

FORSCHUNG FÜR DIE PRAXIS
HOCHSCHULSCHRIFTEN

Magdalena Reichenbach

Macht Wahn Sinn?

Das Potenzial der Musiktherapie
für Menschen mit wahnhaftem Erleben

Magdalena Reichenbach

»Macht Wahn Sinn?«

Das Potenzial der Musiktherapie für
Menschen mit wahnhaftem Erleben

Magdalena Reichenbach

»Macht Wahn Sinn?«

**Das Potenzial der Musiktherapie für
Menschen mit wahnhaftem Erleben**

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie Verlag

Magdalena Reichenbach

»Macht Wahn Sinn?«

Das Potenzial der Musiktherapie für Menschen mit wahnhaftem Erleben

ISBN Print: 978-3-96605-211-5

ISBN PDF: 978-3-96605-210-8

Bibliografische Informationen 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.

1. Auflage

© Psychiatrie Verlag, Köln 2022

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: ###

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck: CPI Druckdienstleistungen GmbH, Erfurt

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Einleitung	8
1 »Wir« und »sie« – Beziehung erschwerende Konstrukte in der Psychiatrie	11
2 Wahnhaftes Erleben und Verhalten – Der sich und anderen fremd werdende Mensch	17
2.1 Was ist Wahn? – Versuche einer Begriffsbestimmung	17
2.1.1 Fühlen, Denken, Handeln	18
2.1.2 Das Erleben der Wahnwirklichkeiten	20
2.2 Wo tritt Wahn auf?	24
2.2.1 Schizophrenie als Metapher	24
2.2.2 Krankheiten mit Wahn nach ICD-10	27
2.2.3 Diagnostische Aspekte	28
2.3 Wie entsteht ein Wahn?	29
2.3.1 (Vor-)Urteil (genetische) Vulnerabilität – Biologisch-psychiatrische Aspekte	29
2.3.2 Psychose als PSYCHOSoziale Erkrankung – Psychologische und soziale Faktoren	31
2.4 Macht – Wahn – Sinn? – Zum Umgang mit wahnhaftem Erleben	33
2.4.1 Medikamentöse (Zwangs-)Behandlung – (Selbst-)Täuschung eines Fachgebiets?	33
2.4.2 Psychotherapeutische Zugänge	36
2.4.3 Psychosoziale Unterstützungsformen in der Gemeindepsychiatrie	43
3 »Behandlung« der (Selbst-)Täuschungen des Fachgebiets – Wege aus der Bevormundung	47
4 Das Potenzial der Musiktherapie für Menschen mit wahnhaftem Erleben	51
4.1 Aktueller Stand von Wissenschaft und Forschung	51
4.2 Wahn erlebende Menschen und (die Kapitulation der) Sprache	54
4.3 Wahn erlebende Menschen und Musik – Jenseits von Wörtern	56
4.4 Das musiktherapeutische Konzept nach Christoph Schwabe	63
4.4.1 Umsetzungsmöglichkeiten im Ambulant Begleiteten Wohnen	67
4.4.1.1 Leistungsbeschreibung und Konzept des Ambulant Begleiteten Wohnens	68
4.4.1.2 Praxisbeispiele für die musiktherapeutische Arbeit in der Dyade	70
4.4.2 Umsetzungsmöglichkeiten in einer psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle für Menschen mit »psychischer Erkrankung«	86
4.4.2.1 Leistungsbeschreibung und Konzept der Kontakt- und Beratungsstelle	86
4.4.2.2 Praxisbeispiele für die musiktherapeutische Arbeit in der Gruppe	88
5 Schlussbemerkung und Ausblick: Die Psychiatrie vom Sozialen aus neu denken	107
Danksagung	114
Literaturverzeichnis und Internetquellen	115

In dankbarer Erinnerung gewidmet:
Jacob

Refrain:

*(So) offenbare dich, schönster Kosmos,
offenbare dich in voller Blüte!*

Strophe 1:

*Zeig mir deine selig Züge,
durchleuchte jede Lebenslüge,
Was du hieltst mir noch verborgen,
zeig's mir besser jetzt als morgen.
Deinen Sinn will ich erfassen,
fließend wie die Wassermassen
Gefühle mit Leben befüllen,
alle Schleier jetzt enthüll'n.*

*Fühlen will ich Glück und Leid
Trauer, Freude, Heiterkeit.
Auf dass die Wirbel sich entfalten,
Tote wieder auferstehen,
wir die Erde lebendig halten
(und) uns're Saat in Liebe säh'n.*

von Jacob Persch (1999 – 2020)

Einleitung

Wahnhaftes Verhalten erscheint oft bizarr und faszinierend zugleich. Es stellt die Beziehungsgestaltung vor vielfältige Herausforderungen. Im vergangenen Jahrhundert haben sich viele Psychiater und Psychotherapeuten mit der Funktion und Sinnhaftigkeit des Wahns auseinandergesetzt. GARLIPP und HALTENHOF (2015) betonen den Wert der Berücksichtigung dieser Überlegungen, um sich Menschen mit wahnhaftem Erleben nicht als Therapieobjekten, sondern als gleichwertigen Subjekten in einer Begegnung auf Augenhöhe annähern zu können. In Zeiten des Primats wirtschaftlicher Effizienz, kurzer Behandlungszeiten und der Reduktion von Therapie auf die Wiederherstellung sozialer Funktionsfähigkeit und Anpassung durch Korrektur scheinbarer »biologischer Defekte«, drohe diese humanistische Herangehensweise jedoch unterzugehen. Bei mit Wahn assoziierten Diagnosen wird von der Pharmawerbung die medikamentöse Behandlung mit Antipsychotika nach wie vor als unabdingbar propagiert. Diese, laut WEINMANN (2019) wie Schrotflintenschüsse ins Gehirn eingreifenden Substanzen, führen jedoch häufig zu schwerwiegenden, die Betroffenen sehr belastenden Nebenwirkungen wie Gefühlsabstumpfung, Apathie und Antriebslosigkeit, die nicht selten als Krankheitsfolgen fehlinterpretiert werden (GPSP, 2008, S. 16). Als Gegenbewegung mehrten sich Stimmen von Psychiatern und Psychotherapeuten, dass mit der medizinisch-dominierten Sicht bei Weitem nicht das Spektrum therapeutischer Zugänge ausgeschöpft wird, das für eine ganzheitliche Unterstützung angebracht wäre. In der Begegnung mit Menschen mit wahnhaftem Erleben brauche es vor allem Zeit sowie ein Zulassen des zunächst Unverständlichen (vgl. GARLIPP/HALTENHOF, 2015, S. 51). Zunehmend wird dafür plädiert, Psychiatrie vom Sozialen aus neu zu denken und den therapeutischen Fokus mehr auf intersubjektive Folgeerscheinungen wie Beziehungsstörungen, den Verlust sozialer Bezüge bis hin zur sozialen Isolation zu legen (vgl. FINZEN, 1995, S. 156; WEINMANN, 2019).

In diesem Kontext geraten nicht-medikamentöse Therapien wie die Musiktherapie nach und nach mehr in den Fokus des wissenschaftlichen Diskurses. In acht Studien wurde evident, dass das Wohlbefinden sowie akute und chronische Symptome wie Denkstörungen, Depression, Angst oder soziale Kompetenz mit Musiktherapie signifikant verbessert werden können (vgl. MÖSSLER et al., 2011). Die soziale Kompetenz wird im musiktherapeutischen Konzept nach Christoph Schwabe als essenzielles Kriterium sozialer Gesundheit hervorgehoben. Einem ganzheitlichen Menschenbild verpflichtet gelte es, soziale Gesundheit genauso zu fördern wie die in der Gesundheitspolitik fokussierte körperliche und zunehmend auch seelische Gesundheit (vgl. SCHWABE/HAASE, 2008). KUNKEL (2004) erläutert, weshalb die soziale Gesundheit bei Menschen mit wahnhaftem Erleben und Verhalten in besonderer Weise gefährdet ist:

Sie erleben sich und ihre Umwelt in bedrohlicher oder euphorischer Art und Weise verändert, während ihr Gegenüber sie ebenfalls als »irgendwie anders und fremd« wahrnimmt. Sie scheinen aus den Fugen der von uns als »normal« erlebten Wirklichkeit geraten zu sein und entwickeln eine eigene, höchst private Wirklichkeit, die nicht bzw. sehr schwer (mit-)teilbar ist. Die Kluft, die sich in diesem Zuge zwischen ihnen und ihren Mitmenschen auftut, erschwert das Zustandekommen jeglicher Beziehungen, auch der therapeutischen. In diesem Kontext versucht sich die vorliegende Arbeit über empirische, theoretische und praktische Aspekte folgenden Fragen zu widmen:

Welchen spezifischen Beitrag kann die Musiktherapie zur Überbrückung der Kluft zwischen Menschen mit wahnhaftem Erleben und ihren Mitmenschen leisten?

Wie kann das Potenzial des Ausdrucks- und Kommunikationsmediums Musik im Schnittfeld von medikamentöser und Psychotherapie, Sozialer Arbeit und Pflege zielgerichtet nutzbar gemacht werden, um eine Kultur der gegenseitigen Achtung und Begegnung von Menschen mit wahnhaftem Erleben und Verhalten und ihren Mitmenschen zu fördern?

Um die Relevanz dieser Fragen zu begründen, erscheint es sinnvoll, sich zunächst über psychiatriekritische Aspekte dem spezifischen Potenzial der Musiktherapie zu nähern: Zuvorderst soll der Blick für die weitreichenden Vor-Urteile und (Selbst-)Täuschungen des Psychiatriesystems geschärft werden, die Beziehung im Zuge der Trennung zwischen »gesund« und »krank« erheblich erschweren können. Kritische, sozialpsychiatrische Autoren fordern eine generelle Abkehr von psychiatrischen Diagnosen (u. a. WEINMANN, 2019; DÖRNER, 2011). Jedoch werden sie nach wie vor überwiegend von der machtpolitisch dominierenden, defizitorientierten Fraktion psychiatrisch Tätiger supprimiert, abgewertet oder ignoriert. Aus eigener Erfahrung der Autorin sowie theoretischer Einsicht wird mehr als deutlich, wie sehr die Abkehr vom medizinisch-defizitorientierten Paradigma psychischer Erkrankungen der Gesellschaft nottut. Die vorliegende Arbeit versteht sich als Sprachrohr vieler Psychiatriebetroffener, die zum Spielball psychiatrischer Interessen oder zum Objekt von Behandlungsversuchen geworden sind. Die Autorin möchte den psychiatriekritischen Stimmen des fachlichen Diskurses mehr Gewicht verleihen. In diesem Sinne erfolgt eine *diagnoseunabhängige* Annäherung an das Phänomen Wahn mit seinen Auswirkungen auf Fühlen, Denken und Handeln. Zur Nachvollziehbarkeit der momentan noch als Basis psychiatrischer Behandlung geltenden Konstrukte, wird ergänzend ein kurzer Überblick über jene Diagnosen gegeben, innerhalb derer Wahn auftreten kann sowie auf einige diagnostische Aspekte hingewiesen. Daraufhin werden verschiedene Faktoren zusammengetragen, von denen angenommen wird, dass sie zur Wahngenese beitragen können: Über das in der Forschung noch dominierende (Vor-)Urteil einer genetischen oder individuell-psychologischen Vulnerabilität hinaus, wird hierbei insbesondere auf soziale

Determinanten eingegangen, um kontinuierlich weiter für die Zusammenhänge von Macht, Wahn und seinem (inter-)individuellen Sinn zu sensibilisieren. Unmittelbar verflochten mit den jeweiligen Erklärungsversuchen zu Entstehungsbedingungen, sind die verschiedenen Ansätze zum Umgang mit Wahn: Nach kritischen Ausführungen zur überwiegend noch als fundamental konstatierten medikamentösen Behandlung werden psychotherapeutische und psychosoziale Unterstützungsformen skizziert. Hierbei werden Tendenzen der (Selbst-)Täuschung psychiatrisch Tätiger herauskristallisiert, die laut WEINMANN (2019) viel mehr einer Behandlung bedürfen als wahrerfahrene Menschen. Nachdem auf einige Vorschläge zur kontinuierlichen Transformation des Psychiatriesystems eingegangen wurde, erfolgt im Hauptteil die Zusammenführung und Präzisierung der vorgängigen Impulse in Richtung des spezifischen Beitrags der Musiktherapie für Menschen mit wahnhaftem Erleben:

Nach einem Abriss des aktuellen Stands diesbezüglicher Wissenschaft und Forschung wird anhand der dem Wahn häufig immanenten Kapitulation der Sprache auf das Potenzial der Musik eingegangen. Um zu verdeutlichen, aus welchem Grund der (sozial-)musiktherapeutische Ansatz von Christoph Schwabe für die Entwicklung und Lebensqualität von wahrerfahrenen Menschen besonders chancenreich erscheint, wird das Potenzial der Musik aus Sicht dieses Ansatzes weiter konkretisiert. Zur Untermauerung werden Umsetzungswege und Praxisbeispiele zur Implementierung des Schwabe-Konzepts innerhalb der genuin sozialarbeiterischen Hilfeformen »Einzelfallhilfe« und »Soziale Gruppenarbeit« beschrieben. Dies erfolgt mithilfe des von SCHWABE (1983) entwickelten Kausalitätsprinzips (vgl. ebd.), am Beispiel der zur Gemeindepsychiatrie gehörenden, psychosozialen Unterstützungsformen des Ambulant Begleiteten Wohnens sowie einer Kontakt- und Beratungsstelle für »Menschen mit psychischen Erkrankungen«. Hierbei wird insbesondere auf Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Begleitung eines Mannes mit Diagnose »Paranoide Schizophrenie« in der therapeutischen Zweierbeziehung sowie in der Gruppe eingegangen. Im Rahmen der Schlussbemerkung sollen die Betrachtungen zusammengefasst und mit Rückbindung an die Leitfragen grundsätzlich diskutiert werden. Neben den Konsequenzen für das Potenzial der Musiktherapie innerhalb der interdisziplinären Zusammenarbeit, werden dabei offene Fragen herausgearbeitet, die Anknüpfungspunkt für eine vom Sozialen aus neu gedachte Wissenschaft, Forschung und Praxis sein können.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

1 »Wir« und »sie« – Beziehung erschwerende Konstrukte in der Psychiatrie

»Die Frage ist, ob man die Wörter so viel Verschiedenes bedeuten lassen kann«, sagte Alice. »Die Frage ist, wer die Macht hat«, erwiderte Humpty-Dumpty. »Das ist alles.«
Lewis Carroll (Alice im Wunderland)

Grundsätzlich ist nicht zu bestreiten, dass der Diagnostik in der Psychiatrie ein Sinn innewohnt: Es wird versucht, den Ausdruck menschlichen Unwohlseins sowie innerer und äußerer Konflikte mit ihrem zugehörigen Verhalten in eine Sprache zu übersetzen, die Kommunikation von Experten ermöglicht, Abweichungen beschreibbar und einer Beurteilung zugänglich macht. In Orientierung an der somatischen Medizin werden Symptomkonstellationen zu Syndromen erweitert und entsprechend vermessen, um die bedingende strukturelle oder funktionelle Störung aufdecken und die Normabweichung mithilfe pharmakologischer Interventionen beseitigen bzw. abmildern zu können. Diagnostik und Therapie gehören also unmittelbar zusammen. Die Krux liegt darin, dass Psychiater und Psychotherapeuten Diagnostik mehr oder weniger bewusst nutzen, um die Illusion störungsspezifischer Therapien zu erhalten sowie biologische und psychotherapeutische Interventionen zu legitimieren. Somit erlangt der Therapeut gegenüber Betroffenen, Angehörigen und der Öffentlichkeit Professionalität und reduziert sowohl die eigene Hilflosigkeit gegenüber dem vor ihm Sitzenden als auch die des Betroffenen oder anderen (Mit-)Leidenden. In einem weiteren Schritt jener Vermessung menschlichen Erlebens und Verhaltens werden »Laien«, d. h. (potenzielle) Patienten und ihre Angehörigen, so aufgeklärt, dass sie Auffälligkeiten bereits als Störung wahrnehmen, entsprechend bewerten und im Kontakt mit dem Versorgungssystem als solche präsentieren. Vor dem Urteil des Psychiaters oder Psychotherapeuten werden Symptome also bereits in einer Weise vorgetragen, dass sie zu den verfügbaren Krankheitskonzepten und Therapien passen (vgl. WEINMANN, 2019, S. 29 f.): »Psychiatrie zu betreiben besteht heute wie früher oft darin, sinnvolle und weniger sinnvolle Vor-Urteile über Menschen mit psychischen Auffälligkeiten und sozialen Problemen weiterzugeben und davon ausgehend Handlungsanweisungen zu geben, wie mit ihnen umzugehen sei.« (ebd., S. 63)

Trotz unzureichender, neurowissenschaftlicher Erkenntnisse wird versucht, die Unterschiede zwischen »ihnen« und »uns« zu objektivieren. Hierbei werden Grenzen der Normalität generiert, die zur »Behandlung« legitimieren, was »auch das Risiko der [...] subjektiven Beeinträchtigung der Autonomie birgt« (BOCK/HEINZ, 2016, S. 207 f.). Die

Hauptaufgabe psychiatrisch Tätiger sei, Druck und Spannungen aus sozialen Systemen zu nehmen. Je größer der Handlungsdruck und je unklarer die Ursache der Auffälligkeiten, desto eher verließen sich Therapeuten auf verinnerlichte, teils unbewusste Verhaltensmuster. Stereotype ermöglichen uns, v. a. in Situationen mit Handlungsdruck, keine Zeit auf der Suche nach richtigen Lösungen zu verlieren, sondern schnell und effizient handlungsfähig zu bleiben. Bei fremdaggressivem Verhalten springe sofort ein tief eingepprägtes, nach psychotischen, manischen oder deliranten Symptomen suchendes Muster an. Symptome wie Halluzinationen, wahnhaftes Verknüpfungen, Denkstörungen, Ich-Störungen etc. öffnen eine Schublade, die wiederum Behandlungsoptionen in die Hand gebe. In akuten Situationen habe es wenig Sinn, nach biografischen Traumata, Kränkungen etc. zu suchen, die Verhalten erklärbarer machen, jedoch keine sofortige Handlungsoption eröffnen (vgl. WEINMANN, 2019, S. 64). Hier komme es häufig zu schnellen Diagnosestellungen und der Erwartung an Psychiater, derart »therapeutisch« aktiv zu werden, dass Selbst- bzw. Fremdgefährdung minimiert werden. Generell würden in der medizinisch geprägten Psychiatrie psychische Symptome nicht als (hilflose) Reaktion auf psychische und soziale Konflikte gewertet. Die »Vor-Urteile«, die sich in der scheinbaren Stimmigkeit psychiatrischer Diagnosesysteme zeigen, führen zum Aufsetzen einer diagnostischen Brille, mit der freiwillig Hilfesuchende oder wegen Auffälligkeiten unfreiwillig Vermittelte durch Therapeuten beurteilt werden. Durch jene »Brille« würden außerhalb der Psychiatrie greifende, menschliche Bewertungskriterien ausgesetzt und medizinisch verengt (vgl. ebd., S. 66; siehe Kapitel 2.3.1). Es sei zu hinterfragen, wie es sein kann, dass die sich über mehr als hundert Jahre entwickelte, »moderne« Psychiatrie immer noch keine kohärente theoretische Fundierung besitzt und dennoch in der westlichen Welt das dominante Modell zum Umgang mit psychischen Auffälligkeiten vorgibt bzw. exportiert (vgl. PATEL, 2007). Die von »Psychiatriebetroffenen/-überlebenden«, kritischen Therapeuten und »Antipsychiatern« ausgehenden Proteste gegen psychiatrische Paradigmen werden zwar zur Kenntnis genommen, bleiben jedoch überwiegend wirkungslos. Sowohl die Gesellschaft als auch das Fachgebiet scheinen nicht auf die psychiatrische Kontrollfunktion verzichten zu wollen. Dies verarbeiten sie mehr oder weniger mit den Mitteln der (Selbst-)Täuschung und leisten sich ein ausgeklügeltes, folgenden Zielen dienendes Psychiatriesystem (vgl. WEINMANN, 2019, S. 238 f.):

- einen Ort für eigenwillige, auffällige, psychisch labile und leidende Menschen (bzw. jene, an denen andere leiden) zu schaffen, sie vor den Belastungen des Lebens zu schützen, ihr Inneres zu dämpfen oder das Ausleben ihrer Impulse zu verhindern;
- den Eindruck von Kontrolle und (medizinischer) Hilfe für psychisch labile, sozial auffällige oder auch gefährliche Menschen in der Bevölkerung zu bewahren;
- bei diesen Gewalt gegen andere oder gegen sich selbst zu beherrschen;
- Arbeitsplätze von Ärzten, Psychologen, Pflegenden, Ergo-, Sozialtherapeuten ... zu erhalten;