



Helga Felsberger

Mentalisieren bei Psychosen

Mentalisieren
in Klinik und Praxis

Hrsg. von Ulrich Schultz-Venrath

Fach-
buch 
Klett-Cotta



MENTALISIEREN IN KLINIK UND PRAXIS

Herausgegeben von Ulrich Schultz-Venrath

Mentalisieren ist die Fähigkeit, sich auf innerpsychische (mentale) Zustände (wie z. B. Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse) von sich selbst und anderen zu beziehen und diese als dem Verhalten zugrunde liegend zu begreifen. Mentalisieren wird als wesentliche menschliche Kompetenz angesehen.

Die Fähigkeit des Mentalisierens ist bei verschiedenen psychischen Störungen unterschiedlich stark eingeschränkt oder nicht vorhanden. Dies hat häufig schwerwiegende Folgen. Die Mentalisierungsfähigkeit wiederherzustellen, ist eine zentrale therapeutische Aufgabe in den verschiedenen Psychotherapien.

Die einzelnen Bände der Reihe stellen in kompakter Form die Anwendungsmöglichkeiten mentalisierungsbasierter Maßnahmen auf wichtigen Störungsfeldern vor.

Die Einzelbände behandeln folgende Themen:

1. Band: Mentalisieren in Gruppen
2. Band: Mentalisieren bei Depressionen
3. Band: Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen
4. Band: Mentalisieren mit Paaren
5. Band: Mentalisieren des Körpers
6. Band: Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen
7. Band: Mentalisieren bei Traumatisierungen
8. Band: Mentalisieren bei Essstörungen
9. Band: Mentalisieren bei Psychosen

Helga Felsberger

Mentalisieren bei Psychosen

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2024 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von Photographee.eu / Shutterstock

Gesetzt von Dörlemann Satz, Lemförde

Gedruckt und gebunden von GGP Media GmbH, Pößneck

ISBN 978-3-608-98231-2

E-Book ISBN 978-3-608-11614-4

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20456-8

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Danksagung	7
Einleitung	9
1 Die Macht der Worte	15
1.1 »Das ist doch schizophren!« – Ein umstrittener Begriff	17
1.2 Stigmatisierung als Ausdruck von Nicht-Mentalisieren in der Gesellschaft	23
1.3 Bestrebungen zu Inklusion und sozialer Teilhabe	29
2 Klassifikation und Erklärungsmodelle von Psychosen	33
2.1 Internationale Klassifikation und Ätiopathogenese von Psychose-Erkrankungen	33
2.2 Psychodynamische Psychose-Konzepte	40
2.3 Phänomenologische Psychose-Konzepte	48
2.4 Bio-psycho-soziale Modelle von Gesundheit und Krankheit	55
2.5 Das Modell der Sozialen Neurowissenschaften	58
2.6 Neuere Ansätze und Konzepte zur Therapie und Genesung bei Psychosen	68
3 Mentalisieren bei Psychosen	72
3.1 Ein mentalisierungsbasiertes Modell der Pathogenese von Psychosen	72
3.2 Die Entwicklung des Mentalisierens entlang prämentalisierender Modi des subjektiven Erlebens	79
3.3 Die Dimensionen des Mentalisierens	94
3.4 Beeinträchtigungen des Mentalisierens bei Psychosen	97
3.5 Kommunikative Bezogenheit und epistemisches Vertrauen als Voraussetzung für Mentalisieren	119
3.6 Exkurs: Sprechen und Hören als Orte der Inter-Körperlichkeit und Intersubjektivität	126
3.7 Mentalisieren und dessen Verankerung im Körper	142

4 Mentalisierungsbasierte Psychosen-Psychotherapie (MBT-P)	151
4.1 Voraussetzungen und Merkmale von MBT-P	152
4.2 Mentalisierungsfördernde Therapeutenhaltung und Stufen des Intervenierens in der Einzeltherapie	177
4.3 Mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie bei Psychosen	189
4.4 Mentalisierungsfördernde Therapeutenhaltung und Stufen des Intervenierens in der Gruppentherapie	191
4.5 Die Bedeutung der Gruppenpsychotherapie für das Mentalisieren	206
4.6 Die Bedeutung des kollegialen Austausches und der Supervision	213
5 Zusammenfassung und Ausblick	217
Literatur	220
Anmerkungen	255

Ich habe mich für eine inklusive Schreibvariante entschieden, aufgrund der Lesbarkeit wird meistens nur die weibliche oder männliche Variante verwendet – auch dann sollen beide Geschlechter sowie sich als divers oder nicht weiter festgelegt Identifizierende mitgemeint sein.

Danksagung

Die Motivation, dieses Buch zu schreiben, entspringt den Begegnungen mit meinen psychose-erfahrenen Patientinnen und Patienten, mit denen ich seit Jahren in unseren Therapien zusammenarbeiten darf. Ihnen möchte ich zuallererst danken. Wie sehr wir Menschen, in unserem Wahrnehmen und unserem Erleben durch und durch grupitale Wesen, von zwischenmenschlicher Bezozenheit und Zugehörigkeit zu Gruppen abhängig sind, wurde mir durch sie noch einmal mehr bewusst.

Die einigen Kapiteln vorangestellten Zitate stammen von Andreas Schmidt, einem Betroffenen, der die Erfahrungen mit seiner Psychoserkrankung dankenswerterweise sehr eindrücklich in Gedichten zum Ausdruck bringt.

Ich danke besonders all jenen, die an der Realisierung dieses Buches mitgewirkt haben. Ulrich Schultz-Venrath, der mich geduldig, beharrlich und mit großem Vertrauen durch alle Arbeitsphasen begleitet und mein Projekt mit seinen freundschaftlich-kritischen Hinweisen und seiner enormen Expertise bereichert hat, gebührt der größte Dank. Seit vielen Jahren verbindet uns die Begeisterung bezüglich des Mentalisierungsmodells und der Gruppenanalyse, die oft spannende und gegenseitig inspirierende Gespräche mit sich bringt und somit hoffentlich auch zur Weiterentwicklung und Verknüpfung dieser beiden Konzepte beiträgt.

Mein aufrichtiger Dank gilt auch dem Klett-Cotta Verlag und den Lektorinnen Frau Sandra Aichele und Frau Petra Kunzelmann für ihre professionelle und geduldige Betreuung und Unterstützung während des gesamten Veröffentlichungsprozesses.

Meinen Kolleginnen Christina Ott, Claudia Stoifl und Gabriele Sachs bin ich sehr dankbar für die vielen anregenden Gespräche und ihre

neugierige Bereitschaft, die verschiedenen Versionen meines Manuskripts kritisch zu lesen. Ihre fachliche Expertise, Unterstützung und Ermutigung haben einen bedeutenden Beitrag zur Qualität dieses Buches geleistet. Gabriele Sachs ermöglichte es mir 2012, auf der von ihr geleiteten Station an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien zum ersten Mal Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie für Menschen mit Psychose-Erkrankungen anzubieten, und sie beforschte dieses Projekt. Ich danke ihr für den Startschuss zu dieser spannenden Reise.

Ein besonderer Dank gilt meinem Mann Herwig und meinem Sohn Piero Felsberger, die durch ihre Unterstützung und Korrekturen einen wichtigen Beitrag zum Schreibprozess geliefert haben. Meiner ganzen Familie, so auch meinem Sohn Fabio, danke ich für ihre Geduld und ihr Verständnis, wenn ich mich zur Arbeit an dem Buch zurückzog und sie mich entbehren mussten. Ihre Ermutigung und Liebe haben mir die nötige Kraft und das Durchhaltevermögen gegeben, dieses Projekt zu verwirklichen.

Einleitung

»Das ist alles, einfach alles, alles, alles, was mich an der ganzen Geschichte um mich und meine Person noch richtig nervt, ärgert und wütend macht. Es macht mich traurig und gekränkt, ja sogar manchmal richtig ›krank‹ vor Sorge um mich und andere: der Begriff Schizophrenie« (Schmidt 2020, S.13).

Die historischen Wurzeln des von Bateman und Fonagy entwickelten Mentalisierungskonzepts (Bateman & Fonagy 2006) finden sich in der Psychoanalyse, der Bindungstheorie, aber auch in der Kognitionspsychologie, vor allem im Konzept der sozialen Kognition und der Theory of Mind (ToM) (Wimmer & Perner 1983). Die erste Mentalisierungstheorie der *Pariser Psychosomatischen Schule* (Bouchard & Lecours 2008; Fain et al. 1964; Marty & De M'uzan 1963) verstand »Mentalisation« als ein triebtheoretisches Metabolisieren von körperlichen Dysregulationen, wie es sich bei psychosomatischen Patienten beobachten ließ. Beide Modelle der Mentalisierungstheorie integrierend, wurde im deutschen Mentalisierungsmodell der Körper als frühester prämentalisierender Modus eingeführt (Diez Grieser & Müller 2018; Schultz-Venrath 2021, 2024).

Weitere wichtige Anstöße lieferten die Autismusforschung, das Alexithymie-Konzept (»alexithym« – keine Worte für Gefühle haben) und die Affektforschung. Neue Erkenntnisse und Methoden in der Neurobiologie und des Neuroimaging sowie der Epigenetik (Gen-Gehirn-Umwelt-Interaktionen) gaben zusätzliche Impulse für die Weiterentwicklung des Konzepts. Der Begriff »Mentalisieren« beschrieb bislang die imaginative und intuitive Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände, wie etwa Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Überzeugungen und Motive,

zu interpretieren. Eine solche Fähigkeit setzt allerdings die Möglichkeit und Bereitschaft zur kommunikativen Bezogenheit voraus. Das Mentalisieren des Körpers ist dafür grundlegend und findet seinen Ausdruck in der neugierigen Bereitschaft des Sich-anstecken-Lassens, Sich-über-raschen-Lassens, Sich-beeinflussen-Lassens, Sich-bereichern-Lassens in der Begegnung mit dem anderen. Die auf Bateman und Fonagy zurückgehende Definition betont eher den Aspekt des »Selbst als Urheber/Akteur« und die Unterscheidung zwischen Selbst und anderen (Nicht-Selbst) (Bateman & Fonagy 2008). Bei Menschen mit Psychose-Erkrankungen scheinen gerade diese Kompetenz und das epistemische Vertrauen besonders beeinträchtigt zu sein. Dadurch wird die Begegnung mit anderen Menschen zu einer ständigen Herausforderung. Die psychotherapeutische Beziehung sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppenpsychotherapie bietet diesen Menschen deshalb eine wichtige Chance, dieses Vermögen (wieder) zu erlangen. Dabei stellt sich insbesondere die Frage: Wie können eine Verbesserung im emotionalen Mitschwingen und gleichzeitig die Bewältigung der Angst vor der gegenseitigen Gefühlsansteckung gelingen? Psychotherapeuten wie Gruppenpsychotherapeutinnen sind dabei sehr gefordert, an ihrer eigenen Unsicherheit, Ängstlichkeit oder Reserviertheit zu arbeiten, um für Psychose-Patienten eine entwicklungsfähige, zugewandte therapeutische Beziehung vorzuhalten.

Menschen mit Psychose-Erfahrungen erleben häufiger, dass sich Familienmitglieder zurückziehen oder ehemalige Freunde den Kontakt mehr und mehr meiden. Eine ängstlich-abstinente Therapeutenhaltung fördert eher eine beängstigende Leere oder existentielle Bedrohung im Sinne einer Auslöschungsangst im Patienten. Insofern gilt das Hauptinteresse der Mentalisierungsbasierten Psychotherapie zunächst weniger den Inhalten mentaler Repräsentanzen eines Individuums als den Prozessen des Wahrnehmens und Erlebens von sich selbst als Handelndem in der Interaktion und Kommunikation. So könnte sich ein Selbsterleben auf dem Boden zunehmenden epistemischen Vertrauens entfalten. Eine bewusste Wahrnehmung mentaler Zustände via Introspektion als basale, direkte, wahrscheinlich »vorverdrahtete« mentale Fähigkeit (gemäß cartesianischer Denkart) ist eine überholte Vorstellung. Die Arbeitsgruppe um Peter Fonagy führte den Erwerb des Ge-

wahrseins des Selbst als mentaler Urheber auf einen Entwicklungsprozess zurück, der unter bestimmten Umständen auch scheitern kann. Normalerweise werden so die Selbstregulationsfähigkeiten, etwa die Fähigkeit zur Regulierung von Emotionen, zur Aufmerksamkeitskontrolle und zum Mentalisieren, im Kontext von frühen Bindungsbeziehungen erworben (Fonagy et al. 2004). Voraussetzungen für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit sind eine sichere äußere Realität sowie aufmerksame und feinfühligere Bindungspersonen (Bateman & Fonagy 2006; Fonagy & Bateman 2007; Winnicott 1971), die bei kontingentem, markiertem Spiegeln (über die Spiegelneuronen) den Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung ermöglichen.

Die Relevanz von Bindungsbeziehungen ist nicht nur auf die Familie beschränkt, sondern umfasst auch Gruppenbindungen in mittelgroßen und großen Gruppenzusammenhängen, wie die Zugehörigkeit und Bezogenheit innerhalb der Nachbarschaft, in Freundeskreisen, in der Schule, in Sport- oder Kulturvereinen, bis hin zur regionalen Sprachgemeinschaft oder anderen gesellschaftlichen Gruppenkontexten. Deren Bedeutung für das Selbsterleben von Akteuren als in einer Gemeinschaft Handelnden ist unseres Erachtens bisher unterschätzt worden.

Die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie ist ein psychodynamisches Vorgehen, das aus Konzepten der Gruppenanalyse und der modernen Psychoanalyse hervorgegangen ist. Diese relationalen Ansätze fokussieren in der Psychotherapie auf die intersubjektive Perspektive und das implizite (intuitive) körperliche Wissen. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf das, was zwischen den beteiligten Personen dynamisch abläuft und dabei intuitiv im Körpergefühl auftaucht (sei es bewusst oder noch vorbewusst). Mit der Konzeptionalisierung des Körper-Modus durch Diez Grieser und Müller (2018), Schultz-Venrath (2021) und Felsberger (2022) und dessen Integration in das Mentalisierungsmodell schließt die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie an neuere Theorien der Verkörperung der gegenwärtigen deutschsprachigen Philosophie an. Die große Relevanz einer leibphänomenologischen Betrachtung zeigt sich besonders in ihrer Anwendung in der Psychosen-Behandlung (Broschmann & Fuchs 2019). Phänomene wie Ausdruck von eigenen Empfindungen, das Erleben von Präsenz, Resonanz, Synchronizität und Nähe sollen anhand des Gruppengeschehens (der

Szene) bewusster wahrgenommen und verstanden werden können. Korrigierende Beziehungserfahrungen auf dieser basalen Ebene gelingen besonders gut in der Gruppe. Das Mentalisieren kann nicht vom körperlichen Geschehen und Empfinden isoliert betrachtet werden, es umfasst unser gesamtes Sensorium und braucht den Gegenwartsmoment der Gruppe. Die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie ist im Gruppensetting besonders wirksam (Schultz-Venrath 2020), da das Mehr-Personen-Setting vielfältige, breit gefächerte Erfahrungen der Resonanz, der Perspektivenübernahme und des Mentalisierens des Körpers ermöglicht.

Nicht jede Art von Gruppenpsychotherapie ist allerdings dafür geeignet. Psychoanalytisch strikt geleitete Gruppentherapien, in denen die Gruppenleiterin bewusst sehr »abstinent« (überwiegend nicht antwortend) bleibt und auf der realen Ebene eine für den Patienten unerreichbare Haltung einnimmt, wirken nicht nur dem Mentalisierungsvermögen entgegen, sondern steigern auch das Angstniveau. Dadurch kommt es zu Einbrüchen im Mentalisieren und über das Missverstehen zur psychotischen Verarbeitung der Therapiesituation. Sehr strukturierte Gruppen, die durch metakognitive Übungen und klassische (nicht-mentalisierungsbasierte) Psychoedukation geprägt sind, bleiben hingegen auf einer oberflächlichen, äußerlich-sachlichen Ebene und verhindern den intensiven Beziehungsaufbau unter den Gruppenteilnehmern. Daher empfiehlt sich neben einer mentalisierungsbasierten Vorgehensweise eine psychodynamische Gruppentherapie, bei der die Gruppenleiterin die Beziehungen der Teilnehmer untereinander (einschließlich der Gruppenleitung) sowie die Dynamik des Gruppenprozesses im Blick hat, dabei aber behutsam auf mögliche Mentalisierungseinbrüche einzugehen vermag.

Auch im Einzelsetting wird eine »abstinente«, also wenig antwortende und kaum resonanzbietende Haltung als mentalisierungshemmend erachtet. Wichtig ist eine stets neugierig offene Haltung der Therapeutin, die zunächst empathisch validiert und gemeinsam mit den Patientinnen das Hier und Jetzt im Beziehungsgeschehen exploriert. Dabei geht es nicht nur um die Verringerung der Symptomatik, sondern in erster Linie um korrigierende Beziehungserfahrungen. Dies ist insofern von Bedeutung, als die erlebte Symptomatik in vielen Fällen

im Zuge traumatisierender, vernachlässigender und oft »sprachloser« Beziehungskontexte erwachsen oder zumindest dadurch verstärkt worden ist.

Die Entstehung der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) war Folge eines Paradigmenwechsels von einer Ein- und Zwei-Personen- hin zu einer Mehr-Personen-Psychologie in den letzten Jahrzehnten. Darüber hinaus wurde das »medical model« mehr und mehr von einem »contextual model« abgelöst (Buchholz 2018; Wampold 2017). Dadurch wurde anerkannt, dass intrapsychische und interpersonelle Prozesse in Psychotherapien gleichermaßen berücksichtigt werden, wobei eine Aufhebung der strikten Trennung von Körper und Psyche über die Integration von Embodiment-Ansätzen zunehmend ins Blickfeld der Behandlungstechnik geriet (Leikert 2022; Lemma 2018; Scharff 2021; Schultz-Venrath 2022b). Obwohl auch schon Freud in Ansätzen in diese Richtung gedacht hatte (Freud 1923), wurde ein verkörperter intersubjektiver Zugang zur Konzeption von psychischen Prozessen durch das noch lange vorherrschende dualistische Weltbild und später auch durch die geschichtlichen Ereignisse verhindert. In den letzten Jahrzehnten hat sich schließlich auch die Psychoanalyse in Richtung einer Mehr-Personen-Psychologie entwickelt. Erst die relationale Wende in der Psychoanalyse (Altmeyer & Thomä 2016; Mitchell 1988) und die dialogische Wende in den Sozialwissenschaften brachten eine markante Weiterentwicklung.

KAPITEL 1

Die Macht der Worte

Es gibt kaum etwas, das den Menschen mehr Angst macht als die Erfahrung einer Psychose. Gleichzeitig gibt es kaum ein Wort, das einen psychischen Zustand zu beschreiben versucht und dabei mehr Schrecken verbreitet als der Begriff »Schizophrenie«,¹ was Behandlerinnen, die mit Psychose-Erkrankten und deren Angehörigen zu tun haben, bestens wissen. Die Vorstellungen und Fantasien, die sich im allgemeinen Sprachgebrauch um diesen Begriff ranken, werden mit Eigenschaften wie Unberechenbarkeit, Aggressivität und Gefährlichkeit assoziiert. Er habe geradezu ein Eigenleben entwickelt und sei daher besser, wenn überhaupt, mit Vorsicht zu verwenden (Katschnig 1989).

Andererseits ist gerade das sogenannte »schizophrene« Erleben prototypisch für die Erforschung des menschlichen Geistes, da es die fundamentalste Beeinträchtigung der Persönlichkeit darstellt und dabei die grundlegendsten Funktionen unseres Selbsterlebens betroffen sind, wie z.B. das Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Selbststeuerung. Gemeint sind hier die Art und Weise, wie wir uns im Zusammensein mit anderen erleben, Daniel Sterns »ways-of-being-with others« (Parnas et al. 2005; Stern 1974; Stern et al. 1998) und wie wir uns in der Welt verankert fühlen (Sass & Pienkos 2013; Sass et al. 2017; Stanghellini & Ballerini 2011).

Diese Erlebensweisen entwickeln sich im Laufe der Kindheit und des Jugendalters und werden auf allen Bereichen verallgemeinernd in unser Selbsterleben eingebaut (Hipólito et al. 2018). Menschen mit aktuellen Psychose-Erfahrungen berichten von Beeinträchtigungen in ihrem Selbsterleben, insbesondere davon, wie sich ihre verschiedenen Erfahrungsmodalitäten des Denkens, Wollens, Fühlens, usw. ausdrücken (Fuchs 2022). Eine Teilnahme am sozialen Leben wird dadurch schnell zur Überforderung. Die Vermittlung und das Verständnis mimischer

und gestischer Signale oder Intentionen von Emotionen stellen zunehmend eine Hürde dar. Verzerrte Einschätzungen, eine erhöhte Gewissheit bei gleichzeitig vorschnellem Beurteilen einer Situation, Schwierigkeiten beim Perspektivenwechsel können die Kontaktaufnahme erschweren und führen zu sozialer Isolation. In der Folge kann ein jahrelanger sozialer Ausschluss diese Beeinträchtigungen im empathischen Mitschwingen und damit im Gewährwerden des Selbst und des anderen verschlimmern.

Wie kann mit einer entsprechenden mentalisierungsfördernden Haltung und Vorgehensweise diesen Schwierigkeiten Rechnung getragen werden und so die Therapie für die Betroffenen hilfreich und von Nutzen sein? Menschen mit Psychose-Erfahrungen brauchen besonders dringend eine auf sie abgestimmte und modifizierte Psychotherapie, da die Beeinträchtigungen im Mentalisieren meist ausgeprägter und anhaltender sind als bei anderen strukturellen Erkrankungen (Lempa et al. 2016). Einbrüche im Mentalisieren gibt es bei Menschen, die die Diagnose »Schizophrenie« erhalten, allerdings nicht nur aufseiten der Betroffenen, sondern auch in deren Umfeld, wie später noch genauer ausgeführt wird.

In der Psychosen-Behandlung ist die Mentalisierungsfähigkeit sowohl der Betroffenen als der Therapeutinnen von außerordentlicher Bedeutung, da die Hürden und Hindernisse in sehr subtilen, oftmals schwer erkennbaren Bereichen der Kommunikation und Interaktion auftreten, wie etwa in einer verringerten Abstimmung und im emotionalen Mitschwingen, in abweichender Synchronizität, etwa in der Gestik, der Mimik und in der emotionalen Prosodie. Ängste und Zuschreibungen im Zusammenhang mit der Stigmatisierung von Menschen mit Psychosen beeinträchtigen das Mentalisieren also bei allen Beteiligten. Betroffenen den Einstieg in die Psychotherapie zu erleichtern und die Verweildauer in der therapeutischen Beziehung zu verlängern, ist daher bei Psychose-Erkrankungen besonders wichtig.

1.1 »Das ist doch schizophrän!« – Ein umstrittener Begriff

»Das tut weh: Schizophrenie. Das tut weh. Ich bin nicht dieses Wort« (Schmidt 2020, S.13).

Nicht selten hören wir Bemerkungen wie: »Was der macht, ist doch völlig schizophrän«, oder wir sehen bestimmte gesellschaftliche Ereignisse als »total schizophrän« an. Dies sind metaphorische Phrasen, die auf Zwiespältigkeit, Unsinnigkeit oder ein absurdes Verhalten hinweisen sollen. Der alte Terminus »Spaltungsirrsein« hat sich im Alltagssprachgebrauch im Begriff »schizophrän« gehalten, wird aber oft im Sinne einer »gespaltenen« Persönlichkeit mit Assoziationen zu den Romanfiguren Dr. Jekyll und Mr. Hyde verstanden und damit zum Gegensatzpaar von Gut und Böse. Sogar in der medialen Berichterstattung wird der Ausdruck »schizophrän« als Zuschreibung für unfassbare, gefahrenbergende Umstände gebraucht.²

Ende der 70er Jahre löste Susan Sontags Essay *Krankheit als Metapher* (Sontag 1978) eine breite Diskussion in der angelsächsischen und deutschsprachigen Öffentlichkeit aus. Sie bezog sich darauf, wie der Begriff »Krebserkrankung« zunehmend als Metapher verstanden wurde und als Erkrankung für die Unfähigkeit des Erkrankten stand, seine Gefühle auszudrücken und auszuleben. Die Metapher suggerierte, dass diese »Unfähigkeit« letztlich Ursache für eine selbst verschuldete Krankheit sei.

Mit dem Artikel »Das ist doch schizophrän! Vom Missbrauch der Schizophrenie als gesellschaftliche Metapher« hatte Asmus Finzen (1996) diese Entwicklung ähnlich kritisiert. Der Autor vermutete, dass diese metaphorische Verwendung erst die negative Konnotation bewirke und dadurch mit dem Krankheitsbild der Schizophrenie eine Persönlichkeitsspaltung assoziiert werde. »Schizophrenie ist nicht nur eine Krankheitsbezeichnung. Schizophrenie ist – wie Krebs und Aids und früher die Tuberkulose – zugleich eine Metapher. Der Begriff steht für alles Mögliche andere; und nichts davon ist gut« (Finzen 1996, S.38).

In mehreren internationalen Studien (Hoffmann-Richter et al. 1998) wurden die Auswirkungen der metaphorischen Verwendung des Begriffs »Schizophrenie« und die Rolle der Medien bei der Entstehung

und Verbreitung von Vorurteilen und der Stigmatisierung betroffener Menschen untersucht (Duckworth et al. 2003; Hoffmann-Richter et al. 2003). US-amerikanische Tageszeitungen verwendeten demnach den Begriff zu 28 % metaphorisch, deutsche gar zu 58 % und schweizerische zu 31 %. So wurde in einer der renommiertesten deutschen Zeitungen eine besonders große Kluft zwischen einer seriösen und einer abschätzigen Verwendung des Wortes »Schizophrenie« als Metapher dokumentiert (Chopra & Doody 2007).

Bis heute haben sich Vorurteile gegenüber Menschen mit Psychosen gehalten. Die Diskriminierung von Schizophrenie-Erkrankten ist immer noch weit verbreitet. Das *Kompetenznetz Schizophrenie* untersuchte die Einstellungen der Bevölkerung in sechs deutschen Großstädten (Gaebel et al. 2002) und befragte dazu 7246 Personen telefonisch: Mehr als die Hälfte der Befragten glaubte, dass Schizophrene nicht in der Lage seien, einer geregelten Arbeit nachzugehen, jeder Fünfte dachte, Schizophrene wären eine Gefahr für die Öffentlichkeit (wobei statistisch gesehen psychisch Kranke weniger häufig straffällig sind als sogenannte »Normale«). Drei Viertel der Befragten gaben an, dass sie keinen Schizophrenen heiraten würden, und knapp ein Viertel konnte sich nicht vorstellen, mit einem Schizophrenen eine Freundschaft fortzusetzen. Gar 79 % der Befragten glaubten, dass Schizophrene unter einer gespaltenen Persönlichkeit leiden, ein besonders hartnäckiges Vorurteil, wie die Umfrage des Vereins *open the doors* belegt. Die soziale Distanz ist laut der Umfrage umso größer, je weniger Kontakt die Befragten zu Erkrankten hätten, und altersabhängig, denn bei den damals über 60-Jährigen trete sie häufiger auf. Mithilfe von Antistigma-Programmen und -Initiativen wurden inzwischen durchaus nachweisbare Effekte erzielt.

20 Jahre nach dieser Umfrage werden jedoch die Erfolge von Antistigma-Initiativen durch reißerische Darstellungen in diversen Medien, wie Kinofilmen, schnell wieder getrübt. Anhand des Filmes *Joker* konnte in Neuseeland gezeigt werden, wie massiv populäre Kinofilme die öffentliche Meinung bezüglich psychisch Kranker beeinflussen (Scarf et al. 2020). Nachdem sie den Film gesehen hatten, assoziierten die Versuchspersonen in einem höheren Ausmaß Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, stellt der Film *Joker* doch

die Hauptfigur als eine psychisch kranke Person dar, die im Laufe des Filmes gewalttätig wird. Dieser Film wurde weltweit von über 100 Millionen Menschen gesehen und spielte über eine Milliarde Dollar ein. Die Autoren der Studie gingen außerdem davon aus, dass die Stigmatisierung und die Selbststigmatisierung psychisch erkrankter Menschen sogar von der Inanspruchnahme von Hilfe abhalten könnten. Die Fortsetzung *Joker 2* ist 2024 in die Kinos gekommen.

Menschen mit psychischen Erkrankungen, vor allem Menschen, die an Schizophrenie erkranken, wird in allen Ländern und in allen Kulturen immer noch ein geringerer gesellschaftlicher Wert beigemessen als Menschen ohne psychische Erkrankung. Laut einer Umfrage mit Teilnehmern aus 27 Ländern fühlen sich 50 % der Menschen mit Schizophrenie in ihrem persönlichen Umfeld diskriminiert (Rössler 2016).

Wie kommt es, dass es trotz der zahlreichen Bemühungen und Projektinitiativen kaum gelingt, der Angst und der Stigmatisierung von komplexen psychischen Erkrankungen wie der Schizophrenie ein Ende zu setzen? In diesem Sinne schrieb Katie Fisher in einem Artikel der Britischen Tageszeitung *The Independent*, als Gesellschaft müsse es uns ein Anliegen sein, die enormen Beeinträchtigungen, denen Betroffene in ihrem Alltag ausgesetzt sind, zu verstehen und der Ausgrenzung entgegenzuwirken (Fisher 2020).

Stigmatisierung und Ausgrenzung können auch als Ausdruck eines Antigruppen-Phänomens (Nitsun 1996) verstanden werden, nämlich als eine unbewusste oder auch bewusste destruktive Dynamik innerhalb der Gesellschaft gegen alle Bemühungen um gesellschaftliche Kohäsion, wenn gleichzeitig Diversität und Individualität ermöglicht werden sollen. Werden verschiedene Formen der Andersheit oder Schwäche miteinbezogen, löst dies mitunter zerstörerische Gegenbewegungen aus.

Eine angstbehaftete Stigmatisierung der Schizophrenie und die tiefgreifende Beschämung der Opfer wurden aber auch noch anders befördert. Bis in die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden nicht selten psychiatrische Gutachten erkaufte, um unliebsame Vaterschaften oder sexuellen Missbrauch zu vertuschen. Auch Frauen und Mädchen, die eine Zwangsverheiratung oder ihre »ehelichen Pflichten« verweigerten, wurden mitunter als schizophren diagnostiziert und verschwan-

den für immer in einer psychiatrischen Anstalt. Diese und ähnliche Formen der machtvollen Kontrolle über Körper und Leben von Frauen waren Praxis während des viktorianischen Zeitalters, wie z. B. im calvinistisch geprägten Illinois des 19. Jahrhunderts. In ihrer Publikation *Modern Persecution or Married Woman's Liabilities* (Moderne Verfolgung oder die Pflichten der verheirateten Frau) legte Elisabeth Packard (1874 [2018]) dies anschaulich dar. Frauen, die durch viele Geburten, körperlich schwere Arbeit und die Versorgung der vielköpfigen Familien erschöpft waren, häufig an einem prämenstruellen Syndrom (PMS) litten, gar noch masturbierten oder ihren Ehemännern schlicht zu gebildet oder zu alt waren, wurden für verrückt erklärt und weggesperrt. Packard, der dies selbst widerfuhr, gründete nach einer dreijährigen Zwangsunterbringung in einer Anstalt *The Anti-Insane Asylum Society*, eine frühe Form des Frauenhauses, nachdem ihr Sohn ihre Entlassung und Rehabilitierung durchgesetzt hatte. Margaret Atwood (*Alias Grace*), Maggie O'Farrell (*The Vanishing Act of Esme Lennox*) und Kate Moore (*The Woman They Could Not Silence: One Woman, Her Incredible Fight for Freedom, and the Men Who Tried to Make Her Disappear*) bieten in ihren literarischen Werken tiefe Einblicke in diese finsternen Zeiten und grausamen Gepflogenheiten (Atwood 1996; O'Farrell 2007; Moore 2021).

Wenn es auch im folgenden Beispiel nicht um eine Abschiebung in eine Institution ging, so zeigte die Haltung des fallschildernden Facharztes, wie Normalität und Gesundheit an der Bereitschaft gemessen wurden, sich in eine zuge dachte gesellschaftliche Rolle («ehelichen Pflichten») einzufügen. Raoul Schindler (2016) beschrieb eine Patientin mit einer psychotischen Persönlichkeitsabwandlung und einem Dissimulationsverhalten, deren absichtliches Verbergen von Krankheitszeichen dem Zweck der Aufrechterhaltung des Selbstbilds diente. Das persönliche Erleben der geschilderten Patientin und die Unentrinnbarkeit aus möglicherweise widrigen Lebensumständen sind hier nicht von Belang, während die verdinglichte Darstellung der jungen Frau heute sehr verstörend anmutet.

»Kasuistik III (Verpuppung und Wahnfixierung; passagere Vollremission):

A.H., geb. 1907, ist die jüngste von mehreren Geschwistern. Nach dem Tod der Mutter im 13. Lj. der Pat. löst sich die Familie auf, und sie kommt zur Hilfe in den Haushalt der bereits verheirateten ältesten Schwester nach Wien. Diese Schwester ist tuberkulös, wird von Pat. gepflegt und stirbt im 20. Lj. der Pat. Zwei Jahre später heiratet der Gatte der Verstorbenen, deren letztem Wunsche folgend, die Patientin. Sie ist ihm eine treue Dienerin.

Im 23. Lj. der Pat. heiratet ihr Vater neuerlich. Daraufhin setzt bei der Pat. eine Veränderung ein: Über ein depressives Vorstadium mit einigen mehr spielerisch anmutenden Selbstmordversuchen entwickelt sich ein Verwirrheitsbild von geringer Erregung, mit flüsternd vorgebrachten symbolhaften Andeutungen. Die Erregung tritt allmählich fast völlig zurück und Pat. verbleibt teilnahmslos und ablehnend zu ihrer Umwelt, sich in ihre Ideen verspinnend. Wenn man ihren bruchstückhaften Andeutungen folgt, entnimmt man daraus Vorstellungen von Geld und Besitz, sie habe sechs bis sieben Kinder, sie sei Königin. Wir möchten sagen, sie verpuppt sich in der Ideenwelt einer heimlichen Königin. Dabei versorgt sie dem Gatten Küche und Haushalt immerhin notdürftig.

Nach fünf Jahren etwa gleichbleibenden Verhaltens versucht der Gatte eine Änderung und schickt sie zu einer ihrer Schwestern nach Ungarn. Wir wissen nicht, wie sie sich dort verhielt, jedenfalls wurde sie von dieser Schwester schon nach wenigen Wochen an den Gatten zurückgeschickt.

Bei der Fahrt zum Bahnhof, um Pat. vom Zug abzuholen, erleidet der Gatte einen schweren Motorradunfall. In dieser Situation sei Pat., nach der übereinstimmenden Aussage mehrerer Familienangehöriger, plötzlich aus ihrer Verpuppung herausgetreten und völlig remittiert. Sie versorgte den Gatten umsichtig im Spital und später daheim, war kontaktfähig und initiativ, die bruchstückhafte, faselig zerfallene Denk- und Redeweise war verschwunden, auch die fantas-tischen Inhalte. Sie blieb so, etwas über die Wiederherstellung des Gatten hinaus, insgesamt etwas über zwei Monate. Dann fiel sie wieder zurück und verblieb so« (Schindler 2016, S. 153).

Zweifelsohne sind die historischen Umstände, das damalige Welt- und Frauenbild für die negativen Gefühle im Umgang mit Erkrankungen wie der Schizophrenie in Betracht zu ziehen. Auch wenn seither Jahrzehnte vergangen sind, wirkt die Dynamik solcher Ereignisse und Gepflogenheiten in der Matrix unseres sozialen Unbewussten nach. Unausgesprochen schwingen die Auswirkungen solcher Machtverhältnisse und deren Dynamik bis in die Gegenwart nach und finden ihren Niederschlag in den beklemmenden Ängsten und Auslöschungsfantasien von Betroffenen.

Unvergleichlich bleibt die menschenverachtende Destruktivität der Nationalsozialisten und ihrer Mitläufer, die im Rahmen perfider Euthanasieprogramme zur grausamen Ermordung von unzähligen Menschen mit Schizophrenie und anderen sogenannten »Erbkrankheiten« führte (Mende 2000). Wie sehr diese Vorgehensweise den Menschen noch angst- und schrecksvoll in den Knochen sitzt, zeigt sich in der transgenerationalen Sprachlosigkeit, die bis heute in Familien und der Gemeinschaft von Menschen mit Psychose-Erkrankungen auftritt. Im sozialen (gesellschaftlichen) Unbewussten spiegelt sich so die panische Angst vor einem »Verschwinden« als Auslöschungsangst wider – ein Widerhall des damals konkret Gewordenen.

Beängstigende Halluzinationen und erschreckende Wahnvorstellungen erzählen von schmerzhafter Ausgrenzung und liefern tragischerweise weiteren Anlass dafür: »Wenn ich den Leuten von meiner Erkrankung erzähle, bekommen sie Angst und gehen mir aus dem Weg oder brechen den Kontakt zu mir ab«, so klagt eine Patientin.

In dieser Abwehr von Scham und Schuldgefühlen ob dieser Geschehnisse äußert sich ein sozialpsychologisches Mentalisierungsversagen innerhalb der Gesellschaft.

1.2 Stigmatisierung als Ausdruck von Nicht-Mentalisieren in der Gesellschaft

»Ich wünsche mir einen Namen für Leute wie mich, den ich auch verwenden kann in der Öffentlichkeit. Einen Begriff der mich schützt und mich nicht verletzt, also nicht Wasser auf den Mühlen von ›Felsenmenschen‹ sein kann« (Schmidt 2020, S. 13).

Menschen mit Psychose-Erkrankungen wird dysfunktionales Mentalisieren attestiert, das jedoch auch aufseiten der Gesellschaft anzutreffen ist. Obwohl es den Begriff der »Schizophrenie« erst seit etwas über 100 Jahren gibt, beschäftigt die Angst vor dem »Verrücktsein« die Menschheit schon lange. Immer schon schloss man aus diesem Zustand auf ein Unvermögen, soziale Praktiken und kulturelles Wissen (»Common Sense« im Sinne von Gemein Sinn) zu integrieren. Die Angst vor Menschen, denen man einen vorübergehenden oder andauernden Realitätsverlust attestiert, ist groß und beeinträchtigt schon deshalb das Mentalisierungsvermögen aller Beteiligten. Stigmatisierung ist eine Projektion unerwünschter Selbst-Anteile, die nicht selten mit der schwarzen Schaf-Dynamik in Gruppen einhergeht. Wie rasch vermeintliche Gewissheiten und die epistemische Sicherheit ins Schwanken kommen können, zeigten jüngst die Anziehungskraft und rasche Ausbreitung von Verschwörungsglauben im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie von 2020 bis 2022 als gesellschaftliche Form des Realitätsverlusts.

Die Bezeichnung »Schizophrenie« wird aber in der Öffentlichkeit oft mit der Vorstellung einer gespaltenen Persönlichkeit oder einer unbehandelbaren Gehirnkrankheit in Zusammenhang gebracht. Aus diesem Grund schlagen Fachleute seit langem vor, sie durch Begriffe wie z. B. »Psychose-Spektrum-Syndrom« zu ersetzen. Japan und Südkorea haben dieser Argumentation folgend bereits einen solchen Weg eingeschlagen (van Os & Reininghaus 2016).

In Japan wurde schon 2002 der Begriff »Schizophrenie« – »Seishin-Bunretsu-Byo« (Mind-Split Disease) – abgeschafft und durch die Bezeichnung »Togo-Shitcho-Sho« (Integration Disorder) ersetzt. Der alte Begriff hat im Japanischen die Konnotation des Kriminellen und war

für die Betroffenen sehr ausgrenzend und beschämend. Studien deuten darauf hin, dass der neue Terminus die Akzeptanz von Diagnose und Behandlung verbessert hat (Takahashi et al. 2009). In Südkorea gab es ähnliche Bemühungen mit einer Umbenennung in »Attunement Disorder« im Jahr 2012 (Cho et al. 2018). Durch diskriminierungssensible Umbenennungen erhoffen sich Forscher, Kliniker und Betroffene bessere Möglichkeiten zur Inklusion, obwohl die (häufig einseitige oder tendenziöse) Verwendung des Begriffs »Schizophrenie« in den Medien weiterhin anhält. Interessant ist allerdings die Feststellung, dass die neuen Begriffe »Integration Disorder« und »Attunement Disorder« unterstreichen, wie sehr es für die Patienten um eine Frage des sozialen Einschlusses und der sozialen (und neuronalen) »Einstimmung« geht.

Schizophrenie wird meist als eine Fragmentierung des subjektiven Erlebens und als Unvermögen beschrieben, sich an bedeutsamen kulturellen und anderen intersubjektiven Lebenspraktiken zu beteiligen (Hipólito et al. 2018). All diese Umstände sprechen für den qualifizierten Einsatz von Gruppenpsychotherapien, insbesondere von mentalisierungsfördernden Gruppenpsychotherapien, die psychosoziale Herausforderungen mildern und einem gesellschaftlichen Ausschluss entgegenwirken könnten.

Klischees und Vorurteile bestimmen seit Jahrzehnten unser Bild über die Schizophrenie. Noch im Jahr 2002 galten in Österreich Bestimmungen im Zivil- und Kirchenrecht, die im Falle einer psychischen Krankheit eine Ehe für null und nichtig erklären ließen: »Will ein Schizophrenie-Patient heiraten und wird er auch nur für eine Angelegenheit besachwaltet,³ benötigt er aufgrund mangelnder Geschäftsfähigkeit die Zustimmung des Sachwalters«, äußerte Karin Gutiérrez-Lobos von der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie damals in einem Radiointerview. »Die falsche Vorstellung, dass Schizophrenie unbehandelbar und chronisch ist, spiegelt sich in diesen Maßnahmen wider.«⁴ Gutiérrez-Lobos und Trapp (2006) veröffentlichten in ihrem Bericht zur Benachteiligung von Menschen mit psychischen Krankheiten im österreichischen Rechtssystem zahlreiche Beispiele und bemühten sich in ihrer Arbeit um Entstigmatisierung und Entdiskriminierung. Gutiérrez-Lobos initiierte in der Folge die Gründung einer Plattform gegen Einsamkeit in Österreich, die schließlich mit Unterstützung des

Sozialministeriums 2021 ins Leben gerufen wurde und seither mit einer Vielzahl von Informationen und Ressourcen Einsamkeit zu lindern versucht.

Dennoch berichten immer noch viele an Schizophrenie Erkrankte, dass sie sich wie aussätzig, ausgeschlossen und entmündigt fühlen. Lange oder gar dauerhafte Arbeitslosigkeit, daraus resultierende finanzielle Schwierigkeiten und Diskriminierung bei gesundheitlichen und sozialen Leistungen drängen Menschen mit Schizophrenie immer wieder an den Rand der Gesellschaft und grenzen sie aus der Gemeinschaft aus. Stigmatisierungen, Diskriminierungen und Ausgrenzungen haben vor allem im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen eine lange Geschichte, die immer noch nicht zu Ende ist. Vielleicht trägt aber genau dieser Umstand entscheidend zu einer Verschlimmerung der Krankheit bei. Psychische Erkrankungen werden im Vergleich zu somatischen in der Gesellschaft sehr unterschiedlich wahrgenommen. Viele schizophrene Patienten berichten, dass sie Freunde und sogar Familienmitglieder verloren, ihren Arbeitsplatz aufgeben mussten und aufgrund ihrer Krankheit oft in sozialer Isolation leben. Soziale Isolation ist Teil ihrer Symptome, aber sie wird auch durch die Gesellschaft, die sie umgibt und sie aus ihrem kommunikativen Kontext ausschließt, mitverursacht. Das Fehlen eines flächendeckenden Angebots an Psychotherapien und Gruppenpsychotherapien trifft Menschen mit Psychose-Erkrankungen wegen des Ausschlusses aus vielen anderen sozialen Kontexten und der dort stattfindenden Kommunikation besonders hart.

In der psychotherapeutischen Beziehung werden die extremen existentiellen Ängste der Patienten deutlich erlebbar, ein Umstand, der in der wissenschaftlichen Diskussion auffallend wenig Beachtung findet (Lempa et al. 2016). So wäre es dringend notwendig zu verstehen, wie und warum sich dieses Erleben in den Beziehungen manifestiert. Küchenhoff etwa hinterfragte eine rein biologisch ausgerichtete Nosologie (Krankheitslehre), da diese die Subjektivität der Kranken nicht berücksichtige und das psychotische Erleben zu einem reinen Defekt einer Hirnerkrankung mit psychischen Begleiterscheinungen abstempele. In einer sicherlich notwendigen Klassifikation müssten psychotisch erkrankte Menschen zweifelsohne als *Person* konzipiert werden,