

„Über Dissoziative Phänomene mit spezifischem Blick auf die Besessenheit“

Abschlußarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse

März 2013

Eingereicht von Mag. Werner Zelch

Eingereicht bei

Mag.a Doris Fischer-Danzinger

Dr.in Liselotte Tutsch

Angenommen am.....von.....

Angenommen am.....von.....

„Ich möchte mich vorweg bei den Leserinnen und Lesern dafür entschuldigen, daß ich den maskulinen Genus bei Pronomina und Kollektiva in dieser Arbeit verwendet habe. Dieser Umstand hat keinen das weibliche Geschlecht diskriminierenden Hintergrund und hat mit meinem verinnerlichten Sprachverständnis zu tun“.

Zusammenfassung

In dieser Arbeit gehe ich der Frage nach, wie sich Besessenheit als Phänomen erklären läßt. Es werden mehrere Disziplinen und ihre jeweilige Sicht dargestellt. Im traditionellen Verständnis von Besessenheit stoßen wir als Erklärung dafür auf die Hysterie, während wir heute dieses Zustandsbild in den Klassifikationsschemen (ICD-10, DSM-IV) unter den dissoziativen Störungen finden. Die Herausforderung besteht insbesondere darin, daß sich im Konzept der Dissoziation auch Anteile der Hysterie, der Borderlinestörung und der schweren posttraumatischen Belastungsstörung und andere überschneiden. Die differentialdiagnostischen Überlegungen führen zwangsläufig zu den Zustandsbildern der Dissoziativen Identitätsstörung und der Schizophrenie bzw. Psychose. Finden sich Symptome der Besessenheit vielfach bei Psychotikern, so doch auch bei der Dissoziativen Identitätsstörung. Während bei der Psychose die Ich-Struktur schwach ist, ist das Ich beim Störungsbild der Dissoziativen Identitätsstörung gespalten. Fokussieren wir auf exzeptionelle Bewußtseinserfahrungen transpersonaler Bereiche, so finden wir bei Besessenheitsphänomenen in anderen Kulturen deutlich weniger Krankheitswertigkeit und durchaus Behandlungszugänge, die hierorts kontroversiell diskutiert werden. Ich sehe in den exorzistischen Behandlungsversuchen – diese werden heute unter klerikalen Kreisen weiter vertreten – durchaus Ähnlichkeiten zum traumatherapeutischen Vorgehen, wenn abgespaltene Teile in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren versucht werden. Allerdings ist das dahinterstehende Verständnis bzw. Menschenbild ein sehr unterschiedliches. Ich plädiere für einen dissoziativen, insbesondere traumatherapeutischen, Ansatz. Die Ausbildung von alternierenden, autonom agierenden Persönlichkeitszuständen (oder Selbstzuständen) – in gegenständlicher Untersuchung Besessenheitsphänomene – können als dissoziierte Aspekte der Gesamtpersönlichkeit angesehen werden, die dem Individuum im Sinne einer Überlebensstrategie helfen, mit einer überwältigenden Erfahrung fertig zu werden.

Schlüsselwörter: Besessenheit, Sypmtomebene, Verständnis der verschiedenen Sichtweisen, Exorzismus, exzeptionelle Bewußtseinserfahrungen, Erweiterung des Blicks durch Interviews

Summary

In this work i follow the question as posession can be declared phenomenon. Several disciplines and their respektive view are represented. In the traditional understanding of possession we meet as an explanation for it the concept of hysteria while we put this condition picture nowadays into the classification silhouette (ICD-10, DSM IV) under the dissociativen disturbances. The challenge consists particularly that parts oft he hysteria, board line disturbance and the serious post-traumatic disturbance and others overlap in the concept of the dissociation. The differential diagnostic considerations lead inevitably to the condition pictures of the Dissoziativen identity disturbance and the schizophrenia or psychosis. Symptoms of the possession are often found at psychotics, so anyway also at the

Dissociative identity disturbance, where the self-structure segment is stronger and less fragmented. When we focus on exceptional consciousness experiences of transpersonal areas, we find possession phenomena in other cultures associated with less illness and also ways of treatment which will be discussed here controversial. I can see similarities between exorcism – this few is further presented under clerical circles – and the trauma therapeutic procedure, when split off parts will be integrated into the personality tempted. I plead for a dissociative, particularly trauma therapeutic approach. The formation of personality conditions (or self conditions) alternating, autonomously – in this paper possession phenomena – can be seen as dissociative aspects of the personality, which help the individual according to an over-life strategy to handle with overwhelming experience.

Key words: Possession, perspective of symptoms, understanding of the different positions, exorcism, exceptional consciousness experiences, expansion of the look by interviews

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung

Einleitung

- 1) EinleitungS. 6
- 2) Beschreibung des Phänomens der Besessenheit aus klinischer Perspektive.....S. 8
 - a) Diagnostische Zuordnung und Symptomatologie
 - b) Schwierigkeit der Diagnoseerfassung
 - c) Differentialdiagnostische Überlegungen – Abgrenzung der Besessenheit zu anderen Krankheitsbildern:
- 3) Zum Verständnis des Phänomens der Besessenheit aus Sicht verschiedener Disziplinen.....S. 13
 - a) Blick in die Historie insbesondere die Suche nach den Wurzeln im Hysteriekonzept
 - b) Theologie
 - c) Schamanismus, Ganzheitsmedizin und Besessenheitskulte
 - d) Psychiatrie
 - e) Psychotherapie
- 4) Psychotherapeutisch-Schulenspezifischer Blick auf das Phänomen der Besessenheit – Empirischer Teil mit Interviews.....S. 21
 - a) Methodisches Vorgehen bei den Interviews
 - b) Interviewzusammenfassung und Kommentar der Interviews
- 5) Eigene Überlegungen mit Fokus auf die Existenzanalyse.....S. 29
- 6) Bibliographie.....S. 31

1)Einleitung:

Die jahrelange Arbeit als Patientenanwalt an den diversen Psychiatrien in Wien und Niederösterreich hat mir viele Facetten der stationären Psychiatrie aufgezeigt, vor allem was unterschiedliche Störungsbilder und deren Ausprägungsgrade betrifft.

Der Umstand, daß ich in regem Austausch mit dem Betreuungsteam (vorwiegend Psychiater und Pflegekräfte) war und bei vielen Besprechungen der Patienten im engen Austausch mit den Fachkräften stand, begünstigte das Schärfen meines Blicks auf den einzelnen Patienten. Waren es zu Beginn meiner Tätigkeit mit psychiatrischen Patienten vorwiegend Unsicherheiten und Fragen, die mich beschäftigten, so wichen diese Aspekte mehr und mehr und es stellte sich doch viel Sicherheit im Umgang mit Patienten ein. Einerseits weil ich durch den Austausch mit Professionalisten auf spezifische Aspekte der Erkrankung aufmerksam gemacht wurde, sicherlich aber auch durch den im Fachspezifikum angeregten theoretischen Hintergrund, der mir im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung vermittelt wurde. Die an der Psychiatrie gängigen Krankheitsbilder waren trotz ihrer teils bizarren Ausprägung alsbald „normal“ für mich, da ich routinierter im Patientenalltag wurde.

Eine gewisse Sonderstellung unter den erlebten Krankheitsbildern in der Psychiatrie stellt für mich allerdings die „**Besessenheit**“ dar. Am spannendsten, wenn auch am Befremdlichsten, erlebte ich mit den Jahren meiner Beobachtung auf der Psychiatrie dieses Phänomen, vielleicht gerade deshalb, weil mir trotz des exacerbierenden manifesten Krankheitsgehalts, der in seiner Ausprägung oberflächlich betrachtet stark an die Psychose erinnert, die Realitätsnähe der betroffenen Personen während der Besessenheitszustände nachdrücklich in Erinnerung bleibt.

Zur besseren Illustration dieses Zustandsbilds sei an dieser Stelle eine kurze Fallvignette beschrieben:

Die Zuständigkeit meiner Person für Patientin S. in meiner Funktion als Patientenanwalt auf einem Pavillon im OWS Wien, kombiniert mit meinem Engagement führte alsbald dazu, daß die Patientin großes Vertrauen in mich zu entwickeln begann, zumal ich ihrem oft repetitiven Wehklagen geduldig zuhörte und sie als Person ernst zu nehmen versuchte. Ich war während ihres Aufenthaltes – sie war im Sinne des Unterbringungsgesetzes untergebracht und zwangseingewiesen worden - werktags fast täglich für sie da und vernahm ihren fortwährenden Wunsch keine Psychopharmaka zu wollen. In diesem Aspekt unterschied sie sich nicht wirklich von so vielen anderen Patienten mit Medikamentenincompliance. Das Außergewöhnliche an ihrem Fall war hingegen, daß sie einen Priester sprechen wollte, da sie sich von Dämonen besetzt wähnte. Die eindrucksvolle religiöse Ausgestaltung ihres Zustandsbildes auf der Station gipfelte in ausgeprägten, stundenlangen Gebeten zu Gott, das von einem Selbstfürsorgedefizit begleitet wurde. Der katholische Glauben war sehr wichtig

für sie. Zum Zeitpunkt der Einweisung in die Psychiatrie lebte die Patientin als „Nonnenanwärterin“ in einem Wiener Kloster, wo sie durch ihre „Besessenheitssymptomatik“ aufgefallen war. Es war ein Zustandsbild, das psychiatrisch insofern als selbstgefährdend eingeschätzt wurde, als sie im Klosterverbund spezifische Gefährdungsmomente bot, die trotz großer Toleranz der Geistlichen in der Gemeinschaft nicht hinnehmbar und tragbar waren. Im Zuge der Zettelvisite hatte ich Gelegenheit den Fall aus psychiatrischer Sicht exploriert zu bekommen. Der zuständige psychiatrische Facharzt diagnostizierte ein psychotisches Zustandsbild mit dissoziativen Begleitphänomenen der Besessenheit.

Der ausgeprägt „religiöse Charakter“ dieser Erkrankung bzw. dieses Phänomens – wie in dieser kurzen Fallvignette von mir darzustellen versucht worden ist – interessierte mich nicht zuletzt gerade deshalb so sehr, weil ich bei der klinischen Beobachtung gerade beschriebenen Falles immer wieder auch an meine Reisen nach Asien denken mußte, wo ich öfter die Gelegenheit hatte, Menschen zu beobachten, deren religiöse Verbundenheit sich in Verhaltensweisen äußerte, die auch geradezu „besessen“ anmuteten, ohne jedoch bei der dortigen Bevölkerung besondere Beachtung zu finden, geschweige denn als krank zu gelten, zumal sie Gegenstand der üblichen kulturellen Praktiken waren.

2007 hatte ich die Gelegenheit dem Kongreß „Religion in Psychiatrie und Psychotherapie“ beizuwohnen, wo das Thema Besessenheit von Fachleuten referiert wurde. In einem Vortrag versuchten Vertreter des Klerus darzulegen, daß exorzistische Praktiken auch heute noch Anwendung erfahren und Berechtigung besitzen, während die Vertreter der Psy-Berufe (Psychiater) hinter der Besessenheit psychotische Zustandsbilder zu identifizieren glaubten. Das Medienecho war groß, zumal die Art und Weise beider Vorträge zur Polarisierung beigetragen haben dürften.

Der am Kongreß erlebte maximale Dissens der Disziplinen motivierte mich schließlich dem Phänomen der Besessenheit nähere Aufmerksamkeit zu schenken. Daher war es nötig eine **Zusammenschau verschiedener Sichtweisen im historischen Kontext auf das Phänomen Besessenheit** zu unternehmen. Einerseits versuchte ich daraufhin im Rahmen der Abschlußarbeit meines Fachspezifikums einen Überblick der verschiedenen Ebenen herauszuarbeiten, auf denen das Thema diskutiert wird, andererseits war es mir ein besonderes Anliegen gerade aus dem psychotherapeutischen Selbstverständnis heraus spezifische Überlegungen anzustellen, wie es zur Ausprägung dieser Phänomene kommt. Diese Frage kann hier nur theoretisch erörtert werden, wenn auch Vertreter dreier psychotherapeutischer Schulen mir in Interviews ihre empirischen Beobachtungen zur Verfügung stellten, die zur Explorierung des Phänomens der Besessenheit hinführen und einen Tiefenblick sowohl auf strukturelle als auch psychodynamische Aspekte generieren sollten. Ein wirklich existenzanalytischer Zugang zum Phänomen der Besessenheit ist per se nicht möglich, da die praktische Erfahrung im Umgang mit diesem Phänomen nicht bzw. nur sehr wenig vorhanden ist. Vielmehr kann in dieser Arbeit der existenzanalytische Fokus nur

auf der Herausarbeitung einer **existenzanalytischen Haltung diesem Phänomen gegenüber** liegen.

2) Beschreibung des Phänomens der Besessenheit aus klinischer Perspektive:

2 a) Diagnostische Zuordnung und Symptomatologie:

Der Leser, der sich mit dem Thema dieser Arbeit nicht so eingehend beschäftigt hat, soll mit diesem Kapitel einen ersten Eindruck bekommen, wie die „Besessenheit“ klinisch-diagnostisch einzuordnen ist. Dabei muß kritisch angemerkt werden, daß mit der Beschreibung des Phänomens schon eine Interpretation einhergeht. In gewisser Weise nehmen wir durch unsere diagnostische Erfassung schon einen gewissen Blick auf das Phänomen vorweg. In der westlichen Hemisphäre und unter dem Blickwinkel der Krankheitswertigkeit der **Besessenheit** verstehen wir (**ICD-10**) darunter wie folgt: *„Störungen, bei denen ein zeitweiliger Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung auftritt; in einigen Fällen verhält sich ein Mensch so, als ob er von einer anderen Persönlichkeit, einem Geist, einer Gottheit oder einer Kraft beherrscht wird. Aufmerksamkeit und Bewußtsein können auf nur ein oder zwei Aspekte der unmittelbaren Umgebung begrenzt und konzentriert sein, und häufig findet sich eine eingeschränkte, aber wiederholte Folge von Bewegungen, Stellungen und Äußerungen. Hier sollen nur Trancezustände einbezogen werden, die unfreiwillig oder ungewollt sind, und sich innerhalb täglicher Aktivitäten abspielen, die also außerhalb religiöser oder anderer in diesem Sinn kulturell akzeptierter Situationen auftreten oder höchstens im Anschluß an diese“* (Dilling und Freyberger, 2011, S. 178).

Bevor wir uns im künftigen Text nur noch mit Besessenheit – im ICD-10 wird unter F 44.3 nicht zwischen Trance und Besessenheit differenziert – beschäftigen, möchte ich dennoch nur kurz Henn und Hoffmann (2004) anführen, die die Trancezustände explizit beschrieben haben: *Trance ist ein hypnoid veränderter Bewußtseinszustand, bei dem der Verlust der gewohnten Identität nicht mit der Annahme oder dem Auftauchen einer anderen Identität verbunden ist. Trance geht mit einer Wahrnehmungseinengung und selektiven Fokussierung auf die Umgebung und deren unmittelbare Reize einher. Handlungsweisen während des Trancezustandes wie konvulsive Zuckungen, Laufen, Fallen etc. sind meist einfach strukturiert und elementar und werden von der Person als außerhalb der eigenen Kontrolle erlebt. Hypnose, psychogene Dämmerzustände oder Ekstase können unter den Trance-Begriff fallen. Es findet sich meist keine vollständige Amnesie“* (S. 162).

Im **DSM-IV** findet man die „Besessenheitszustände“ unter **Ziffer 300.15 (nicht näher bezeichnete dissoziative Störung)**. Diese Kategorie ist für Störungen gedacht, bei denen das vorherrschende Merkmal ein dissoziatives Symptom ist, das nicht die Kriterien für irgendeine spezifische dissoziative Störung erfüllt. Beispiel ist u.a. die Dissoziative Trance-Störung, mit einzelnen oder wiederkehrenden Störungen des Bewußtseins, der Identität oder des

Gedächtnisses. Die Besessenheitstrance beinhaltet das Ersetzen der normalen Erfahrung persönlicher Identität durch eine neue Identität, die auf den Einfluß eines Geistes, einer Macht, einer Gottheit oder einer anderen Person zurückgeführt wird und mit stereotypen, unwillkürlichen Bewegungen oder Amnesien verbunden ist. Nach der DSM-IV Diagnostik werden **Personen mit Besessenheitssymptomen** zumeist als **DDNOS (Dissociative Disorder Not Otherwise Specified)** klassifiziert (Henn und Hoffmann, 2004).

Im DSM-IV werden zum Störungsbild der Besessenheitszustände noch „zugehörige Merkmale“ angeführt, die phänomenologisch eine weitere Differenzierung ermöglichen. Das vermutete Agens der Besessenheit sei üblicherweise spiritueller Natur (z.B. Totengeister, übernatürliche Wesen, Götter, Dämonen) und werde häufig als fordernd oder feindlich erlebt. Betroffene mit einer pathologischen Besessenheits-Trance erleben typischerweise eine begrenzte Anzahl an Agentien (eine bis fünf), die sich nacheinander, nicht gleichzeitig ausdrücken.

Über die **Dissoziativen Störungen** allgemein äußern sich die Autoren dahingehend, daß die Zustandsbilder in zeitlicher Verbindung mit traumatischen Ereignissen, unlösbaren oder unverträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen gesehen werden. Schenkt man den äthiopathogenetischen Überlegungen von Henn und Hoffmann (2004) Aufmerksamkeit, so können in den meisten Trance- und Besessenheitsfällen stark kulturell geprägte Zustandsbilder angenommen werden, die kaum Krankheitswert erlangen (siehe ausführlichere Überlegungen in Kapitel 3b).

2 b) Schwierigkeit der Diagnoseerfassung:

Es wird in Fachkreisen darauf hingewiesen, daß das jeweilige Forschungs- und Wissenschaftsparadigma einer Zeit die entsprechenden Diagnosen hervorbringt und die Krankheitsbegriffe aufgrund diskriminierender Zuschreibungen historischen Wandlungen unterzogen sind. So hat Frankl bereits 1982 auf die Stigmatisierung durch die Krankheitsbezeichnung Hysterie hingewiesen (Anmerkung in Winkelhofer, 2002: anstelle der Hysterie finden wir heute die histrionischen Störungen).

Selbst wenn wir im Besessenheitsphänomen auf westliche Diagnosekriterien (siehe Kapitel 2a) fokussieren und Aspekte kultureller Riten, die später in Kapitel 3b näher herausgearbeitet werden – wo Besessenheit per se nicht als krankheitswertig gilt – ausklammern, fällt es schwer eine einheitliche Zuordenbarkeit zu einer Störungsgruppe zu finden. Das mag einerseits am geschichtlichen Hintergrund liegen – im damaligen Krankheitsverständnis galt die **Hysterie als Erklärung für Besessenheitsphänomene** – hat aber sicherlich auch mit dem Umstand zu tun, daß wir die Herausforderung annehmen müssen, daß sich im Konzept der Dissoziation (zu dieser Kategorie gehören mit F 44.3 die Trance- und Besessenheitsphänomene) auch Anteile der Hysterie, der Borderlinestörung, der schweren

posttraumatischen Belastungsstörung und weitere überschneiden (Henn und Hoffmann, 2004).

Castillo hat 1994 auf die Schwierigkeit bei der Erfassung des klinischen Begriffs der Besessenheit hingewiesen und verweist darauf, daß sich bei sämtlichen psychischen Krankheitsbildern ICH-Zustände („ego states“) mit personalen Aspekten manifestieren, wie etwa bei Borderline-Patienten. Auch sei die Abgrenzung von echten wahnhaften Formen oder bizarren Glaubensvorstellungen über sich selbst nicht immer einfach, wie etwa bei der schizotypen Störung.

2 c) Differentialdiagnostische Überlegungen – Abgrenzung der Besessenheit zu anderen Krankheitsbildern:

In meinen folgenden Ausführungen in diesem Kapitel möchte ich vorwiegend Aspekte zweier Krankheitsbilder – Dissoziative Identitätsstörung und Schizophrenie bzw. Psychose – herausarbeiten, auch wenn der kritische Leser durchaus einwenden mag, daß sich auch bei anderen Krankheitsbildern (z.B. Zwang) Aspekte der Besessenheit bzw. abbilden. Die Dissoziative Identitätsstörung und die Schizophrenie bzw. Psychose finde ich insofern an dieser Stelle besonders hervorhebenswert, da diese Zustandsbilder ausführlicher in bezug auf Besessenheit beschrieben sind.

Dissoziative Identitätsstörung in Abgrenzung zu Besessenheitsphänomenen:

Die größte Ähnlichkeit in den Phänomenen bei Trance und Besessenheit zeigt sich zum klinischen Bild **der dissoziativen Identitätsstörung (DIS)**, und da vorwiegend hinsichtlich des Aspekts des Überganges in die „Besessenheit“. Vor allem die Monographie der beiden Psychiater Corbett H. Thigpen und Hervey M. Cleckley in den 50er Jahren gibt Hinweise darauf, daß sich die untersuchten Personen – sie befaßten sich in ihrer Studie mit Personen mit multiplen Persönlichkeitsstörungen (heute Dissoziative Identitätsstörung) – besonders im **Prozeß der totalen Umwandlung** veränderten. Dies war vor allem in bezug auf den Gesichtsausdruck, Muskeltonus, Stimme, Haltung, Bewegung und Einstellung. Bei beiden (Multiplen Persönlichkeitsstörungen und Besessenen) verändert sich der Körper unter besonderen Umständen – bei der Multiplen Persönlichkeitsstörung, wenn eine andere Persönlichkeit Besitz von ihnen ergreift, bei den Teilnehmern einer entsprechenden religiösen Zeremonie im Zustand der Besessenheit (Goodman, 1991). Demnach unterscheiden sich beide Störungsbilder vorwiegend an der rituellen Kontrollierbarkeit.

Auch Castillo (1994) weist auf die ähnliche Ätiologie zwischen Dissoziativer Identitätsstörung und Trance und Besessenheit hin. So plädiert er für eine stärkere Fokussierung auf das **Dissoziationsparadigma**, zumal sich die Geisterbesessenheit in Südostasien und die Multiple

Persönlichkeitsstörung in Nordamerika durch spontane Trancereaktionen auf extreme Situationen in der Umgebung, insbesondere Kindesmißbrauch zurückführen lassen.

Trotz Ähnlichkeit diese beiden Störungsbilder scheint die Persönlichkeit bzw. **Identität** der von Trance und Besessenheit betroffenen Personen meist **nicht fragmentiert oder gestört** zu sein. Während sich bei Personen mit dissoziativen Identitätsstörungen in wissenschaftlichen Untersuchungen von Putnam eindeutige Belege finden, daß die „verschiedenen Persönlichkeiten“ ein eigenes charakteristisches Muster von EEG-Ableitungen aufweisen, das sich signifikant von den anderen unterscheidet, fehlen diesbezügliche Untersuchungen bzw. Anwendungen von Tests an Personen, die von Geistern besessen sind (Goodman, 1991). Beide Erkrankungen (DIS und NNBDs, Typ 1) weisen eine sehr ähnliche Phänomenologie auf und können im Krankheitsverlauf ineinander übergehen (Kluft 1985a, in Henn und Hoffmann, 2004).

Aufgrund der phänomenologisch ähnlichen Ausgestaltung der Besessenheit (im DSM-IV diagnostisch unter NNBDs, Typ 1, erfaßt) zur DIS möchte ich auf **neuere empirische Forschungsergebnisse** (Gleaves 1996, Kluft 1985b, Putnam 1989, Spiegel 1984) hinweisen, daß schwere kindliche Traumatisierungen und Vernachlässigungen bei der Entstehung der Krankheitsbilder eine entscheidende Rolle spielen dürften. Demnach handelt es sich bei dieser Störungsgruppe um komplexe posttraumatische Störungsbilder, die durch überwältigende traumatische Erfahrungen während der Kindheit geprägt wurden, häufig in Form von sexuellem Mißbrauch. Die Ausbildung von alternierenden, autonom agierenden Persönlichkeitszuständen (oder Selbstzuständen) als dissoziierte Aspekte der Gesamtpersönlichkeit wird als Überlebensstrategie angesehen, die dem Individuum hilft, mit den überwältigenden Erfahrungen fertig zu werden (Henn und Hoffmann, 2004).

Schizophrenie und Psychose in Abgrenzung zur Besessenheit:

Wie schwierig die differentialdiagnostische Abgrenzung des Besessenheitsphänomens vom klinischen Bild der Schizophrenie und den wahnhaften, psychotischen Zustandsbildern ist, belegt recht eindrücklich der Fall der Annelise Michel, die Ende der 70er Jahre insofern berühmt wurde, als sich auch die Rechtsmedizin mit ihr befaßte. Die 23jährige Studentin aus Deutschland mit höchstgradiger anorektischer Symptomatik wurde über Monate von zwei Exorzisten behandelt. Während Goodman (1981) in ihrer Erörterung der Causa Laboranalysen anführt, die eindeutig beweisen, daß bei Anneliese Michel durch das Exorzismus-Ritual ein Zustand ritueller Trance ausgelöst wurde und damit eine gewisse Kontrolle über ihr Leiden gegeben war, traf der Rechtsmedizinische Gutachter eine ganz andere Einschätzung. So lautete die medizinische Diagnose der „Besessenheit“ zusammengefaßt „paranoid-halluzinatorische Psychose bei Epilepsie auf dem Hintergrund besonderer psychosozialer Faktoren, wobei eine psychogene Identifizierung krankhafter Art mit der Rolle einer Besessenen gegeben war“ (Schulz, 1979, in Henn und Hoffmann, 2004).

Sind wir in der Abgrenzung zum Störungsbild der Multiplen Identitätsstörung von einem bei Patienten mit Besessenheitsphänomenen intaktem Identitätsbewußtsein ausgegangen, so muß in bezug auf die schizophrenen Ausformungen von einer zentralen Störung, einer **Fragmentierung der Wirklichkeit in unverbundene Einzelteile**, und dem Verlust des Zusammenhanges und dem Verlust des Zusammenhalts ausgegangen werden, wie Längle (1994, 1996 in Tutsch, 1996) ausführt. Bereits Frankl hat in seinen Überlegungen über die schizophrenen Ausprägungen auf die nicht ausreichend zur Verfügung bzw. mangelhaft entwickelten ICH-Funktionen hingewiesen, die für das Zustandekommen eines psychotischen Geschehens verantwortlich wären. In diesem Sinne wäre u.a. die Realitätswahrnehmung und -prüfung gestört (in Tutsch, 1996).

Nähere Überlegungen zur psychotischen Erklärung des Besessenheitsphänomens werde ich in Kapitel 3d anstellen.

3) Zum Verständnis des Phänomens der Besessenheit aus Sicht verschiedener Disziplinen:

3 a) Blick in die Historie insbesondere die Suche nach den Wurzeln im Hysteriekonzept:

Wenden wir uns den Trance- und Besessenheitsphänomenen, wie sie überliefert sind, zu, so können wir laut Goodman (1991) auf schriftliche Aufzeichnungen in Europa und im Nahen Osten zurückgreifen, die über 2000 Jahre alt sind. Wie wir bereits theoretisch festgestellt haben, daß sich im Sinne der gesellschaftlich-religiösen Vorstellungen mit der Zeit das Verständnis für Krankheiten verändert hat, so möchte ich nun einen Blick in die Historie unternehmen und dabei versuchen mich auf die „**hysterischen**“ **Spuren** der Besessenheit zu begeben, zumal auch im ICD-10 davon zu lesen ist, daß mit dem Begriff der Trance und Besessenheit früher verschiedene Formen der Konversionsneurose oder Hysterie klassifiziert wurden. Hat bereits Cecile Ernst in einer Analyse der Exorzistenprotokolle aus dem 16. und 17. Jahrhundert – diese muten ihrer Ausführlichkeit halber wie erste psychiatrische Krankengeschichten an – in den häufigsten Fällen der beschriebenen Krankenverläufe histrionische Persönlichkeitsstrukturen vermutet, so finden sich bei näherer Betrachtung viele weitere geschichtliche Überlieferungen von Besessenheit, die im damaligen Krankheitsverständnis mit Hysterie konnotiert waren. So entfachte die im 14. Jahrhundert Europa heimsuchende Pest einerseits den Hexenglauben, andererseits entwickelte sich auch der Besessenheitswahn zu einer psychischen Epidemie, die nach Hinterhuber (2007) alle Anzeichen einer Massenpsychose aufweist. Winkle (2000) berichtet von wiederholten schweren Tanzwutepidemien im 14. und 15. Jahrhundert, durch die man sich in einen welt- und lebensentrückten Seelenzustand des „Außersichseins“ emporschwingen konnte, in dem sich das Ich auflöste und Beziehungen zur Unendlichkeit gewann. Er hat besonders auf den bei Hysterikern in vergangenen Zeiten feststellbaren Massensuggestionseffekt und Nachahmungstrieb hingewiesen. Er schreibt demnach, daß Nervenkrankheiten, die mit motorischer Unruhe verbunden sind, seit jeher die Tendenz hatten in einer psychisch erregten Atmosphäre ansteckend zu wirken. Wenn im Mittelalter die Hysterie als Ausdruck der Besessenheit durch den Teufel galt, wie ich im nächstfolgenden Kapitel über den theologischen Zugang zur Besessenheit noch ausführlicher darstellen werde, so kam es im Verlauf der Medizingeschichte – insbesondere durch das veränderte Medizinverständnis im 18. und 19. Jahrhundert – zu einem neuerlichen Bedeutungswandel.

- 1859: Paul Briquet führte die Hysterie auf eine Übererregbarkeit bestimmter Hirnanteile zurück. Er beschreibt, wie Tutsch (2009) ausführt, nicht erklärbare, oft chronisch körperliche Beschwerden und bestimmte psychische Störungen im Briquet Syndrom. Das Briquet Syndrom findet sich wieder in der Somatisierungsstörung im ICD-10.
- 1877 beschreibt Charcot (1825 – 1893) die Hysterie als somatische Erkrankung, die aber durch emotionale Ursachen entstanden ist. Er stellt 1887 die protokollarisch

festgehaltenen Symptome sogenannter Besessener jenen gegenüber, die an einer „grande hystérie“ litten.

- Janet ging ebenso wie Freud von der Bedeutung nicht bewußter psychischer Vorgänge für die Entstehung hysterischer Symptome aus, verstand diese nicht bewußten Prozesse jedoch nicht dynamisch – Unbewußtes als Resultat von Verdrängung -, sondern im Sinne seelischer Automatismen, die in der Folge von Traumatisierung abgespalten wurden. Cardena (1994, in Henn und Hoffmann, 2004) führt aus, daß Janet den Begriff „Dissoziation“ beschreibend für „nichtintegrierte Erfahrung“ benutzte.
- Mit den „Studien über Hysterie“, die Freud 1895 veröffentlichte und zusammen mit Josef Breuer unternahm, kann der Beginn der Psychoanalyse festgemacht werden. Freud führte neben dem Begriff der Dissoziation, der Abspaltung, den der Konversion als ein wesentliches Merkmal der Hysterie ein.

3 b) Theologie:

Wenn im Mittelalter die Hysterie als Ausdruck der Besessenheit durch den Teufel galt und Lewis (2005) davon spricht, daß die bewirkende Ursache der Krankheit – oder mancher Krankheit – außer dem Menschen auch ein anderes erschaffenes Wesen sein könnte und sogleich auf die heilige Schrift verweist, wo der Satan im Zusammenhang mit Krankheit genannt wird, so ist das keineswegs eine Einzelmeinung, sondern spiegelt lediglich ein Festhalten katholischer Fundamentalisten an theologischen Auslegungen zur Besessenheit wieder. Gabriele Amorth – seines Zeichens Hauptexorzist der Diözese Rom – spricht von 4 möglichen Ursachen der Besessenheit, von denen die ersten beiden unverschuldet sind (Medical Tribute, 2007):

- göttliche Zulassung (so wie auch Gott eine Krankheit zulassen kann)
- Verwünschung, die ein anderer über jemanden ausgesprochen hat
- Umgang mit gefährlichen Personen (z.B. Zauberer, Kartenleger, Hexen, Okkultisten, Satanisten) oder Aufsuchen gefährlicher Orte.
- schwere und vielfache Sünden

Wenden wir uns der heiligen Schrift zu, so können wir feststellen, daß sowohl im Alten als auch im Neuen Testament Besessenheitsphänomene beschrieben sind. Hinterhuber (2006) hat in seinen ausführlichen Studien über Besessenheit folgende Inhalte rezensiert:

Im Alten Testament tritt der Teufel als Gottes Gegenspieler und Herrscher über das Dämonenvolk auf. Im Neuen Testament findet Hinterhuber Dämonen primär als Schadens-

und Krankheitsgeister und es finden sich zahlreiche Teufelsaustreibungen durch Jesus. Er analysiert aufgrund seines psychiatrischen Hintergrundverständnisses die Berichte der Evangelien über beschriebene Heilungen und kommt zu folgenden Diagnosen:

- Diagnose Epilepsie (Neues Testament: Mt 17.15, Mk 9.13, Lk 9.37)
- Diagnose Stummheit (Neues Testament: Mt 9.32, Lk 11.14)
- Diagnose Blindheit und Stummheit (Neues Testament: Mt 12.22)
- Diagnose Gicht (Neues Testament: Lk 13.15)
- Diagnose Schizophrenie (Neues Testament: Mt 8.28, Mk 5.1, Lk 8.26)

Hinterhuber verweist auf Bultmann (1961, in Hinterhuber, 2006), der die Austreibungen von Dämonen durch Christus und in Christi Namen eindeutig mit der blühenden hellenistischen und spätjüdischen Tradition der Besessenheitsheilung in Verbindung sieht. Dennoch hält die Lehre der katholischen Kirche am Exorzismusritual fest.

Die Kulturanthropologin Goodman (1991) definiert den Exorzismus als Möglichkeit der Behandlung bei extremen psychologischen und physiologischen Störungen die in schweren Fällen von lebensbedrohlichen Depressionen, Appetitverlust und Tobsucht begleitet sind. Der „ritus exorizandi obsessos a daemonio“ als Teil des Rituale Romanum (Tit. XI, Kap. 1-3, Ecclesia catholica, 1999, in Hinterhuber, 2006) entstand 1614 und wird bis in die jüngste Vergangenheit angewandt. Demnach ist der Exorzismus ein Sakrament, das in der kleinen Version bei der Taufe zur Anwendung kommt, währenddessen in Fällen von Besessenheit der große Exorzismus gebeten wird, nachdem dafür ein Priester die ausdrückliche Erlaubnis des zuständigen Bischofs erhalten hat. Bei näherer Beschäftigung mit dem Ritual des großen Exorzismus fällt auf, daß betroffene Personen vor einem solchen Gebet auf genau festgelegte Konstellation der Symptome hin überprüft wurden, ob der Dämon vom Körper des Opfers Besitz ergriffen hat, was sich nach Goodman (1991) unter anderem an heftiger Abscheu vor allem Heiligen zeigt. Die neurophysiologischen und psychologischen Zeichen sind in der Literatur angeführt, die für eine dämonische Besessenheit sprechen.

Meines Wissens die aufschlußreichste Kasuistik ist von Prokop (1974, in Henn und Hoffman 2004) beschrieben, wo ein Gutachter (psychopathologisch Geschulter) und ein kirchlich autorisierter Priester eine betroffene Person begleitet haben. In der Befundung wird ein Hysteroepileptisches Zustandsbild beschrieben. In der Beurteilung von Henn und Hoffmann (2004) schienen einige Hinweise für das Vorliegen einer dissoziativen Identitätsstörung zu sprechen.

3 c) Schamanismus, Ganzheitsmedizin und Besessenheitskulte:

Wie bestimmte geistige, naturwissenschaftlich nicht meßbare Phänomene aus dem Wissenschaftsverständnis von heute ausgeblendet werden, zeigt sich nicht zuletzt an der Tatsache, daß moderne Diagnoseverfahren einen enormen Bedeutungsgewinn erlangen, obwohl wir dadurch – wie König (2009) nachweist – Gefahr laufen den Körper von der menschlichen Dimensionen Geist und Seele zu trennen. Die rationalistischen Philosophien als Grundlage der modernen Naturwissenschaft haben in ihrer dualistischen Denkweise die Krankheiten der Seele von der Körpermedizin abgespalten.

Wenn wir hingegen die medizinischen Methoden jener **Volksgruppen** studieren, die die **ältesten Lebensformen** bis in die Gegenwart beibehalten haben, kommen wir nicht vorbei an der Medizin der Medizinmänner, Zauberer, Schamanen und Bruchos mit ihren divinitorischen Fähigkeiten, wie Resch und Guttman 1994 herausgearbeitet haben. War ein Patient im ganzen Wesen von einer Krankheit erfaßt, so wurde diese als „Besetzung“ eines Teiles der Seelenkräfte des Menschen durch äußere, dem Menschen selbst fremde Kräfte, wie Dämonen, erachtet oder die Ursache der Erkrankung als Fehlen eines Teiles der Seele des Betroffenen verstanden. Demnach mußte ein mit der Ganzheit des Menschen vertrauter und über die entsprechenden Kräfte verfügender Heiler eingreifen, um die ursprüngliche Einheit wieder herzustellen. Charakteristisch für diese Methode war die Betrachtung des Patienten als Ganzes in seiner religiösen, seelischen und körperlichen, persönlichen und sozialen Dimension. In der Krankheitsbetrachtung der Ganzheitsmedizin (König, 2009), wie bei gerade beschriebenen traditionellen Lebensformen, geht es nicht nur um die Benennung dieser Zustände, also einer Diagnose, und in der weiteren Folge um die Behebung dieser Störung, also die Therapie, sondern es geht in erster Linie um den Menschen, der diese Veränderung oder diese Disharmonie, die wir Krankheit nennen, aushalten und schließlich auch annehmen und in sein weiteres Leben integrieren muß. Genauso aber geht es nicht nur um Krankheit, sondern auch – folgen wir den Ausführungen Bergers (1969) – um das Bedürfnis nach Transzendenz, das Überschreiten bzw. Heraustreten aus der Alltagswelt, wie wir aus Besessenheitskulten in vielen Kulturen überliefert sehen, die in diesen **Zustandsbildern keinen Krankheitswert** festmachen. In jenen Kulturen braucht es vor allem das religiöse Verständnis bzw. die religiöse Dimension des Behandlers. Dieser läßt, wie Goodman 1991 in ihren anthropologischen Studien beschrieben hat, ein Wesen der anderen Realität, das selbst keinen Körper besitzt, ein, für die Dauer des Rituals in seinen Körper einzuziehen und ihn nach Gutdünken zu benutzen. Der Zugang zu der/einer anderen Wirklichkeit des Unsichtbaren, der Umgang mit den Geistern, Göttern und Dämonen basiert – das hat Goodman herausgearbeitet - auf der Fähigkeit des menschlichen Körpers, seine Funktionen dahingehend zu verändern, daß der Geist bzw. das Bewußtsein sich ebenfalls verändert. Aus diversen Kulturen werden ähnliche wie gerade beschriebene Zustände der Besessenheitstrance beschrieben, wo kein Krankheitswert auszumachen ist.

Laut Henn und Hoffmann (2004) ist dieser Bewußtseinszustand durch eine episodische Veränderung gekennzeichnet, während dessen eine oder nacheinander mehrere Identitäten durch „Geister“ an die Stelle der gewohnten Identität treten. Die Geister bedienen sich dabei eines Mediums, das eine partielle oder vollständige Amnesie aufweist, um durch es sprechen und handeln zu können. Die Gegenwart der Geister wird wegen ihres Wissens, ihrer Kraft etc. von der sozialen Gemeinschaft als erwünscht angesehen. Die Kulthandlungen dienen oft zur Einstellung von Veränderungen (Beschwörungen) oder werden zur Heilung Kranker eingesetzt.

3 d) Psychiatrie:

- Hinterhuber, – Vertreter der klassischen Psychiatrie – Vortragender auf dem Kongreß 2007 „Religiosität in Psychiatrie und Psychotherapie“ fand in seiner Analyse von Exorzistenprotokollen in 10 bis 20 % der Fälle Schizophrenien.
- Vollmoeller (1994) postulierte den Ansatz der „mediumistischen Psychose“, einer psychischen Störung infolge okkulten Erlebnis- und Verhaltensweisen oder spiritistischen Einflüssen auf psychiatrische Patienten.
- Bender (1959) sah dagegen in der „mediumistischen Psychose“ – zurückgreifend auf Gruhles Unterscheidung von schizophrenen und hysterischen Ich-Störungen – ein typisches psychogenes Zustandsbild, das als „hysterische Ich-Störung“ insbesondere durch Ich-Schwäche, Desintegration (Dissoziation) der Persönlichkeit und Bildung autonomer Komplexe der Psyche (Geister, Halluzinationen etc.) gekennzeichnet erscheint (Henn und Hoffer, 2004).
- Scharfetter (1999) geht beim Schizophrenen Syndrom von einer Desintegration des ICH-Bewußtseins aus, das sich auf verschiedenen Dimensionen abbildet.

In Hinblick auf Besessenheitsphänomene möchte ich vorwiegend auf die Störungen der **Ich-Identität** und der **Ich-Aktivität** eingehen. Scharfetter erklärt besessen anmutende Zustandsbilder psychotisch.

Zur **Störung der Ich-Identität** schrieb Scharfetter, daß ein „überwältigendes Schuld erleben zu einer so negativen Selbstbewertung führen kann, daß der Kranke sich für den bösen Geist, den Teufel selbst hält. Ist dieses Negative vom Ich-Bewußtsein ausgegliedert (desegoifiziert), so erlebt sich der Kranke als vom Teufel besessen“ (S. 88). Die **Störung der Ich-Aktivität** bildet sich nach Scharfetter bei Betroffenen dahingehend ab, daß die Ich-Aktivität verloren ginge oder schwer herabgesetzt sei. So würde das Eigene als von Fremden überwältigt, gesteuert, manipuliert erfahren. Der eigenen Ohnmacht entspreche die Übermacht der anderen. Die Thematisierung dieser Erfahrung sei dann der Fremdbeeinflussungswahn. Auch als Besessenheitswahn könne sich das

austragen: in der Überzeugung, von fremden Mächten (meist von bösen Mächten, der desegoifizierten eigenen Aggressivität) besessen zu sein.

Wenn es nach Scharfetter gut gelingt **Besessenheitsphänomene psychotisch zu erklären**, so warnt er gleichzeitig von einem psychiatrischen „symptom-hunting“ (Perry, 1974, in Scharfetter, 1999), das in Gefahr ist, exzeptionelle Bewußtseinserfahrungen transpersonaler Bereiche, die der westlichen Zivilisation nicht (mehr) vertraut sind, vorzeitig zu pathologisieren, mystische wie auch schamanische Erfahrungen (z.B. Silverman 1967) anderer Wirklichkeiten als krankhaft abzutun. Im eigentlichen Sinne wäre die **Schizophrenie eine spirituelle Krise**. Die desintegrative Krise des Ich-Bewußtseins, die nach Scharfetter als Schizophrenie bezeichnet wird, drückt sich oft in weltbewegenden Themen wie z.B. Gut und Böse, Tod und Wiedergeburt, Weltuntergang und Welterschöpfung, Schöpfer und Geschöpf, Sender und Gesandter, Schuld und Sühne, Krankheit und Heilung, Ausgesetztheit und Aufgehobensein, Getrenntsein und Einssein aus, die alle religiöse Grundthemen der Menschheit wären. Diese könnten akut herein brechen und mit dem Abklingen der Krise wieder zurücktreten. Dabei zeige die psychotische und die religiöse Krise durchaus Analogien der Thematik und des äußeren Verhaltens, was aus Sicht Scharfetters zum Wesen der existentiellen Krise gehört. Der wesentliche Punkt – und insbesondere für das Krankheitsverständnis von gesund/krank bzw. behandlungsbedürftig – ist nach Scharfetters Überlegungen, daß der mystisch-spirituelle Weg des **Nicht-Psychotikers ohne die schwere Desintegration des ICH-Bewußtseins** erfolgt. Es werde von der Persönlichkeit und ihrem kulturellen Hintergrund bestimmt, ob der Austritt in andere und in welche Bewußtseinsbereiche gelingt und wie die Rückkehr und der integrative Einbau der Erfahrung in das Alltagsbewußtsein geleistet werden kann.

3 e) Psychotherapie:

Dem früheren Verständnis nach wäre man dem Besessenheitsmodus im Krankheitsbild der hysterischen Neurose begegnet. Statt dieser Diagnose unterscheiden wir heute üblicherweise dissoziative Reaktionen, Konversionsstörungen und die histrionische Persönlichkeitsstörung (Längle, 2002).

Die Grundüberlegung in Zusammenhang mit Besessenheit und Hysterie – und diese findet man in den meisten psychotherapeutischen Schulen bis hin zu den modernen traumatherapeutischen Ansätzen – ist, daß sich hinter der hysterischen Erkrankung ein psychisches Trauma verberge. Schon Freud ¹ der nicht unwesentlich von Charcot – dieser

1 [®] Freud kommt über die Beschäftigung mit der Hysterie auf Traumatisierungen und entwickelt in der Folge die Konflikttheorie

entwickelt aus den Beobachtungen der Hypnose sein Hysteriekonzept – beeinflusst war, ging in seinen ursprünglichen Überlegungen davon aus. Wenn auch durch die Rezeption der Psychoanalyse und der Theorie des dynamisch Unbewußten das Dissoziationskonzept² in Vergessenheit geraten ist, wie Henn und Hoffmann (2004) anführen, so kam es aber durch die implizite Aufnahme in das DSM-III wieder zu einer Renaissance.

Unternehmen wir an dieser Stelle einen Exkurs in das **Dissoziationskonzept**, so kommen wir nicht umhin, auf Janet³ zu rekurrieren. Dieser hat den Begriff Dissoziation erstmals eingeführt und beschrieb damit eine Desintegration und Fragmentierung der Aufmerksamkeit und des Bewußtseins. Nach Janets und auch heutigen Beobachtungen beeinflusst Dissoziation⁴ (Ellert R.S. Nijenhuis, 2006) sowohl Soma als auch Psyche. Die unaushaltbaren traumatischen Erfahrungen – diese stehen am Beginn der Dissoziationskette – können zwar durch innere Dissoziationsmechanismen entschärft, „abgekapselt“ (Tutsch und Donat, 2009), aber nicht integriert und verarbeitet werden. In der Folge kann es zu dissoziativen Symptomen⁵ sowohl auf der psychischen, körperlichen als auch persönlichkeitsstrukturellen Ebene kommen, wie Nijenhuis (1999) betont, der sich in seinem Modell auf Janet bezieht. Die Ausprägung von Parallelexistenzen, die bei entsprechenden Triggerreizen intrusiv werden und nicht mehr steuerbar sind, ist dabei sehr wahrscheinlich.

2 [Ⓜ] Mit der diagnostischen Festlegung durch die WHO kam es schließlich 1991 zur Kodierung F 44.3 „Trance und Besessenheit“, wo diese Kategorie unter den dissoziativen Störungen zu finden ist.

3 [Ⓜ] Auf den Überlegungen Janets fußen die späteren Überlegungen von Myers und Nijenhuis der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit

4 [Ⓜ] Die dissoziativen Zustände weisen psychoforme und somatoforme Merkmale auf, die sich von der Charakteristika des gewöhnlichen Zustandes unterscheiden. Dies erklärt die Unterscheidung in psychoforme und somatoforme Dissoziation.

5 [Ⓜ] Auf der Symptomebene zeigen sich somatoforme dissoziative Symptome, psychoforme dissoziative Symptome und Persönlichkeitsveränderungs- bzw. störungssymptome

Im Konzept der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit im Sinne einer peritraumatischen ⁶ Dissoziation (Nijenhuis, 2006) findet sich dieser Gedanke wieder. Es kommt daher zu einer Spaltung der Persönlichkeit in

- einen „anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil“ (ANP)
- einen „emotionalen Persönlichkeitsanteil“ (EP), auch „verletzter Teil“
- und eine andere Art von emotionalem Persönlichkeitsanteil, „verletzender Teil“
- sowie der Verstärkung des beobachtenden Teils (unveröffentlichte Kursunterlagen von Reddemann, 2011, im Rahmen des Traumatherapiecurriculums).

Der Grundgedanke, daß es durch belastende Erfahrungen zu einer Abspaltung in verschiedene Persönlichkeitszustände – verletzte, intrusive, EPs, als auch „geschützte, von sich selbst dissoziierte Personen“ (Tutsch und Donat, 2009) – kommen kann, wurde von Janet in seinen Ausführungen zu Mentalen Stigmata und Akzidentien bereits 1907 ausführlich beschrieben.

6 [®] Das Konzept der peritraumatischen Dissoziation ähnelt in vieler Beziehung dem ego state Modell von Federn, auf das sich moderne traumatherapeutische Verfahren (u.a. PITT von Louise Reddemann) beziehen

4) Psychotherapeutisch-schulenspezifischer Blick auf das Phänomen der Besessenheit – Empirischer Teil mit Interviews

4 a) Methodisches Vorgehen bei den Interviews:

Um einen möglichst authentischen Blick aus der Empirie in meine theoretische Erfassung des Themas einfließen zu lassen, habe ich mich für Experteninterviews entschieden. Dazu habe ich Professionalisten (Psychotherapeuten mit unterschiedlichem schulenspezifischem Blick) befragt. Ziel der Experteninterviews war es, Wissen und Erfahrungen möglichst umfassend zu rekonstruieren. Die Interviews wurden akustisch aufgenommen und transkribiert. Die Interviews dürfen insofern als problemzentrierte qualifiziert werden, da mir eine unvoreingenommene Auseinandersetzung mit subjektiven Sichtweisen wichtig war. Ein vorgeschaltener Kurzfragebogen – vor dem eigentlichen Interviewtermin – sollte lediglich die Gesprächsinhalte vorstrukturieren und die Gesprächspartner auf meine Fragen vorbereiten. Die Wissensgenerierung – Hypothesenbildung und Theoriebildung – erfolgte durch Exploration, ein in die Tiefe gehen durch Erkunden des Forschungsfeldes zur Besessenheit. Das offene, teilstandardisierte Befragen der Experten bewegte sich zwischen Hinführung zum Leitfaden einerseits und der Notwendigkeit einer freien Erzählung andererseits, um den Experten nicht einzuschränken. Ziel meiner Befragung war es, daß sich die Befragten möglichst frei zum Themengegenstand äußern konnten und ich durch die Erfahrungshintergründe unterschiedliche Expertisen gewinnen konnte, die in meine schlußfolgenden Überlegungen einfließen sollten.

Die Auswertung der Interviews erfolgte als zusammenfassende Inhaltsanalyse mit der Zielsetzung das Material so zu reduzieren, daß die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben.

4 b) Interviewzusammenfassung und Kommentar der Interviews:

- **Interview Frau R. (Zusammenfassung) – psychoanalytisch, traumatherapeutischer Zugang:**

Besessenheitsphänomene:

Frau R. meint, daß es im Wesentlichen darum gehe, daß man zumindest in Erwägung ziehen sollte, daß das, was als Besessenheit beschrieben wird, ein dissoziatives Phänomen sein kann, das auf schwerer Traumatisierung beruhen kann. Und daß sogar Psychosen auf Traumatisierungen beruhen, und man das immer mehr erkennt. Die betroffenen Personen reagieren individuell verschieden. Beide Reaktionsformen (dissoziativ und psychotisch) kann man in Zusammenhang mit Trauma auch als Versuch eines Schutzes begreifen.

Die Leute mit dissoziativen Problemen würden einen weniger starken Realitätsverlust zeigen wie Psychotische. Es müßte geklärt werden, ob sich nicht hinter Fremdbeeinflussungsideen ein Trauma verbirgt. Schon lange sei es unter Traumatherapeuten bekannt, daß es Täterbeeinflussungen gibt, die darauf abzielen, bei Opfern marionettenhaftes wie

fremdgesteuertes Verhalten zu erzielen. Die Betroffenen hätten oft Schreckliches durchgemacht, seien als kleine Kinder von bösen Menschen verfolgt und gequält worden. Da Kinder kognitiv anders verarbeiten als Erwachsene, könne es zu kognitiven Verzerrungen kommen, d.h. es könne so wirken, als würden sich die Betroffenen von Dämonen verfolgt fühlen, in Wahrheit würden sie aber eine „Geschichte“ erzählen, daß mit ihnen sozusagen „teuflich“ umgegangen wurde. Wenn Betroffene sich von inneren Dämonen gejagt fühlen und diese Zustände nicht drogeninduziert sind (oft sind psychotische Zustände durch Gifte induziert), so könne das auch mit realen Erinnerungen zu tun haben, daß die Dämonen tatsächlich einmal existiert haben in Form von bösen Menschen. Patienten benehmen sich z.B. so, als wären sie von Dämonen besessen, in Wahrheit würden sie sich aber an ganz schlimme Sachen erinnern (Erklärung dissoziativer Mechanismus, Frau R.).

Behandlung/Religion/Theologie:

Frau R. meint, daß die Phänomene der Besessenheit am ehesten mit dem klinischen Bild der dissoziativen Identitätsstörung korreliere. Menschen mit manifesten Psychosen müßten zuerst medikamentös behandelt werden, bevor man gegebenenfalls auch mal an der Traumageschichte arbeite. Dabei müsse man sehr vorsichtig sein. Sie arbeite lieber stabilisierend und meint, daß die Bearbeitung bei dissoziativen Leuten besser ginge als bei Psychotikern, dabei aber wenig Erfahrung zu haben. Auch wisse sie nicht, ob es viele Kollegen gäbe, die Traumabearbeitung mit Psychotikern machen.

Psychiater sollten eigentlich keinen Exorzismus machen, dürften auch nicht. Sie meint, daß Psychiater oft dissoziative Störungen, Traumafolgestörungen nicht erkennen, müßten darüber aber Bescheid.

Von der kirchlichen Meinung, daß es Besessenheit vom Teufel gibt, hält sie nichts, sie glaube nicht an die Existenz des Teufels.

Es könne sein, daß es so wirkt, als würden sich Betroffene von Dämonen verfolgt fühlen. Frau R. habe noch nie so jemanden in Behandlung gehabt, würde aber in der Behandlung die Betroffenen erzählen lassen und versuchen sie so zu behandeln als hätten die Betroffenen solche entsetzlichen Dinge wirklich mal erlebt. Professionalisten bräuchten in der Behandlung keine religiöse Dimension, um dem Phänomen der dämonischen Besessenheit gerecht zu werden.

Erkrankung, Diagnose:

Frau R. hält nichts von der Verankerung von F 44.3 im ICD-10. Hintergrund dürfte wohl gewesen sein, daß kulturelle Aspekte, Wahrnehmungen aus anderen Kulturkreisen in das Diagnoseschema aufgenommen wurden. In Kulturen, wo es solche Besessenheitszustände gibt, gelten die Menschen eher als heilig oder jedenfalls verbunden mit irgendwelchen

anderen Welten. Es seien nicht alle Phänomene zu verstehen. Diese dürften auch nicht sofort als psychotisch klassifiziert werden.

Kommentar des Interviews:

Frau R. nimmt eine durchwegs phänomenologische Herangehensweise bei der Fokussierung auf Besessenheitsphänomene ein. Auch wenn sie persönlich nicht an die Existenz des Teufels glaubt und sich deutlich von der kirchlichen Meinung, daß es Besessenheit vom Teufel gibt, distanziert, begegnet sie Betroffenen so, als würden sie eine Geschichte erzählen, daß mit ihnen sozusagen „teuflich“ umgegangen wurde. Sie erklärt, daß hinter den Erlebnissen von Betroffenen oft kognitive Verzerrungen stünden, die aus der Kindheit stammen. Frau R. erklärt den dissoziativen Mechanismus, der sich bei Besessenheitsphänomenen zeigen könne und führt dazu weiters aus, daß sich dahinter schwere Traumatisierungen vermuten lassen. Genauso ließen sich auch bei psychotischen Phänomenen Traumatisierungen ableiten. Das Wissen über dissoziative Störungen und Traumafolgestörungen sei noch viel zu wenig verbreitet und würde in Fachkreisen nicht immer Anwendung finden. In Bezug auf Verankerung solcher Besessenheitsphänomene in anderen Kulturen nimmt Frau R. eine große Offenheit und Wertschätzung ein und meint in diesem Zusammenhang, daß nicht alle Phänomene verstehbar seien. Sie hinterfragt die diagnostische Zuschreibung der Besessenheitsphänomene, wie sie in der internationalen Klassifikation zu finden ist.

- Interview Herr H. (Zusammenfassung) – individualpsychologisch-theologischer Zugang:

Über Satan, den Teufel und das Dämonische:

Vom sprachgeschichtlichen Hintergrund her bedeute „dämon“ im Griechischen unsauber, unrein, d.h. der Geist, also meine Ganzheit oder Heiligkeit würde in Frage gestellt werden. Das Dämonische sei im Hebräischen die Normalität Die reine Normalität von der Wiege zur Bahre sei im Grunde das Dämonische. Für Herrn H. ist das Dämonische immer das Äußerste, das Extremste, wo auch die Psychologie schweigen muß.

In der Bibel gäbe es oft Geschichten, die nicht sofort zu verstehen seien. Das Problem – die kontroversiell geführte Diskussion auf dem Kongreß 2007 in Graz sei für Herrn H. Ausdruck dafür gewesen – bestünde darin, daß einerseits Psychiater über Bibel reden, aber andererseits Kollegen aus der Priesterschaft das Phänomen Besessenheit vom Kontext herauslösen würden. Und daran könne der Psychiater sofort mit Recht Kritik üben.

Die Frage wäre, was man unter dem Teufel verstehe. In seiner Generation wäre es kein Problem über den Teufel zu sprechen, der Teufel wäre eine personifizierte Kraft. Herr H. bringt damit die Nazizeit in Verbindung, aber auch, wenn ein Kind mißbraucht werde. Das sei für ihn dämonisch. Auch in der

Kirche werde in Wirklichkeit nicht gespürt, was wirklich dämonisch sei. Das Dämonische würde übernommen werden und durch die Kirche lächerlich gemacht. „Dämonisch finde ich bei den Exorzisten, daß das Eigentliche gar nicht wahrgenommen werden will (z.B. der Mißbrauch)“.

Das Phänomen Besessenheit:

„Vom Empfinden her war Besessenheit immer etwas, das ohne Zusammenhang ist, was absolut gesetzt wird. Wenn ich etwas aus dem Zusammenhang nehme, dann macht sich das selbstständig“. Hitler wäre für Herrn H. der Besessene par excellence, ein paranoid Schizophrener mit Denk- und Wahnstörung. Hitler sei für die Leute so beeindruckend gewesen, weil er alles so absolut gesetzt habe, es hätte da keine Relationen gegeben. Besessenheit hieße man schalte alles weg. Besessenheit müsse zu tun haben mit einem um sich Kreisen, eine Strebung würde für Absolut genommen.

Er könnte sich vorstellen, daß das Phänomen bei Schamanen eine andere Akzeptanz habe, in einem Stammesritual völlig normal sei. Das Phänomen komme empirisch vor, sei auch im ICD-10 verankert und könne nicht ausgeschlossen werden. Die katholische Art der Besessenheit wäre zu einseitig, wie sie betrieben werde. Es wäre eine eigene Untersuchung wert, was die biblische Besessenheit war. Man könne die Besessenheit auch vom Zwanghaften, Herrschsüchtigen her erklären, auch könne man sadistische/masochistische Komponenten darin finden.

Behandlung, Therapie, Exorzismus:

Die primäre therapeutische Herangehensweise für Herrn H. wäre, daß das Erleben der Patienten fokussiert werde. Das drückt er wie folgt aus: „Wenn hier so jemand kommt und sagt ich bin besessen, dann rede ich das nicht aus, sondern gehe hin, lasse den Patienten erzählen und dann schauen wir genau auf das Phänomen, gehen wir darauf ein. Ich sage nicht Exorzismus und so (das vermeide ich natürlich total), sondern ich gehe hin und sage, daß wir beide das gar nicht beurteilen können, ob das wirklich die Besessenheit ist. Sondern für sie ist es so. Eine Besessenheit kann nur letztlich Jesus total aufklären. Das einzige, was wir miteinander tun können ist beten“.

Generell, meint Herr H., daß Menschen als begleitende Therapiemaßnahme auch ihre religiöse Vergangenheit aufarbeiten müßten. Bei extremen Phänomenen mit religiöser Verquickung sei neben der Therapie auch ein Heilungsgebet notwendig, da könne die Religion nicht ausgeschlossen werden. Über das Heilungsgebet, den Exorzismus per se, äußert sich Herr H. dahingehend, daß er meint mit Exorzismus eine Abhängigkeit erzeugen zu können, weil da Vieles suggestiv sei. Die meisten Kollegen unter der Priesterschaft hätten keine Ahnung was man Übertragung nenne und wie das zu lösen sei. Es kämen leider nie psychiatrische Untersuchungen zustande, um heraus zu finden, welche Kräfte bei diesem Phänomen wirklich gewirkt haben. Er selber wehrt sich gegen das Ritual an sich, wenn es einseitig bliebe, denn das Ritual müsse psychiatrisch begleitet werden. Der Exorzismus generell sei ein Gebet und stehe entscheidend im Sakrament drinnen. Es sei kein Hokuspokus. Es sei ein Sakrament, das bestehen bleiben könne, werde von ihm auch gelebt.

Kommentar des Interviews:

Herr H. ist von den interviewten Personen die Einzige, die sowohl eine theologische als auch eine psychotherapeutische Ausbildung, dementsprechend einen differenzierten Blick auf das Phänomen der Exorzismusbehandlung und der Besessenheit hat. Der Priester in ihm geizt nicht mit interner Kirchenkritik, wenngleich er auch dem Ritual des Exorzismus Berechtigung einräumt, allerdings mit der großen Gefahr, die von bestimmten Exorzisten ausgeht, wenn versucht wird den Arzt zu ersetzen. In diesem Zusammenhang führt er Übertragungs- und Abhängigkeitsphänomene an, die unter den Exorzisten viel zu wenig beachtet würden. Er sieht andererseits einen Angriff darin, wenn ein Psychiater über Bibel redet (Anmerkung des Verfassers: diese Ausführung ist in Zusammenhang mit der Aussage des Psychiaters Hinterhuber auf dem Kongreß 2007 zu sehen). Er bringt insofern Licht in die Begrifflichkeit Teufel, Satan, Dämonisches, wenn er versucht den ethymologischen Sprachwurzeln nachzugehen. Im Umgang mit besessenen Personen versucht er den Kontext des jeweiligen Patienten und das Phänomen zu sehen. Dem Dämonischen schreibt er eine diffuse Macht zu, die man nicht in der „Hand“ habe. So wird z.B. der Mißbrauch eines Kindes als dämonisch gewertet. Herr H. bezeichnet den absoluten Standpunkt von Frau R. als „besessen“ und meint über den Einbezug des Religiösen ins therapeutische Geschehen, daß die Menschen eigentlich als begleitende Therapiemaßnahme auch ihre religiöse Vergangenheit aufarbeiten müßten. In Bezug auf die Begegnung des Phänomens nimmt er einen der Existenzanalyse sehr ähnlichen, offenen, phänomenologischen Standpunkt ein. Er verweist auf die Schamanen und andere Kulturen und betont die Akzeptierung des Phänomens der Besessenheit, wenn dieses in die Stammesrituale eingebettet ist.

- Interview Herr L. (Zusammenfassung) – existenzanalytischer Zugang:

Über die Freiheit, Fremdbeeinflussung und die personale Entscheidung bei der Besessenheit:

Herr L. meint, daß bei der Besessenheit eine Fremdbeeinflussung besteht. Der Mensch wäre frei, daß er sich gegen Gott entscheiden kann, auch für den Teufel entscheiden kann. Nach existenzanalytischem Verständnis wäre das Kriterium einer Entscheidung, wenn man sich für einen Wert entscheiden würde. Wenn man das Gefühl hat „vom Teufel besessen zu sein“, dann habe man wahrscheinlich das Gefühl, daß man nicht mehr wählen kann. Das Grundthema bei der Besessenheit wäre die Verfremdung, das nicht ausreichend sich selbst sein können, einer Macht ausgeliefert zu sein, die über einen verfügt. Mit Bewußtseinsweiterung habe Besessenheit nichts zu tun. Wenn man Dinge in derselben Art und Weise tut, die man eigentlich nicht will, halte man das im Sinne der Existenzanalyse für krank. Das wäre eine Fixierung. Das Kriterium der personalen Entscheidung wär gegeben, wenn man sich auch anders hätte entscheiden können.

Zum Verständnis des Phänomens unter Einbezug des Religiösen:

In Bezug auf Haltung dem Phänomen der Besessenheit gegenüber äußert sich Herr L. wie folgt: Man nähert sich der Realität unter bestimmten Aspekten an, nämlich was zu untersuchen und zu finden sei. „Wenn ich etwas nicht haben will, dann werde ich es schwerlich finden“. Entscheidend sei die Frage, ob das Instrument auch adäquat sei für das transzendente Objekt, das man untersuchen möchte. Wenn das Phänomen Besessenheit positivistisch gesehen und das Religiöse abgelehnt wird, so wird ihm nicht Gerechtigkeit widerfahren. Gerade die Besessenheit würde durch religiöse Praktiken am Effizientesten behandelt. Die Behandlung hängt stark vom Interpretationshintergrund ab, den der Behandler mitbringt. Religiöse Praktiken hätten jedenfalls einen Einfluß auf Genesung und Gesundung.

Das Phänomen, das der Besessenheit nahe kommt oder es zumindest psychopathologisch faßt, sei die Hysterie. In der Hysterie erlebten sich Menschen wie besessen, fremdgesteuert. Hysterie und die ganze Gruppe der extrovertierten Persönlichkeitsstörungen würden durchaus Charakteristika von Besessenheit bzw. Ähnlichkeiten mit Ihnen aufweisen. Der Körper reagiere mit und bilde Störungen aus, die man dem Geist gar nicht zutrauen würde. Auch würde es Phänomene der Massenhysterie geben, wo ganze Gruppen von Menschen „wie vom Teufel besessen“ sind. Je nach Verstehenshintergrund würden Menschen unterschiedliche Beschreibungsformen anwenden, um ein schwer verständliches Phänomen zu beschreiben. In diesem Zusammenhang führt Herr L. auch die Besessenheit Österreichs und Deutschlands vom Nationalsozialismus an. Vom psychologischen Verständnis her würden wir einen Zugang über das Verständnis des Hysterischen im Menschen bekommen. Da könne man Fremdes so in sich aufnehmen, daß man wie besessen reagiert.

Daß Besessenheitsphänomene einen dissoziativen, traumagenetischen Hintergrund hätten, das könne er sich nicht so gut vorstellen. Auf dieser Grundlage würden sich Spontanheilungen bei diversen Heilern, auch bei Exorzismen, nicht gut erklären lassen. Fraglich wäre auch, ob nicht solche Heilungsphänomene mit Wundern und übernatürlichen Kräften zu erklären seien und ob wir mit dem Bestreben, diese Phänomene psychologisch zu verstehen, überhaupt an die Phänomene heranreichen.

Wichtig wäre die Haltung der Offenheit. Herr L. führt in diesem Zusammenhang Popper und seinen kritischen Rationalismus an. In der Existenzanalyse rekurriere man auf Heideggers phänomenologische Vorgangsweise, insbesondere auf die Frage: Ist es überhaupt so? Vielleicht ist es doch noch ganz anders?

Diagnostik, Differentialdiagnose:

Herr L. findet es gut, daß sich das Phänomen Besessenheit im ICD-10 findet. Ob Besessenheit als Phänomen überhaupt psychopathologisch faßbar sei bezweifelt Herr L. Mit Psychopathogenese würden wir die Besessenheit einordnen als diagnostizierbares

Phänomen, das aufgrund psychischer Entwicklung, Verletzung oder Trauma entsteht. Da meint Herr L. seine Zweifel zu haben. Für Herrn L. ist Besessenheit wie so ein Einbruch in der Aura. Er wolle nicht alle Phänomene der Besessenheit auf eine Psychopathologie reduzieren, sondern als ein zu untersuchendes Phänomen. Besessenheit wäre auf der Ebene der Persönlichkeitsstörungen einzuordnen da die Besessenen meistens realitätsbezogen sind. Schwere Fälle von Besessenheit könnten aber auch ins Psychotische abgleiten, wo das Realitätsurteil verloren ginge. Die Steuerungskräfte der Person würden bei der Besessenheit eingeschränkt, ausgedrückt in Termini der Existenzanalyse seien alle vier Grundmotivationen betroffen, wenn das Phänomen am ehesten der dritten Grundmotivation zuzuordnen sei. In der Stellungnahme und der Selbsttranszendenz seien die Betroffenen eingeschränkt. Die psychiatrische Annahme, daß sich hinter der beobachtbaren Besessenheit überwiegend histrionische Persönlichkeitsstrukturen erkennen lassen, in den restlichen Fällen Schizophrenie und manisch-depressive Erkrankungen, bestätigt Herr L.

Behandlung:

Das Grundthema in der Psychotherapie wäre die Verfremdung, das Arbeiten an dem mehr sich selbst sein können, sich üben, trainieren, Eigenes zu finden und umzusetzen. Die idealtypische Behandlung eines Besessenen wäre dem Phänomen gegenüber mit Offenheit zu begegnen. Dazu wäre es notwendig Stellung zu beziehen und Einschätzungen abgeben, also Erklärungen, Stellungnahmen und Einschätzungen abgeben. Herr L. stellt eine gewisse Schwierigkeit fest, über das Phänomen zu sprechen, weil er nie so etwas behandelt hat und auch glaubt, einem solchen Phänomen je begegnet zu sein. Für die Behandlung könne es ein Vorteil sein, wenn der Behandler eine religiöse Dimension besitze (wie beim Exorzismus). Bei einer psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung brauche man den religiösen Hintergrund nicht.

Kommentar des Interviews:

Herr L. ist entsprechend selbstkritisch, wenn er meint solchen Phänomenen in der psychotherapeutischen Arbeit noch nie begegnet zu sein, ist aber in seinem therapeutischen Selbstverständnis dem Phänomen gegenüber sehr aufgeschlossen und offen. Blickt deutlich aus dem üblichen therapeutischen „Tellerrand“, wenn er meint, daß das Phänomen der Besessenheit mit religiösen Praktiken am Effizientesten behandelt wird. In der Ausgestaltung der Hysterie meint er der Besessenheit am nächsten zu kommen, was die psychopathologische Erfäßbarkeit betrifft. Er sieht in exorzistischen Behandlungen kein Problem und stellt sich mit dieser Position deutlich gegen die traumatherapeutische von Frau R., wenn er z.B. ausführt, daß Spontanheilungen bei diversen Heilern durch Exorzismus nicht mit einem dissoziativen, traumagenetischen Hintergrundverständnis in Einklang zu bringen seien. Vielmehr spannt er den Bogen der Möglichkeiten noch weiter, wenn er im weiteren

ausführt, daß bestimmte Heilsphänomene mit Wundern und übernatürlichen Kräften (z.B. schamanistischen Techniken) zu erklären sind. Nimmt geradezu eine „holistische“ Position ein, wenn er meint „da gibt es einfach Größeres, in dem ich drinnen stehe“.

5) Eigene Überlegungen mit Fokus auf die Existenzanalyse:

Wenn im Mittelalter die Hysterie als Erklärung für Besessenheitsphänomene herangezogen wurde, so bin ich sehr froh darüber, daß sich im Wandel der Zeit eine veränderte Perspektivenschau auf die Besessenheitszustände ergeben hat. Durch das Phänomen der Besessenheit wird die Annahme des modernen Menschenbildes – die Vorstellung einer einheitlichen, in sich geschlossenen Persönlichkeit sowie die einer zentralen Struktur des Bewußtseins – stark infrage gestellt. Demnach begrüße ich die Sicht von Henn und Hoffmann (2004), wenn diese von psychischen Strukturen sprechen, die sich in den verschiedenen Zustandsbildern (u.a. Besessenheitszustände) widerspiegeln.

Ich möchte von Beginn weg in meinen Überlegungen zu diesem Kapitel davon warnen, vorschnell bestimmte Phänomene (auch wenn diese noch so befremdend anmuten – und der Besessenheit haftet dieser Nimbus an -) zu pathologisieren. In der Literaturrecherche wurde deutlich, daß es sich bei Besessenheitsphänomenen in den meisten Fällen um leichtere dissoziative Zustände handelt, die kaum Krankheitswert erlangen und vorwiegend stark kulturell geprägt sind. Hinter pathologischen Zuschreibungen sieht auch Scharfetter (1999) – und dieser Sicht möchte ich mich an diesem Punkt anschließen – desintegrative Krisen des Bewußtseins, spirituelle Krisen. Auch wenn Scharfetter recht eindrücklich erklärt, daß sich in **Störungen der Ich-Identität** und der **Störung der Ich-Aktivität** die Psychose des Besessenen abbildet – diese Ansicht der klassischen Psychiatrie ist mit Hinterhuber auf dem Kongreß 2007 in Graz „Religiosität in Psychiatrie und Psychotherapie“ vertreten gewesen – scheint mir die psychotische Erklärung für besagte Phänomene zu leichtfertig. Es ist meines Erachtens zielführender, abermals auf Janet zurück zu kommen, der einen wesentlich differenzierteren Blick anstellt, wenn er die Ausprägung der Hysteriephänomene beleuchtet. Er schreibt in seiner Abhandlung zu den mentalen Akzidentien und führt diesbezüglich akute, vorübergehende Mechanismen bei der Hysterie an, die sich u. a. in Form von somnambulistischen Zuständen (veränderte Zustände des Bewußtseins, des Erinnerungsvermögens und der Identität) und Delirien (psychotische Episoden) abbilden. Über die Delirien schreibt er, daß dieser Zustand früher als hysterische Psychose bezeichnet wurde und weist in diesem Zusammenhang aber – und das ist das Wesentliche – darauf hin, daß sich während solch einer Episode (und dabei handelt es sich bei den mentalen Akzidentien) spezifische dissoziative Symptome zeigen können. Janet spricht zwar auch von psychotischen Zuständen in Zusammenhang mit Delirien – als eine mögliche Erscheinungsform – geht aber davon aus, daß es sich hierbei um einen dissoziativen Mechanismus handelt. Nach Nijenhuis würden auch bei den reaktiven dissoziativen Psychosen (Nijenhuis 1995, Van der Hart, Witztum und Friedman 1993, in Nijenhuis E.R.S.,2006) – so bezeichnet man mittlerweile diese früher unter hysterischer Psychose bezeichneten Zustandsbilder – mehr oder weniger stark entwickelte dissoziative Strukturen in den gewöhnlichen Bewußtseinszustand eindringen.

Auf diese Theorie Janets beziehen sich auch moderne traumatherapeutische Ansätze wie auch letzte Erkenntnisse innerhalb der Psychotherapie, wie auch der Existenzanalyse. Die Dissoziationshypothese als Erklärung für Besessenheitsphänomene scheint für mich die wahrscheinlichste.

Wesentlich in diesem Zusammenhang erscheint mir die Fragmentierung auf das **Strukturniveau** der betroffenen Person. Je nach individueller Situation der Person wird es möglich sein, traumatische Erfahrungen in das Gesamtkonzept Person zu integrieren oder abzuspalten. Bei schwacher ICH-Strukturierung ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit mit einer psychotischen Entwicklung zu rechnen, während sich bei stärkerer ICH-Strukturierung die Entwicklung hin zu einer Persönlichkeitsstörung abzeichnen vermag. Am Eindrücklichsten spiegelt sich die starke ICH-Strukturierung in der Ausbildung eigener Identitäten innerhalb einer Person ab, wie etwa bei den Fällen von dissoziativer Identitätsstörung. Je nach Ausformung des Besessenheitszustands scheint in jeglichen Fällen ein existentielles Grundthema verletzt, wie auch Längle (2005) ausführt.

In existenzanalytischen Termini gesprochen: Besessenheit verstehe ich – und das nicht zuletzt in Anlehnung an die Überlegungen zur Hysterie – als Leiden vorwiegend auf der Ebene der 3. Grundmotivation. Dies drückt sich, um abermals mit Längle (2005) zu sprechen, symptomatisch im sich selbst verloren gehen mit Fremdheitsgefühlen aus. Das Hauptleiden bildet sich auf der Ebene der Person ab, daß diese nicht sichtbar wird. „Es kann das Eigene nicht gefunden werden und es kann in der Welt nicht eingesetzt werden. Die Unfähigkeit zur Begegnung ob des Selbstverlusts zeigt sich hier deutlich. Im Zentrum des existentiellen Störerlebens geht es um Bereiche des Selbstbilds, Authentizität, Identität und um das Finden und Abgrenzen des Eigenen gegenüber dem anderen“ (Längle, 2005, S.85).

Ich hoffe mit diesen schlußfolgernden Worten einen existenzanalytischen Beitrag zum besseren Verständnis der Besessenheit beigetragen zu haben. Die Überlegungen zu Besessenheitsphänomenen – und das war mein Hauptanliegen – sollen das psychotherapeutische Grundverständnis erweitern und differentialdiagnostischen Focus ermöglichen.

6) Bibliographie:

Amorth G. (2006) Exorzisten und Psychiater. Abensberg: Christiana Verlag

Berger Peter L. (1969) Auf den Spuren der Engel. Die moderne Gesellschaft und die Wiederentdeckung der Transzendenz. Frankfurt am Main: Fischer

Castillo R.J. (1994) Spirit possession in South Asia, dissociation or hysteria. Culture, medicine and psychiatry, 18: 1-21, 141-162

Dillinger H. und Freyberger H.J. (2011) Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien: ICD-10. Bern: Huber

Goodman D. Felicitas (1991) Ekstase, Besessenheit, Dämonen. Die geheimnisvolle Seite der Religion. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus

Henn A.E. und Hoffmann S.O. (2004) Dissoziative Bewußtseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie. Mainz: Schattauer

Hinterhuber (2006) Impulsreferat im Rahmen eines Vortrages 2006, unveröffentlichter Text

Höflechner R. (2007) Grazer Kongreß schockiert viele. Exorzismus als Therapie. In: Medical Tribune Nr.43, 39. Jahrgang

König P. (2009) Heilkunst ist mehr als Naturwissenschaft. In: Kongreßbericht GLE Nr.2/2009, 26. Jahrgang

Längle A. (2002) Das Bild der Hysterie. Psychopathologie, Psychopathogenese und existentielle Dynamik. In: A. Längle (Hrsg.) Hysterie. Erweiterter Kongreßbericht 1999 der GLE. Wien: Facultas AG

Längle A. (2005) Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese. Existenzanalyse traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. In: GLE Tagungsbericht Nr.2/2005, 22. Jahrgang

Lewis C.S. (2005) Über den Schmerz. München: Kösel

Nijenhuis E.R.S. (2006) Somatoforme Dissoziation. Phänomene, Messung und theoretische Aspekte. Junfermann Verlag

Reddemann L. (2011) Unveröffentlichte Kursunterlagen im Rahmen des Traumatherapiecurriculums

Resch G. und Gutmann V. (1994) Wissenschaftliche Grundlagen der Homöopathie. Schäftlarn: Barthel und Barthel

Scharfetter C. (1999) Schizophrene Menschen. Diagnostik, Psychopathologie, Forschungsansätze. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Tutsch L. und Donat H. (2009) Partisanen der Psyche. Der Weg traumatischer Erfahrungen in den Untergrund. In: Kongreßbericht GLE Nr.2/2009, 26. Jahrgang

Winkle S. (2000) Die Tanzwut - Echte und scheinbare Enzephalitiden. Über das epidemieartige Auftreten von Nachahmungssyndromen. In: Hamburger Ärzteblatt