wird: Es gibt immer wieder Musterübereinstimmungen sowohl im sexuellen als auch im emotionalen Erleben von Beziehungen.

Bezug zum ersten Fallbeispiel: Die Klientin baute eine starke mentale Verbindung zum HP auf und nahm in diesem Rahmen auch die sexuellen Vorzüge dieser „Nähe auf Distanz“ wahr, allerdings mit ambivalenten Gefühlen. Ursachen für dieses Beziehungsmuster liegen vermutlich in der frühen Kindheit. Der Vater der Betroffenen habe sehr stark psychische Gewalt und Manipulationen auf die Betroffene ausgeübt und sie über einige Jahre sexuell missbraucht. Ihre Autonomieentwicklung wurde durch diese frühe Erfahrung ungünstig beeinflusst und prägte ihr späteres Beziehungsmuster.

Dritte Phase

Frau L., 56:

Es hat vor vielen Jahren angefangen. Mit einem Arzt, den ich besuchte (...) mittlerweile hat er sich in mir breit gemacht. Er quält mich, er findet regelrechte Lust daran, mir Schmerzen zu bereiten. Schmerzen, die ich so noch nie erlebt habe. Mal im Bauch, dann kann es sein, dass es mir in den Kopf schießt. Manchmal zieht es überall. Es ist immer anders. Er droht mir auch, mir etwas anzutun, mich zu töten. Er möchte, dass ich mich nur noch mit ihm beschäftige. Manchmal in wenigen Momenten ist er freundlich. Dann, wenn ich nicht mehr kann, wenn ich völlig verzweifelt bin, baut er mich manchmal auf. Früher hatten wir mehr solcher schönen Zeiten miteinander, jetzt zeigt er sein wahres Gesicht. Er lebt von meiner Kraft, er will mich besitzen und steuern. Zum Glück lässt er mich in der Arbeit noch in Ruhe. Ich bin Straßenbahnfahrerin. Da funkt er nur selten dazwischen. Auch wenn ich mit meinen Freundinnen walken gehe, ist es etwas besser. In letzter Zeit fehlt mir aber meist die Kraft zum Sport treiben und häufig habe ich starke Schmerzen im Bein, die er mir verursacht, um mich daran zu hindern, raus zu gehen.

Die Dissonanz zwischen körperlichem Erleben und mentaler Attribution vergrößert sich meist in der Folgezeit. Betroffene beginnen, gegen den eigenen Körper zu kämpfen, indem zunächst versucht wird, jede (sexuelle) Empfindung zu unterdrücken, die nach ihrer Ansicht mit der AP zusammenhängt. Zu diesem Zwecke wird eine erhöhte Aufmerksamkeit auf die körperlichen Prozesse gelegt. Die Betroffenen beobachten sie fortlaufend und sind beim ersten Anzeichen von Erregung (Kribbeln, Wärme, Kälte) sofort alarmiert. Normale Körperprozesse werden umgedeutet, und es festigt sich die Überzeugung, dass sich etwas Fremdes in sie einmischt, das bekämpft werden muss. Die Dissonanz zwischen Körper und Geist vergrößert sich. Die Überzeugung, dass die körperlichen Empfindungen durch mentales Training kontrolliert werden müssen, beginnt sich in dieser Zeit zu festigen. Die anfangs positiv erlebte Beziehung wird zu diesem Zeitpunkt aufgrund mangelnder Kontrollfähigkeit und des Eindrucks von Grenzüberschreitungen nicht mehr positiv wahrgenommen. Sind die Menschen in dieser Phase, möchten sie zwar den Kontakt nicht völlig abbrechen, doch beginnen sie sich zunehmend zu wehren. Das, was jedoch kontrolliert werden soll, sind die eigenen körperlichen Prozesse. Die Entfremdung vom eigenen Körper nimmt ihren Lauf. Meist entwickeln sich in dieser Phase erste Schmerzsymptome, die in unterschiedlichen Körperregionen auftreten können. Diese Schmerzsymptome können durch Stress, Anspannung oder Einschränkung von körperlicher Betätigung entstehen. In der Regel hat in dieser Phase bereits eine solche Einschränkung von körperlichen Aktivitäten und auch von sozialen Kontakten stattgefunden. Oft wurden auch Gewohnheiten im Tagesablauf geändert. Parallel dazu werden in dieser Phase mentale Betätigungen stark aktiviert, sei es etwa Meditation oder der aktive Versuch, durch

mentale Anstrengung der Beeinflussung entgegenzuwirken. Auch die Ernährung wird in vielen Fällen miteinbezogen, wodurch sich manchmal ein gestörtes Essverhalten entwickeln kann.

Bezug zum ersten Fallbeispiel: Die Klientin hat in dieser Phase begonnen, verstärkt meditative Praktiken anzuwenden und sich länger in ihrer Wohnung aufzuhalten. Sie war weit weniger in der Natur unterwegs als vorher und reduzierte auch den Sport. Soziale Kontakte hielt sie unter Mühen aufrecht. Dies fiel ihr zwar schwer, stellte sich rückblickend jedoch als sehr hilfreich heraus.

Vierte Phase

Frau S., 63:

(...) irgendwann hab ich es nicht mehr ausgehalten. Ich habe mich an ein[en] Heiler gewandt, damit er diesem psychischen Parasiten, dem Klavierspieler, Einhalt gebietet, der mir seit Jahren das Leben zur Hölle macht. Es hat zwei Wochen ein bisschen Besserung gebracht, dann wurde es noch schlimmer. So habe ich ein stärkeres Medium kontaktiert, das auch Flüche lösen kann und sich auf dunkle Energien spezialisiert hat. Angeblich eines der mächtigsten Medien in Deutschland. Er hat mir versprochen, per Fernenergieübertragung einen Schutz zu geben. Ich hatte dieses Mal einige Tage Ruhe. Aber dann kam er zurück. Mit noch mehr Kraft. Das hat ihn richtig wütend gemacht. In meiner Verzweiflung bin ich zu einem Psychiater gegangen. Der gab mir Tabletten. Ich hab die genommen, aber es hat rein gar nichts gebracht. Außer, dass ich mich irgendwie etwas müde fühlte. Der Klavierspieler hat darüber gelacht. Ich habe die Tabletten nach einem halben Jahr abgesetzt.

In der nächsten Phase erfolgen erste Versuche, die AP endgültig loszuwerden. Die Unterscheidung zwischen Vorstellung und realer Person ist in dieser Phase kaum mehr möglich, und die Betroffenen wenden sich voller Verzweiflung an Polizei oder die AP selbst mit der Bitte, die mentalen Übergriffe einzustellen. Schmerzen haben sich intensiviert und sind durch Schonverhalten und weitere Faktoren unerträglich geworden. Manchmal liegt bereits ein Substanzmissbrauch oder eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen (Beruhigungsmitteln) o. ä. vor. In der Regel führt der meist mehrfache Kontakt zur Polizei zu einer Einweisung in die Psychiatrie; oder die Verzweiflung ist so hoch, dass sich die Betroffenen selbst einweisen. Oft zeigt die AP die betroffene Person an, weil sie sich von dieser gestalkt fühlt. Beruhigungsmittel oder Antidepressiva können in dieser Phase helfen, die depressiven Symptome etwas zu mildern, doch besteht ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko. Interventionen am Telefon und eine Selbsttherapie sind in dieser Phase sehr schwierig. Für therapeutische oder beraterische Interventionen ist die vorangehende Phase 3 am günstigsten.

Bezug zum ersten Fallbeispiel: Unsere Klientin befand sich am Anfang der vierten Phase. Sie hatte bereits erfolglosen Kontakt zur Polizei, depressive Verstimmungen und einen geminderten Antrieb. Allerdings war sie noch offen für Gespräche und zeigte sich sehr kooperationsbereit.

Fünfte Phase

Nach vielen erfolglosen Versuchen beginnen Betreffende zunehmend zu resignieren und richten sich auf ein Leben mit dem „psychischen Parasiten“ ein. Sie erleben die Umwelt als wenig unterstützend und feindselig und haben es aufgegeben, Hilfe zu suchen. Gedankenkonstrukte sind sehr gefestigt. Manchmal klingen die Symptome in dieser Phase etwas ab. Sobald jedoch auch körperlich bedingte Krankheiten entstehen, was auch alters- und stressbedingt begründet sein kann und nachvollziehbar ist, werden diese der AP zugeschrieben, und der Leidensdruck vergrößert sich erneut. Eine Unterscheidung zwischen Schmerzen, die aufgrund körperlicher Ursachen entstanden sind, und Schmerzen durch die AP ist nicht mehr möglich.

Hypothesen zur Funktion von Verhexung

Bevor wir mögliche Schritte zur Therapie/Beratung beschreiben, soll reflektiert werden, welche Funktion das Konzept der „Verhexung“ haben könnte. Zunächst handelt es sich dabei um eine Externalisierungsstrategie, die den Zweck hat, Ich-nahe Probleme Ich-fern werden zu lassen. Meist zeigt sich in der Biographie, dass es zu früheren Zeiten eine Überlebensstrategie war, solche Externalisierungen vorzunehmen. Die Identität der Betroffenen kann durch diese Strategie sehr stabil bleiben; meist ergeben sich anfangs kaum Einschränkungen im Alltag. Je nach Phase kann es auch einen durchaus beträchtlichen Krankheitsgewinn geben. Die Betroffenen übertragen der AP zunehmend mehr Verantwortung, wodurch eine Form der Selbstimmunisierung stattfindet. Weniger Verantwortung kann innerpsychisch von Stress und negativen Gefühlen entlasten und stabilisierend wirken. Bis jedoch das innerpsychische System instabil wird, können sich diese Strukturen zur Verantwortungsabgabe sehr festigen, und die Interpretationskonstrukte werden zu immer stärkeren Überzeugungen. Aus der Erfahrung „Ich kann nichts tun“ kann sich auch die Haltung herausbilden: „Ich muss nichts tun“.

Wenn es um das Thema Verantwortung geht, spielen häufig verdeckte Schuldthemen eine Rolle. Frühe Erfahrungen von Opferrollen tangieren immer auch Fragen nach Schuld. Die Betroffenen verhalten sich gegenüber ihren Mitmenschen oft in einer verletzenden Art und Weise. Allerdings beanspruchen sie aus ihrer Opferrolle heraus eine gewisse Narrenfreiheit, das tun zu dürfen. Die Verhexung schreibt dem Attribuierten eine klare Sündenbockrolle zu.

Eine weitere Funktion von Verhexung liegt in dem Aspekt der Anthropomorphisierung von Problemen. Innere Anteile bekommen eine Gestalt und ein Gesicht, man kann sich so mit ihnen auseinandersetzen, sie ansprechen, Gefühle an ihnen ausagieren etc.

Betrachten wir das Verhexungssyndrom unter einer ressourcenorientierten Perspektive, ermöglichen die Interpretationskonstrukte den Betroffenen, eine Beziehung auf Distanz zu führen. Meist liegen bisherige negative oder bedrohliche Bindungserfahrungen zugrunde, so dass enge Bindungen tendenziell eher vermieden oder sogar offen abgelehnt werden. Das Verhexungssyndrom bietet, so verstanden, die Möglichkeit, bisherige Bindungserfahrungen und Muster zu durchbrechen und neue Strategien zu lernen. Deswegen besteht die Aufgabe von Beratenden darin, Klienten dazu zu motivieren, sich in eine Therapie zu begeben. In Therapien erweist es sich als günstig, wenn ein Fokus auf der therapeutischen Beziehung liegt. Gerade eine Musterdurchbrechung in der Art und Weise, wie diese Menschen Beziehungen gestalten, ist ein erster Schritt zur Veränderung. Meist tendieren diese Klienten dazu, ausführlich über ihre Symptomatik und die AP zu sprechen. Der Fokus ist jedoch zu verschieben auf Aspekte, die weniger mit der AP als vielmehr mit dem Klienten und dessen Beziehungen im realen Leben zu tun haben.

Überlegungen zum Umgang mit Menschen, die von internalen Präsenzen berichten

Kontaktverhalten und Rolle des Beratenden

Oft haben wir es bei Menschen mit dieser Leidensgeschichte mit dem Typus des Klagenden zu tun (de Shazar & Dolon, 2008). Sie sind der Überzeugung, selbst nichts ausrichten zu können, und meist auf der Suche nach einer entsprechenden Autorität, die hilft. Eigeninitiative ist je nach Entwicklungsstadium bei den Betroffenen nur noch schwach ausgeprägt. Das Erleben von Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen usw. ist durch zahlreiche in Eigenregie geführte und verlorene Kämpfe gegen die Verhexungsvorstellung kaum mehr vorhanden. Auch die hier vorgestellte Klientin formulierte anfangs den Wunsch: „Am liebsten hätte ich Jemanden, der mir das einfach wegmacht.“ In der Beratung sind die Betroffenen meist, gemäß den beschriebenen Mustern, auf der Suche nach einer Beratungsperson, der sie die Verantwortung übertragen können. Dieser Rollenzuweisung sollten sich Beratende sehr bewusst sein. Die Klienten sind oft misstrauisch und haben das Gefühl, dass der Attribuierte mithört, und verhalten sich deswegen sehr vorsichtig. Gleichzeitig fürchten sie, pathologisiert zu werden.

Beginnt man also anfangs mit Ratschlägen und Selbstaktivierung, dann stößt man zunächst kaum auf Bereitschaft zur Mitarbeit (Compliance). Deswegen ist es im Erstkontakt notwendig,

dass der Beratende einen direktiven Beratungsstil wählt und klare Anweisungen gibt, Prognosen ausspricht und gewisse Erfahrungen antizipiert. Dies alles soll dem Betreffenden verdeutlichen, dass eine gewisse Kompetenz und ein Wissensvorsprung hinsichtlich des Verlaufs und der weiteren Entwicklung vorliegen. Mit dieser Kompetenzzuschreibung hat gleichzeitig auch eine Autoritätsübertragung stattgefunden. Damit ist sehr vorsichtig und behutsam umzugehen. Der Ratsuchende gerät sehr rasch in Abhängigkeiten; der Beratende muss sich dessen bewusst sein und immer wieder hervorheben, dass Verbesserungen nicht durch dessen Beratung, sondern durch die Leistung der Klient:innen erfolgen. Ziel ist es, Selbstvertrauen wieder aufzubauen, selbstaktivierendes Verhalten positiv zu verstärken und das Erleben von Misserfolgen zu durchbrechen.

Suizidalität ist meist ein zentrales Thema und muss unbedingt abgeklärt werden.

Anregungen zur Exploration

Beratende sollen durch die Exploration bestimmter Bereiche ein genaues Verständnis für die Situation bekommen. Dies gibt den Klient:innen die Möglichkeit, durch Fragen ihre Perspektive zu erweitern bzw. sich selbstständig von der Hypothese der realen Beeinflussung lösen zu können. Dabei ist es wichtig, in der explorativen Phase das Wirklichkeitsmodell der Betroffenen keinesfalls in Frage zu stellen und ihnen z. B. Einbildung oder Somatisierungen vorzuwerfen. Zu diesem Zeitpunkt sollte nicht aufdeckend exploriert werden. Vielmehr wirken stabilisierende und körperorientierte Techniken unterstützend. Erst viel später geht es darum, zu ergründen, weshalb das Problem entstanden ist.

Es ist unbedingt notwendig, in den Sprachbildern der Betroffenen zu bleiben. Eine erste Unterscheidung zwischen mentaler Person und realer Person ist bereits im Erstgespräch sinnvoll. Diese Unterscheidung kann bildhaft unterstützt werden und ist zur weiteren Exploration sinnvoll. Auch im weiteren Therapieprozess ist es Ziel, eine gute Unterscheidung vorzunehmen und die Einheit von realer und mentaler Person aufzulösen. Dabei ist es – das möchten wir betonen – nicht notwendigerweise Ziel, dass die Betroffenen die mentale Person als eigenen Anteil bzw. innerpsychischen Prozess anerkennen, sondern es geht zunächst darum, eine klarere Unterscheidung zu gewährleisten. Eindeutige und klare Vereinbarungen können in der Anfangsphase eine gute Grundlage für den weiteren Prozess bilden. Dazu gehören z. B.: sofortiger Meditationsstop, Einlassen auf Minimalinterventionen, kein Kontakt mehr zu Heilern und anderen Anbietern des Esoterik-Marktes, die ein problematisches Machtgefälle herstellen. Denn es hat sich gezeigt, dass mit einem Kontakt zu Heilern etc. das Muster der Autoritätsdelegation aufrechterhalten wird und sich kein langfristiger Erfolg einstellt.

Abhängig von der Phase, in welcher Betroffene Rat suchen, haben sie einen mehr oder weniger ambivalenten Bezug zu ihrem Erleben. In frühen Phasen sind sie sich meist unsicher, ob sie wirklich möchten, dass der innere Kontakt zum Attribuierten abbricht. Die unterschiedlichsten Gründe werden hier vorgebracht: „Was soll er ohne mich machen?“, „Er droht, sich oder mir etwas anzutun, wenn ich den Kontakt abbreche“, „Ich würde ja schon gerne in Kontakt bleiben, aber eben nicht so“. Nach ausführlicher Exploration können deswegen folgende Fragen hilfreich zur Klärung sein:

- Wunderfrage: Was wäre, wenn Sie morgen aufwachen, und die Verhexung ist zu Ende? Woran würden Sie das zuerst bemerken? Dadurch erfährt man, ob die betroffene Person noch Pläne macht; manchmal zeichnet sich hier auch ab, wie stark ihre Affektivität und Stimmungslage durch die Erfahrungen beeinträchtigt ist.
- Fragen zum Ausmaß des Leidensdrucks (Skalierungsfragen).
- Frage nach Ressourcen: Wobei war die AP hilfreich? Gab es auch gute Zeiten? Wann werden Sie ihn vermissen? Was werden Sie vermissen? Mit dieser Frage muss behutsam umgegangen werden, da die Betroffenen oft stark pauschalisieren und diese Frage erst am Ende eines Therapieprozesses differenzierter beantworten können.
- Frage nach der Trennungsbereitschaft.

Stabilisierung / Verhaltensmuster durchbrechen

Im nächsten Schritt geht es nun darum, die betroffene Person so weit zu stabilisieren, dass später auch eine aufdeckende therapeutische Arbeit stattfinden kann. Dieser Schritt braucht Zeit und manchmal viel Unterstützung. Dabei ist der Körper eine wichtige Ressource. Abgrenzung kann man zunächst ganz basal über den Körper üben, indem die eigenen Körpergrenzen aktiv gespürt werden. Im Folgenden geben wir einige Anregungen zum weiteren methodischen Vorgehen.

- Schreiben eines Bewegungstagebuchs: Korrelation zwischen wenig Bewegung und starkem körperlichem Empfinden (Skalierung). Tagesablauf mit Bewegungs- und Ruhephasen erheben;
- Langsame Steigerung des Bewegungspensums;
- Minimalintervention bei Akutphasen (starke körperbezogene Reize wie kaltes Wasser, scharfes Essen, Massageball) schafft erste Erfolgserlebnisse und dadurch eine Musterunterbrechung;

- Metaphern und Sprachbilder gemeinsam entwickeln, die die fehlende Abgrenzungsfähigkeit der Klienten verbildlichen und die Verantwortung für Veränderung an die Klienten delegieren;
- Materialbezogenes Arbeiten (innere Landschaft, Seile, Lebenslinie...). Bei Klienten mit internalem Erleben ist ein „externales Arbeiten“ sinnvoll;
- Feste Rituale und feste Orte zur Auseinandersetzung mit der AP;
- Kontrolle und Strukturierung des Tagesablaufes;
- Anregungen zur Schlafhygiene;
- Anregungen zum Essverhalten;
- Antizipation der Reaktion der AP, dies schafft meist einen Überraschungseffekt;
- Außenwahrnehmung verstärken (Weidinger & Weidinger, 2015), weniger Fokus auf innere Wahrnehmungen und Empfindungen.

Psychoedukation

Nachdem zu Beginn bestimmte Reaktionen der AP antizipiert wurden (meist rebellierte die mentale AP gegen Veränderung), kann in den folgenden Sitzungen eine erste Form der Psychoedukation und gleichzeitig eine genaue Exploration früher Bindungserfahrungen erfolgen. In diesem Kontext kann mit Klienten über Bindungs- und Autonomieproblematiken gesprochen werden. Dieser Schritt sollte erst unternommen werden, wenn eine positive Beziehung und ein Vertrauensverhältnis zum Berater aufgebaut wurden. Hier bieten sich Methoden wie Storytelling (Duss, 2016) an, da die Klienten eine Tendenz zur Externalisierung haben. Meist knüpfen Klienten beim Storytelling erste Verbindungen zur eigenen Biographie. Wichtig ist es außerdem, den Fokus auf Erfolgserlebnisse zu legen und die Klienten darin zu unterstützen, geduldig mit sich selbst zu sein.

- Überprüfung der Hypothese, dass die Verhexung auch eine positive Funktion haben kann (Nähe auf Distanz);
- Normalisieren (z. B. typische Phasen einer Trennung besprechen);
- Exploration zu früheren Beziehungsgestaltungen (Partnerschaften, Ehen, Freundschaften), Musterübereinstimmungen thematisieren;
- Umgang mit Nähe/Distanz (Freundschaften, Beziehungen zur Familie, Grenzüberschreitungen/Verteidigung der eigenen Bedürfnisse etc.).

Reframing und kognitive Neuorientierung

Nachdem Betroffene den Körper wieder in Besitz nehmen und lernen, sich über den Körper stärker abzugrenzen, erfolgt in der Regel nach einigen Wochen eine Stabilisierung des Zustandes. Die Betroffenen erleben Selbstwirksamkeit und Kontrollierbarkeit, was zu einer deutlichen psychischen Entlastung führt. Nun ist eine Grundlage geschaffen, um aufdeckend zu arbeiten und dahinterliegende Probleme, Traumatisierungen etc. zu thematisieren. Bei der aufdeckenden Arbeit ist es unbedingt notwendig, genügend Strategien zur Stabilisierung erarbeitet und eine wertschätzende Beziehung aufgebaut zu haben, da sonst bei zu schnellem aufdeckendem Vorgehen die betroffene Person auf ihre gewohnten externalisierenden Strategien zurückgreift und teils vehement den Realitätsstatus ihrer Erfahrungen verteidigt. Auch benötigt es einen sicheren Rahmen und eingeübte Verhaltensweisen zur Stabilisierung, um aufdeckend zu arbeiten. Insbesondere dieser Aspekt im Umgang mit betroffenen Personen ist besonders heikel und wichtig. Eine Umdeutung in Form eines Reframings kann ebenfalls in dieser Phase erfolgen, indem beispielsweise gemeinsam überlegt wird, welchen Nutzen die AP hatte und welche positiven Lerneffekte sich durch die Auseinandersetzung mit der AP ergeben haben.

- Arbeit mit dem inneren Team: Die Arbeit mit dem inneren Team hilft, unterschiedliche innere Anteile herauszuarbeiten, zu benennen und Gefühlsreaktionen auf diese Anteile wahrzunehmen;
- Abschiedsrituale;
- Reframing, wertschätzende Konnotation zu der Entwicklung im Beratungsprozess;
- Normalisierung des Bindungs- und Autonomieverhaltens des Klienten vor dem Hintergrund von dessen Biographie.

Abschluss des Beratungsprozesses

Oft spüren die Betroffenen die AP nicht mehr, sind jedoch misstrauisch und fürchten Rückschläge. Solche Rückschläge treten meist dann auf, wenn in alte Muster verfallen wird, zu wenig Bewegung stattfindet, die soziale Isolation wieder zunimmt und die dahinterliegenden innerpsychischen Mechanismen (bzw. Traumata) nicht bearbeitet werden. Es ist wichtig, dass die Betroffenen in dieser Phase die Muster erkannt haben und Rückschläge nicht als Misserfolg, sondern als Aufforderung gewertet werden, sich wieder mehr um Körper, Kontakte und das eigene Wohlbefinden zu kümmern. Nachdem nun die mentale Beschäftigung mit dem Attribuierten entfällt, ist gleichzeitig auch Raum entstanden, der mit neuen und kreativen Projekten gefüllt werden kann. Oft handelt es sich bei Personen mit der beschriebenen Symptomatik um

Menschen mit einer hohen Kreativität und guten Vorstellungskraft, die ihre Umwelt sehr sinnlich erleben. Deswegen kann gemeinsam überlegt werden, wie dieses besondere Potential in gute Bahnen gelenkt werden könnte.

- Blick in die Zukunft: Was nehme ich für neue Beziehungen mit?
- Wertschätzung für den Prozess und das, was der Klient erreicht hat;
- Umgang mit Rückschlägen;
- Wertschätzung für die Biographie und Person des Klienten.

Entwicklungen im konkreten Fall

Die Klientin meldete sich meist dann, wenn sie wieder in einer psychischen Notsituation war bzw. bestimmte äußere Umstände sie verunsicherten. Es gab immer wieder längere Phasen ohne Kontakt. Die Verantwortung für die Kontaktaufnahme lag bei der Klientin. Beim letzten Kontakt berichtete sie über den Verlauf der letzten Monate. Sie unterließ es, weitere Kontakte mit Polizei und Schamanen aufzunehmen. Erste Einsichten konnten bei ihr durch körperbezogene Maßnahmen erzeugt werden. Bei einer biographischen Anamnese wurde festgestellt, dass seit dem Abbruch ihrer stabilisierenden Psychotherapie vor zwei Jahren eine Verschlechterung ihres Zustandes stattgefunden hatte. Die Klientin ließ sich motivieren, die Therapie wieder aufzunehmen, und wir führten ein Gespräch mit der Therapeutin, in welchem wir auf die körperbezogenen Besonderheiten hinwiesen, wie wir sie auch in diesem Artikel darstellten. Die Therapeutin verstärkte verhaltenstherapeutische Maßnahmen (s.o.). Die Klientin beschloss, sich aktiv zu trennen, und wurde darin unterstützt durch ihre Therapeutin. Sie hat selbst bemerkt, dass sich die Symptome verschlechtern, wenn sie nicht genügend Zeit für eine gesunde Ernährung, Bewegung, Sport und eine gute Life-Workbalance aufwendet. Die mentale Verbindung hat sich zu dem gegebenen Zeitpunkt noch nicht völlig aufgelöst, jedoch meinte die Klientin, dass dies möglicherweise erst dann geschehe, wenn sie wieder einen „echten Freund“ habe. Genau dies ist mitunter eine Beobachtung, die wir auch bei anderen Klienten gemacht haben. Allerdings ist diese „einfache Lösung“ nicht immer nachhaltig und kann zu einer weiteren Verhexung führen. Das vorgestellte Fallbeispiel zeichnet einen günstigen Verlauf auf, da die Klientin zu einem frühen Zeitpunkt Hilfe suchte und gut an die Vorerfahrungen aus anderen Therapien anknüpfen konnte. Wenn sich Klienten in einer späteren Phase befinden bzw. weniger Ressourcen vorhanden sind, kann die Arbeit teilweise deutlich länger dauern und mit anderen Hürden verbunden sein. Eine langwierige Therapie ist in den meisten Fällen unabdingbar, um die Verhexung wirklich in den Griff zu bekommen.

Schlusswort

Mit diesem Artikel haben wir versucht, einen erfahrungsbasierten Einblick in die Arbeit mit Klienten mit internalem Präsenzerleben zu geben. Wir erheben keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern möchten dazu anregen, vergleichbare Fälle zu sammeln und unter den vorgeschlagenen strukturellen Gesichtspunkten zu betrachten. Wir stellen immer wieder fest, dass diese Klienten in unserem psychologischen und medizinischen Versorgungssystem durch die Raster fallen und oft fälschlicherweise als psychotisch eingestuft werden oder gar mit einer paranoiden Schizophrenie diagnostiziert werden. Der Artikel möchte zu einem differenzierteren Blick und einer ressourcenorientierten Haltung ermuntern. Menschen mit den beschriebenen Beschwerden und Vorstellungskonzepten wenden sich deswegen meist ungern an das psychologische Versorgungssystem, bescheren jedoch dem Esoterikmarkt, diversen selbsternannten Geistheilern, Schamanen etc. reiche Umsätze. Dies schädigt die Betroffenen oft zusätzlich finanziell und kann zu erheblichen Folgeschwierigkeiten, Abhängigkeiten und Ängsten führen. Deswegen halten wir es für wichtig, eine Möglichkeit aufzuzeigen, mit Betroffenen jenseits von Pathologisierung und Psychopharmaka einen therapeutischen Weg einzuschlagen, der zu einer nachhaltigen und selbstwirksamen Verbesserung der Lebensumstände führen kann. Denn, wie sich zeigt, helfen in diesem Fall Antipsychotika meist nicht, sondern verschlimmern das subjektive Leid aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen zusätzlich. Die vorgestellten Methoden und Schritte sollen keineswegs den Eindruck vermitteln, dass es sozusagen ein Generalrezept zum Umgang mit „Verhexten“ gibt. Vielmehr geht es darum, Berater und Therapeuten zu ermuntern, sich verstehend und wertschätzend auf die anfangs etwas bizarr erscheinende Erlebniswelt dieser Menschen einzulassen. Die hier vorgestellten Methoden und Entwicklungen sind an einigen Stellen sehr generalisiert formuliert. Das soll keinesfalls dazu einladen, in solche Generalisierungen zu verfallen. Der Blick auf das Individuum und die Besonderheiten jedes einzelnen Klienten sollte niemals verloren werden.

Literatur

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Auflage). American Psychiatric Association.

Assion, H.-J. (2004). *Traditionelle Heilpraktiken türkischer Migranten*. VWB.

Belz, M. (2009). *Außergewöhnliche Erfahrungen*. Hogrefe.

Belz-Merk, M., & Fach, W. (2005). Beratung und Hilfe für Menschen mit außergewöhnlichen Erfahrungen. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 55(05), 256–265.

- Belz, M., & Fach, W. (2012). Theoretical reflections on counseling and therapy for individuals reporting ExE. In W. Kramer, E. Bauer & G.H. Hövelmann (Hrsg.). *Perspectives of clinical parapsychology* (S. 168–189). Stichting Het Johan Borgman Fonds.
- Bender, H. (1959). Mediumistische Psychosen – Ein Beitrag zur Pathologie spiritistischer Praktiken. *Zeitschrift für Parapsychologie und Grenzgebiete der Psychologie*, 2(2/3): 173–201.
- Cutomo, C. (1989). *Medialität, Besessenheit, Wahnsinn*. Flensburger Hefte.
- Dammann, G.W. (2004). Besessenheits- und Trancezustände. In A. Eckhardt-Henn & S.O. Hoffman (Hrsg.), *Dissoziative Störungen des Bewusstseins* (S. 161–174). Schattauer.
- De Shazer, S., & Dolan, Y.M. (2008). *Mehr als ein Wunder: Lösungsfokussierte Kurztherapie heute*. Carl-Auer.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., & Renschmidt, H. (Hrsg.)(2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien*. Weltgesundheitsorganisation.
- Duss, D. (2016). *Storytelling in Beratung und Führung: Theorie – Praxis – Geschichten*. Springer.
- Fach, W. (2011). Phenomenological aspects of complementarity and entanglement in exceptional human experiences (ExE). *Axiomathes*, 21, 233–247.
- Fach, W. (2014). Complementary aspects of mind-matter correlations in exceptional human experiences. In H. Atmanspacher & C. Fuchs (Hrsg.), *The Pauli-Jung conjecture and its impact today* (S. 255–273). Imprint Academic.
- Fach, W. (2016). Ein psychophysischer Modellansatz zum Verständnis außergewöhnlicher Erfahrungen. In L. Hofmann & P. Heise (Hrsg.), *Spiritualität und spirituelle Krisen: Handbuch zu Theorie, Forschung und Praxis* (S. 124–138). Schattauer.
- Fach, W. (2020). Forschung zu Außergewöhnlichen Erfahrungen: Autonomie und Bindung bei AgE. In Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene (Hrsg.), *Tätigkeitsbericht 2018–2019* (S. 40–41). Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene (IGPP).
- Fach, W., Atmanspacher, H., Landolt, K., Wyss, T., & Rössler, W. (2013). A comparative study of exceptional experiences of clients seeking advice and of subjects in an ordinary population. *Frontiers in Psychology*, 4, 65. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00065>
- Fach, W., & Belz, M. (2015). Klinische Zugänge zur Anomalistik. In G. Mayer, M. Schetsche, I. Schmied-Knittel & D. Vaitl (Hrsg.), *An den Grenzen der Erkenntnis: Handbuch der wissenschaftlichen Anomalistik* (S. 466–479). Schattauer.
- Fach, W., & Belz, M. (2017). Beratung und Psychotherapie für Menschen mit außergewöhnlichen Erfahrungen. In L. Hofmann & P. Heise (Hrsg.), *Spiritualität und spirituelle Krisen: Handbuch zu Theorie, Forschung und Praxis* (S. 382–395). Schattauer.
- Jung, C. G., & Pauli, W. (1952). *Naturerklärung und Psyche*. Rascher.
- Henneberg, R. (1919). Mediumistische Psychosen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 87, 873–875.

- Hoffmann, J. (1993). *Vorhersage und Erkenntnis: Die Funktion von Antizipationen in der menschlichen Verhaltenssteuerung und Wahrnehmung*. Hogrefe.
- Fulford, K. W. M., & Jackson, M. (1997). Spiritual experience and psychopathology. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 4(1), 41–65.
- Irwin, H. J. (1994). Childhood trauma and the origins of paranormal belief: A constructive replication. *Psychological Reports*, 74, 107–111.
- Kick, A., & Hemminger, H. (Hrsg.) (2003). *Geister, Mächte, Engel, Dämonen. EZW-Texte, 171*. Berlin.
- Kick, H., Engelhardt, D., & Gerigk H.-J. (Hrsg.) (2004). *Besessenheit, Trance, Exorzismus: Affekte und Emotionen als Grundlagen ethischer Wertebildung und Gefährdung in Wissenschaften und Künsten*. LIT.
- Leube, D., & Pauly, K. (2008). Ich-Störungen – Psychologie. In T. Kircher & S. Gauggel (Hrsg.), *Neuropsychologie der Schizophrenie* (S. 484–495). Springer.
- Lucadou, W. v. (2002). Verhexung – Erfahrungen einer parapsychologischen Beratungsstelle. In W. Bruchhausen (Hrsg.), *Hexerei und Krankheit: Bonner Beiträge zur Geschichte, Anthropologie und Ethik der Medizin* (S. 195–218). LIT.
- Mischo, J. (1996). Der Glaube an parapsychische Phänomene: Schizotypische Muster im Denken und Verhalten? *TW Neurologie Psychiatrie*, 10, 266–272.
- Mullins, S., & Spence, S. A. (2003). Re-examining thought insertion. *The British Journal of Psychiatry*, 182 (4), 293–298.
- Passie, T. (2011). Trance und Besessenheitszustände. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (S. 355–362). Elsevier Health Sciences.
- Pohl, S. (2020). *Einführung in die Beratung von Menschen mit außergewöhnlichen Erfahrungen: Vom Grundlagenwissen bis zur praktischen Arbeit*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pöhlmann, M. (2011). Spiritismus. *Materialdienst. Zeitschrift für Religions- und Weltanschauungsfragen*, 3/2011, 110–114.
- Risso, M., & Böker, W. (1964). *Verhexungswahn: Ein Beitrag zum Verständnis von Wahnerkrankungen süditalienischer Arbeiter in der Schweiz*. Bibliotheca psychiatrica et neurologica.
- Sample, D. (2005). *Oxford handbook of psychiatry*. Oxford University Press.
- Sluhovsky, M. (2011). Spirit possession and other alterations of consciousness. In E. Cardena & M. Winkelman (Hrsg.), *Altering consciousness, vol. 1: History, culture and the humanities* (S. 73–88). Praeger.
- Strasser, S. (2006). Krise oder Kritik? Zur Ambiguität von weiblicher Besessenheit als translokale Strategie. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – interkulturelle Psychotherapie*. (S. 299–312). Springer.
- Strecker, C. (2009). Besessenheit. In S. Alkier (Hrsg.), *Das wissenschaftliche Bibellexikon im Internet (WiBiLex)*. <https://www.bibelwissenschaft.de/stichwort/59454/>

- Utsch, M. (2013). Besessenheit. In *Lexikon der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen*. https://ezw-berlin.de/html/3_3047.php
- Vaitl, D. (2012). *Veränderte Bewusstseinszustände: Grundlagen – Techniken – Phänomenologie*. Schattauer.
- Währisch-Oblau, C. (2011a). Spiritual Warfare – geistlicher Kampf gegen böse Mächte. *Ökumenische Rundschau*, 3/2011, 302–314.
- Währisch-Oblau, C. (2011b). Spiritual warfare – the royal road to liberation and development in Africa and Europe? In W. Neusel & O. Boersma (Hrsg.), *Encounter beyond routine: Cultural roots, cultural transition, understanding of faith and cooperation in development. International Consultation, Academy of Mission, Hamburg, 17th-23rd January 2011. EMW-Dokumentation Nr. 5* (S. 12–24), Evangelisches Missionswerk in Deutschland.
- Weidinger, N., & Weidinger, G. (2015). *Achtsamkeit für jeden Tag: Kompakt-Ratgeber: Übungen und Rituale zur bewussten Lebensgestaltung*. Mankau.
- Winokur, G. (1977). Delusional disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 18(6), 511–521.
- Wohlfart, E., & Özbek, T. (2006). Die Suche nach den offenen Türen: Eine ethnopschoanalytische Kasuistik über das Phänomen der Besessenheit. *Psyche*, 60, 118–130.
- Wöller, W., & Reddemann, L. (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen: Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen*. Schattauer.