

Jasmina Eifert

## **EXORZISMUS – BETRACHTUNG AUS EINER PSYCHOLOGISCHEN PERSPEKTIVE**

Selbsternannte Befreiungsdienstler wie Nature23 oder Torik ziehen immer mehr mediale Aufmerksamkeit auf sich und geben teilweise eindeutige Heilsversprechen (Nature23, 2023). Laut ihnen selbst seien sie in der Lage, Dämonen auszutreiben – durch Exorzismen. Das Ganze soll im Fall von Nature23 u.a. durch Fixierungen/Fesselungen und Verbrennen der Haut mit Streichhölzern durchgeführt werden. Mittlerweile existieren mehrere Beiträge von Betroffenen, die nach diesen Prozeduren von enormen physischen und psychischen Folgen berichten (SPIEGEL TV, 2024).

Doch warum gehen Menschen zu Internet-Exorzisten? Welchen Einfluss können psychische Störungen haben und sind Betroffene dann überhaupt einwilligungsfähig? Was sind mögliche Folgen von Exorzismen? Wie können Menschen stattdessen nachhaltig unterstützt werden? Der nachfolgende Text soll ein Versuch sein, diese Fragen aus einer psychologischen Perspektive zu beantworten.

### **Warum gehen Menschen zu Exorzisten?**

Es gibt verschiedene Gründe, warum Exorzisten wie Nature23 oder Torik aufgesucht werden. Der wohl naheliegendste Grund ist der tatsächliche *Glaube an Besessenheit*, wobei vor allem verschiedene *psychische Störungen* eine wichtige Rolle spielen. Betroffene können als Teil eines Störungsbildes tatsächlich der Überzeugung sein, an dämonischer Besessenheit zu leiden oder Symptome von Störungsbildern können in bestimmten Umgebungen als Besessenheit interpretiert werden. Im nächsten Punkt wird auf die einzelnen Störungsbilder genauer eingegangen.

*Mangelhaftes Wissen über psychische Störungen* dürfte hier ebenfalls ein entscheidender Einflussfaktor sein. Das gilt vor allem in bestimmten Kulturkreisen, in welchen Dämonen und Exorzisten als normale Erklärungsgrundlage genutzt werden und die Psychologie eine untergeordnete Rolle spielt (z.B. Pietkiewicz & Lecoq-Bamboche, 2017). Aber auch in westlichen Kulturkreisen ist nicht davon auszugehen, dass alle Menschen über umfassendes Wissen zu psychischen Störungen verfügen. Zusätzlich kann eine Neigung zur *Externalisierung von auslösenden Faktoren* dazu beitragen, die Ursache von Leid eher in einer fremden Entität (wie in einem Dämon) als in eigenen dysfunktionalen Bewältigungsstrategien und damit verbundenen psychischen Beschwerden zu sehen. So muss man sich weniger mit traumatisierenden Erlebnissen in der Biografie oder mit als unangenehm empfundenen eigenen Dispositionen beschäftigen, welche zur Entstehung von psychischen Erkrankungen beigetragen haben könnten. In einer Psychotherapie wäre solch eine *Konfrontation mit eigenen Problemlagen* unvermeidbar. Auch ein Bedürfnis nach *Simplifizierung* führt u.U. dazu, für verschiedene Symptome eher Dämonen als Erklärungsgrundlage zu nehmen, als Ansätze der klinischen Psychologie und Psychiatrie zu nutzen. Psychische Erkrankungen sind im Gegensatz zu „Dämonen“ wesentlich komplexer. So ist die Entstehung von psychischen Störungen stets als multifaktoriell anzusehen – normalerweise spielen immer personale, interpersonale, soziokulturelle und biologische Faktoren zusammen. Allein zur Diagnostik und Differenzierung psychischer Störungen benötigt es viele Jahre an Ausbildung sowie reliable und valide Messinstrumente wie Fragebögen oder klinische Interviews, welche oftmals wiederum weitere Schulungen benötigen.

Aber nicht nur die Entstehung und Diagnostik von psychischen Störungen ist komplex, auch die Behandlung (meist Psychotherapie mit evtl. begleitender Psychopharmakologie) ist aufwendig – sie benötigt viel Zeit und Ressourcen. Eine zusätzliche Hürde ist die *schlechte Versorgungslage* von Erkrankten. Betroffene warten nicht selten über ein Jahr auf einen ambulanten Therapieplatz und auch stationäre Einrichtungen sind oft überbelegt. Einige Störungsbilder (wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung/ kurz: BPS) werden zudem oft nur durch speziell geschulte Psychotherapeut:innen behandelt, wodurch Betroffene noch schlechtere Chancen auf einen Therapieplatz haben. Exorzisten aufzusuchen, welche im Internet eine Garantie für Heilung und eine schnelle Lösung versprechen, kann so verlockender werden. Damit verbunden ist die *Stigmatisierung von psychischen Störungen* als mögliches Hindernis zur Nutzung von psychotherapeutischen Angeboten. Auffallend ist hierbei, dass vor allem jene psychischen Störungen mehr mit dem Aufsuchen von Exorzisten zusammenhängen, welche besonders stark stigmatisiert werden. So konnte beispielsweise Braun (1994) zeigen, dass bei charismatischen Christ:innen vor allem Frauen mit einer Borderline-Störung (BPS) an Besessenheit glauben und Exorzisten aufsuchten. Die BPS stellt eine

der meiststigmatisierten Störungsbilder dar – sowohl durch die Allgemeinbevölkerung als auch durch Fachkräfte (zur Übersicht inklusive Erklärungsansätzen: Linehan, 1993; Eifert, 2023). Aber auch Menschen mit Störungen aus dem psychotischen Bereich scheinen besonders häufig Exorzisten aufzusuchen. Auch diese Störungsbilder sind mit enormer Stigmatisierung verbunden (Gerlinger et al., 2013). Eine empirische Prüfung des postulierten Zusammenhanges zwischen Stigmatisierung von bestimmten Störungsbildern und dem gehäuften Aufsuchen von Exorzisten steht noch aus. Zuletzt sollte der mögliche Einfluss von *geistlichem Missbrauch* thematisiert werden. So haben sich mir Betroffene anvertraut, welchen in konfliktträchtigen religiösen Gruppen eine angebliche Besessenheit eingeredet wurde und teilweise auch inoffizielle Exorzismen erleben mussten. Einzelne Erzählungen ersetzen selbstverständlich keine wissenschaftliche Untersuchung, trotzdem dürfen diese Menschen meines Erachtens nicht ungehört bleiben. Das gezielte *Einreden von Besessenheit* als Teil von geistlichem Missbrauch könnte also auch eine Rolle spielen, welche noch wissenschaftlich überprüft werden sollte. Zusammenfassend könnten folgende Faktoren einen Einfluss auf das Aufsuchen von Exorzisten haben: *Einreden von Besessenheit, Glaube an Besessenheit als Symptom eines Störungsbildes und Falsch-Interpretation von psychischen Störungen u.a. durch mangelndes Wissen, Externalisierung von Auslösern, Vermeidung von Konfrontation mit eigenen Problemen, Bedürfnis nach Simplifizierung, kulturelle Einflüsse bei der Interpretation von Symptomen* und die *schlechte Versorgungslage* (vor allem Mangel an Therapieplätzen und fehlende Psychoedukation) sowie die *Stigmatisierung von psychischen Störungen*. Ein Teil dieser Faktoren werden auch in anderen Fachtexten genannt (Buch, 1994; Pietkiewicz & Lecoq-Bamboche, 2017), andere wurden nach bestem Wissen bisher noch nicht öffentlich diskutiert.

### Welche Störungsbilder sind mit dem Aufsuchen von Exorzisten verbunden?

Es gibt einige Störungsbilder, bei denen Menschen entweder direkt davon überzeugt sind, besessen zu sein oder die Symptome als Besessenheit interpretiert werden. Diese Störungen können ein Aufsuchen von Exorzisten unter zuvor genannten Aspekten begünstigen. Dabei sind vor allem folgende Erkrankungen zu nennen: *Schizophrenie, Besessenheits-Trance-Störung, dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen* sowie die *PTBS*. Diese werden im Folgenden näher beschrieben, eine Übersicht der jeweiligen Diagnosekriterien bieten die Klassifikationssysteme ICD-10, ICD-11 oder DSM-5 (APA, 2013; BfArM, n.d.; Dilling & Freyberger, 2019). Die Basis für den folgenden Abschnitt stammt von Braun (1994), wurde aber um einige wesentliche Punkte ergänzt.

Die Verbindung zwischen den Symptomen der *Schizophrenie* und einem Besessenheitserleben besteht bereits seit über 60 Jahren (Jaspers, 1963). Das sehr komplexe Störungsbild kann in verschiedene Symptomgruppen unterteilt werden: Wahn und Halluzination, Denkstörung und Bizarrheit sowie die Gruppe der Negativsymptomatik (zur Übersicht der verschiedenen Symptome: Remschmidt & Theisen, 2011). Besonders die bizarren Bewegungsmuster wie eine *Flexibilitas cerea* (Betroffene können in beliebige Haltungen gebracht werden und verharren dann in diesen) oder ein *Stupor* (Erstarren ohne Möglichkeit einer Veränderung der Körperhaltung) können bei Menschen mit wenig Wissen über psychische Erkrankungen dafür sorgen, dass diese als dämonische Besessenheit gedeutet werden. Aber auch sog. *formale Denkstörungen* (wie der *Gedankenabriss*, wobei Gedanken „abreißen“, Assoziationsketten blockiert werden und der Sinn des Gesagten verloren geht) oder *inhaltliche Denkstörungen* (z.B. wahnhaftes Erleben) können vom Umfeld als „dämonisch“ wahrgenommen werden, genauso wie das klassische Stimmenhören. Hierbei hören Betroffene kommentierende, dialogisierende oder imperative Stimmen, welche vor allem für die Erkrankten als dämonische Aktivität interpretiert werden können.

Neben der Schizophrenie spielen auch die *dissoziativen Störungen* eine wichtige Rolle. Hierbei handelt es sich um Störungsbilder mit Unterbrechungen oder Diskontinuität der Integration von „Identität, Empfindungen, Wahrnehmungen, Affekte, Gedanken, Erinnerungen, Kontrolle über Körperbewegungen oder Verhalten“ (BfArM, n.d.). Einfacher erklärt: Bei den dissoziativen Störungen geht es um eine klinisch relevante und nicht mehr integrierbare Abspaltung von Bewusstseinszuständen, welche partiell oder vollständig sowie von unterschiedlicher Dauer sein können.

Im Alltag kennen die meisten Menschen *leichte* dissoziative Symptome – Tagträumen während einer langen Busfahrt oder der Autopilot beim Wocheneinkauf sind Beispiele hierfür. Man fühlt sich kurzzeitig wie hinter einem Nebelschleier, ist etwas weniger gut zeitlich/räumlich orientiert oder erinnert sich nicht daran, was man die letzten Minuten genau gemacht hat. Normalerweise kann man die kurzfristige und

leichte Abspaltung einfach unterbrechen: Wenn jemand unseren Namen ruft oder uns antippt, sind wir wieder hellwach.

Bei den dissoziativen Störungen ist diese Abspaltung hingegen so stark, dass Betroffene in ihrem Alltag sowie ihrer generellen Lebensqualität stark beeinträchtigt sind und beispielsweise keine Kontrolle mehr über ihren eigenen Körper haben, ziellos flüchten (*dissoziative Fugue*) oder unter Episoden von enormen Gedächtnislücken leiden (*dissoziative Amnesie*). Wer sich einen Überblick über die verschiedenen dissoziativen Störungen verschaffen möchte, dem empfehle ich z.B. Fiedler (2013).

Die wohl bekannteste dissoziative Störung ist die *dissoziative Identitätsstörung* (DIS) (früher: multiple Persönlichkeitsstörung), welche sich durch mehrere Persönlichkeitszustände in einer Person auszeichnet. Betroffene spüren immer wieder einen Wechsel der präsenten Persönlichkeitszustände mit jeweils eigenen Erlebens-, Wahrnehmungs- und Vorstellungsmustern, welche zu Veränderungen in Empfinden, Wahrnehmung, Affekt, Kognition und Verhalten führen. Häufig werden diese Wechsel der steuernden Anteile durch Episoden der Amnesie begleitet – Menschen mit einer DIS können sich dann nicht mehr erinnern, was in der Zeit passiert ist, als ein bestimmter anderer Anteil „am Steuer“ war.

Eine ältere Untersuchung deutet darauf hin, dass bis zu knapp 29% der DIS-Betroffenen von dämonischen Persönlichkeitsanteilen berichten (Ross et al., 1989), wobei es wichtig wäre, diese Ergebnisse zu replizieren und auf Aktualität zu überprüfen. Neben als Dämonen wahrgenommenen Anteilen kann auch das gesamte Störungsbild als Besessenheit fehlinterpretiert werden – wenn nur wenig Wissen über psychische Störungen vorherrscht und/oder andere zuvor genannte Faktoren zutreffen.

Neu im ICD-11 ist auch die sog. *Besessenheits-Trance-Störung*, welche als spezielles Störungsbild der *dissoziativen Störungen* folgendermaßen beschrieben wird:

„Die Besessenheits-Trance-Störung ist durch Trancezustände gekennzeichnet, in welchen der Bewusstseinszustand der Person deutlich verändert ist und das gewohnte Gefühl der persönlichen Identität durch eine externe, ‚besitzergreifende‘ Identität ersetzt wird und in denen das Verhalten oder die Bewegungen der Person als vom besitzergreifenden Agens kontrolliert erlebt werden. Besessenheitstrance-Episoden treten immer wieder auf, oder, wenn die Diagnose auf einer einzigen Episode beruht, hat die Episode mindestens mehrere Tage gedauert. Der Zustand der Besessenheitstrance ist unfreiwillig und unerwünscht“ (BfArM, n.d.).

Ob Betroffene auch tatsächlich gehäuft zu Exorzisten gehen, wurde nach bestem Wissen bisher noch nicht untersucht. Dass von Besessenheit überzeugte Menschen vermutlich eher an eine Austreibung dieser Dämonen als an Psychotherapie denken, ist allerdings meiner Ansicht nach nicht abwegig.

Bisher nur sehr selten mit dem Aufsuchen von Exorzisten in Verbindung gebracht: die *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (BPS). Die Kriterien der BPS sind in Tabelle 1 übersichtlich dargestellt.

**Tabelle 1:** Borderline Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 (APA, 2013, S. 663)

---

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie eine deutlich erhöhte Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

---

1. verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind)
  2. ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
  3. eine Identitätsstörung (ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung)
  4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Aktivitäten (z.B. Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Essanfälle - hier werden wieder keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind)
  5. wiederholte suizidale Handlungen, Suizidandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
  6. affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)
  7. chronische Gefühle von Leere
  8. unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
  9. vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome
-

Vor allem die vorübergehenden schweren dissoziativen Symptome (Kriterium 9) können wieder als Zeichen von Besessenheit gesehen werden. Bei dissoziativen Symptomen im Falle der BPS handelt es sich meist um sog. *Depersonalisations-* bzw. *Derealisationssphänomene*. Hierbei haben Betroffene das Gefühl, von ihrer Umgebung (Depersonalisation) oder ihre Umgebung von ihnen (Derealisation) abgespalten und nicht mehr wahr- bzw. integrierbar zu sein. Aber auch selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität oder starke Emotionsausbrüche werden manchmal als dämonische Aktivität interpretiert (z.B. in einer Fallstudie von Pietkiewicz & Lecoq-Bamboche, 2017). Auch Internet-Exorzist Torik ist überzeugt, dass es sich bei derartigen Symptomen um Zeichen für Dämonen handeln würde (z.B. TorikLiebtJESUS, 2024). Auch bei der *PTBS (posttraumatische Belastungsstörung)* kann es zu vorübergehenden dissoziativen Zuständen kommen, vor allem wenn Betroffene an ihre traumatischen Erfahrungen erinnert werden (sog. Trigger/Auslöser). Neben Dissoziationen spielen bei der PTBS vor allem die sog. Kernmerkmale eine wichtige Rolle: Hypervigilanz/Übererregtheit, Intrusionen (ungewolltes Erinnern an traumatische Ereignisse) sowie Vermeidungsverhalten. Hier könnten vor allem auch die Intrusionen als dämonische Aktivität fehlinterpretiert werden, da sich diese Erinnerungen sehr stark aufdrängen, die Gedanken daran sich nur wenig steuern lassen und sich somit auch fremdartig anfühlen können. Ein Beispiel für diese Fehlinterpretation findet sich bei Pietkiewicz & Lecoq-Bamboche (2017). Neben den bereits beschriebenen Störungsbildern könnten auch verschiedene weitere Erkrankungen als Besessenheit gedeutet werden: *Tourette, Epilepsie, Zwangsstörungen, affektive Störungen mit psychotischem Erleben* oder *substanzinduzierte Störungen* (Braun, 1994; Trethowan, 1976). Bei den Zwangsstörungen können vor allem Blasphemien, ritualisiertes Handeln (wie zwanghaftes Zählen, Waschen oder Bewegungsabläufe) oder eine zwanghafte Beschäftigung mit sexuellen Gedanken eine Rolle spielen. Diese können sowohl für Betroffene als auch für das Umfeld derartig bizarr wirken, dass Dämonen als Erklärung herangezogen werden könnten – wenn die bereits genannten obigen Einflussfaktoren (wie mangelndes Wissen oder kulturelle Einflüsse) zutreffen.

### **Was sind sonstige Auffälligkeiten bei Exorzismus-Aufsuchenden?**

Obwohl die Studienlage zu der Thematik relativ dünn ist, gibt es immer wieder Untersuchungen mit Menschen, welche Exorzisten aufsuchen. So untersuchte Braun (1994), inwieweit n=40 charismatische Christ:innen, welche glaubten besessen zu sein und in der Vergangenheit Exorzisten aufsuchten, sich von einer Kontrollgruppe (n=88) unterscheiden. Hierbei ist anzumerken, dass die Stichprobe sehr spezifisch ist und die Ergebnisse zwar einen Anhaltspunkt geben, aber nicht allgemein als Beschreibung der Gesamtpopulation an Exorzismus-Aufsuchenden übernommen werden können.

Auffällig war die hohe Prävalenz von Kindesmissbrauch in der Vergangenheit: 75% der Betroffenen gaben an, in der Kindheit missbraucht, misshandelt oder vernachlässigt worden zu sein. 46% der Exorzismus-Gruppe wurden zudem in ihrem Leben bereits aufgrund psychotischer Störungen (wie Schizophrenie), Depressionen, DIS, Zwangsstörungen oder BPS behandelt. Auch zum Zeitpunkt der Untersuchung fand sich in dieser Gruppe signifikant mehr klinische Symptomatik, vor allem im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Angststörungen. So erfüllten 23% der Exorzismus-Gruppe in einem Screening die Kriterien einer BPS. Zum Vergleich: die durchschnittliche Prävalenz in der Gesamtbevölkerung liegt bei ca. 1.6% (Fiedler, 2018).

Insgesamt handelte es sich um eine besonders belastete Gruppe mit hoher emotionaler Labilität und psychosozialer Vulnerabilität (signifikant mehr Stresserleben, soziale Isolation und weniger wahrgenommene soziale Unterstützung). Zudem gaben sie eher an, mehr über dämonische Verhaltensweisen zu wissen und waren im Vergleich zur Kontrollgruppe positiver gegenüber Exorzismen eingestellt. Viele der Hypothesen des Autors konnten bestätigt werden – dass Menschen in der Exorzismus-Gruppe sich absichtlich dramatisch verhalten oder versuchen eine soziale Rolle zu erfüllen, traf hingegen eher nicht zu.

### **Sind Betroffene überhaupt einwilligungsfähig?**

Wenn man sieht, wie stark belastet und psychisch beeinträchtigt diese Population an Exorzismus Aufsuchenden möglicherweise ist, stellt sich zurecht die Frage inwieweit diese einwilligungsfähig sind. Dazu ist zunächst anzumerken, dass nicht alle Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht

einwilligungsfähig sind. Aber es gibt einige Fälle, bei denen die Einwilligungsfähigkeit überprüft werden muss, z.B. durch rechtspsychologische Gutachten.

Klar ist, dass Menschen in stark *bemusstseinsbeeinträchtigten Zuständen* wie bei einer Substanzintoxikation oder während starker dissoziativer Zustände durchaus nicht in der Lage sind, Folgen ihres Handelns oder der Handlungen anderer Personen richtig einschätzen zu können. Auch andere Gegebenheiten wie schwerste Persönlichkeitspathologie, massive kognitive Beeinträchtigungen oder enorm psychotische Symptomatik können die Einwilligungsfähigkeit stark einschränken.

Selbstverständlich muss eine Person generell stets über Handlungspläne wie einen Exorzismus umfassend aufgeklärt werden und die Einwilligung muss während einer Handlung jederzeit zurücknehmbar sein. Wenn jemand also während eines Exorzismus diesen abbrechen möchte, muss logischerweise der Forderung Folge geleistet werden.

Gerade im Fall von Nature23 sei hier auch auf das Problem der Fixierung hingewiesen: „Jede Fixierung stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte dar und ist prinzipiell im Sinne einer Freiheitsberaubung strafbar. Ist eine Fixierung > 30 min oder eine wiederholte Fixierung zum Schutz des Patienten erforderlich, ist eine richterliche Genehmigung einzuholen“ (Georg Thieme Verlag KG, 2024). Dies gilt für den Kontext Krankenhaus – wer aber mit Heilsversprechen wirbt (siehe z.B. Nature23, 2023), sollte zumindest moralisch betrachtet auf dem Stand des Bundesverfassungsgerichts (2018) und somit auch auf dem Stand der Medizin sein.

### **Was sind mögliche Folgen von Exorzismen?**

Auch hier ist die Studienlage eher dünn. Im Folgenden soll trotzdem kurz die bereits erwähnte Fallstudie von Pietkiewicz & Lecoq-Bamboche aus dem Jahre 2017 vorgestellt werden:

Hierbei wurde eine mauritische Frau mittels Forschungsinterviews zu ihren Erfahrungen mit Exorzismen befragt. Das Ergebnis: Die (teils gegen ihren Willen) durchgeführten Exorzismen hatten auf die bereits biografisch vorbelastete Frau einen retraumatisierenden Effekt. Diese berichtete unter anderem von Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit, die Exorzismen im Erwachsenenalter sorgten dann für ein Wiedererleben des Kontrollverlustes, welche wiederum zu dissoziativen Zuständen und dadurch zu noch intensiveren Gefühlen von Kontrollverlust führten. Auch hier wurde von Fixierungen durch ein Festhalten von Exorzisten berichtet. Die Ergebnisse der Fallstudie sprechen ebenfalls deutlich dafür, dass Fixierungen nur im äußersten Notfall angewandt werden sollten – vor allem bei Überlebenden von Gewalt. Außerdem wurden in dieser Untersuchung mögliche kulturelle Einflüsse diskutiert.

In einer Untersuchung von Bull et al. (1998) wurden N=15 DIS-Betroffene mit Exorzismus-Erfahrungen zu ihrer persönlichen Wahrnehmung dieser Erlebnisse befragt. Je mehr Kontrolle die Betroffenen über den Exorzismus hatten, desto positiver war für diese die Erfahrung. Wenn sie hingegen keinerlei Autonomie erlebten (und Exorzismen sogar teils gegen ihren Willen und/oder unter Fixierung durchgeführt wurden), bewerteten alle diese Exorzismen als Missbrauchserfahrungen. Zudem berichteten die Betroffenen dann u.a. von einem erhöhten Therapiebedarf und negativen Einflüssen auf ihr spirituelles Erleben.

Zwar ist nicht genau klar, wie die Exorzismen in den beiden Untersuchungen abliefen und eine eindeutige Übertragung auf alle Praktiken von Internet-Exorzisten ist nicht automatisch möglich. Die Ergebnisse sprechen allerdings deutlich gegen eine Fixierung als Lösung der Probleme und Möglichkeit zur Heilung – und stehen somit im deutlichen Kontrast zu den Behauptungen von Nature23 (2023). Im Gegenteil: Betroffene berichten eher von weiterer Traumatisierung und einer Verstärkung von Problemen, inklusive erhöhtem Therapiebedarf.

### **Wie sollten Betroffene behandelt werden?**

Was kann man nun allerdings tun, um Betroffenen wirklich zu helfen? Liegt eine psychische Störung vor, sind Psychotherapie und die Psychiatrie die Behandlungsmethoden erster Wahl. Was kann man allerdings machen, wenn Personen keine psychotherapeutischen oder psychiatrischen Maßnahmen nutzen wollen? Wie eingangs beschrieben gibt es Gründe wie eine schlechte Versorgungslage oder Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen, welche Menschen eher davon abhalten, ihre Probleme auf diesem Wege zu bearbeiten.

Hier spielen Beratungsstellen und die Seelsorge eine enorm wichtige Rolle. Diese sind meist niederschwelliger und könnten beispielsweise zu Therapieplätzen vermitteln. Ebenfalls sinnvoll ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Stellen wie der Psychiatrie, der Psychotherapie und der Seelsorge. Von zentraler Bedeutung ist es, die Menschen dort abzuholen, wo sie derzeit stehen und möglichst flexibel nach gemeinsamen Lösungen zu suchen.

Hierbei möchte ich vor allem an Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen appellieren, Angebote wie eine Seelsorge nicht zu ignorieren, sondern diese als Bereicherung für das eigene Arbeiten mit seinen Klient:innen zu sehen. Manche Themen können u.U. eher mit Kolleg:innen aus der Seelsorge besprochen werden, welche mehr Bezug zu weltanschaulichen Fragen haben. Dies bedeutet nicht, dass eine medizinische und psychologische Versorgung zweitrangig wird, sondern dass wir immer wieder voneinander profitieren können und sollten.

Als primäres Ziel ist gerade aktuell wichtig, Betroffene vor Schäden durch Falschbehandlungen zu bewahren. Das möchten alle, die in beratenden oder behandelnden Kontexten tätig sind – egal ob Therapeut:in, Pädagog:in, Sozialarbeiter:in, Pfarrer:in oder andere Berufsgruppen. Vernetzung und Zusammenarbeit wird vor allem unter dem Aspekt der Betroffenen sicherheit immer bedeutsamer.

#### Literatur

- APA. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders* (5. Aufl.). American Psychiatric Association.
- BfArM. (n.d.). ICD-11 in Deutsch - Entwurfsfassung. Zugriff am 24. Juli 2024, verfügbar unter [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html;sessionId=F025A1D8FACD370E9E63C917FBD14D64.intranet672](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;sessionId=F025A1D8FACD370E9E63C917FBD14D64.intranet672)
- Buch, W. (1994). *Exorcism-seekers: clinical and personality correlates*. [Dissertation]. <http://hdl.handle.net/2429/6987>.
- Bull, D. L., Ellason, J. W. & Ross, C. A. (1998). Exorcism revisited: positive outcomes with dissociative identity disorder. *Journal of Psychology and Theology*, 26(2), 188-196.
- Bundesverfassungsgericht. (2018). *ECLI:DE:BVrfG:2018:rs20180724.2bvr030915*. [https://www.bverfg.de/e/rs20180724\\_2bvr030915.html](https://www.bverfg.de/e/rs20180724_2bvr030915.html)
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (9. Aufl.). Hogrefe.
- Eifert, J. (2023). *Stigmatisierung der Borderline Persönlichkeitsstörung: Einstellungen Studierender der Sozial- und Humanwissenschaften*. [Unveröffentlichte Bachelorarbeit]. Leopold-Franzens Universität Innsbruck.
- Fiedler, P. (2013). *Dissoziative Störungen* (2. Auflage). Hogrefe.
- Fiedler, P. (2018). Epidemiologie und Verlauf von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(2), 85–94. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000344>
- Georg Thieme Verlag KG (2024, 13. Mai). *Unterbringung und Fixierung: Rechtliche Aspekte*. Zugriff am 29.07.2024. Verfügbar unter <https://viamedici.thieme.de/lernmodul/8685160/4954422/unterbringung+und+fixierung+rechtliche+aspekte>
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 155–164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*. University of Chicago Press.
- Nature23. (2023, 10. März). Interview mit Exorzist 1/3 – Dämonen I Exorzismus I Dissoziative Identitätsstörung I Rituelle Gewalt. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=f0z200ljQXY>
- SPIEGEL TV (2024, 08. April). *Nature23 – Der selbst-ernannte Exorzist aus dem Internet*. [Dokumentation]. SPIEGEL TV. <https://tv.spiegel.de/programm/artikel/spiegel-tv-nature23-der-selbsternannte-exorzist-aus-dem-internet>
- TorikLiebtJESUS (2024, 26. Juni). Torik geht in die Psychiatrie: Dämonen austreiben. [YouTube]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=MKnAegirpdQ>
- Thomason, T. C. (2008). Possession, exorcism, and psychotherapy. *Professional Issues in Counseling*, 8(2).
- Trethowan, W. H. (1976). Exorcism: A psychiatric viewpoint. *Journal of medical ethics*, 2, 127-137.
- Pietkiewicz, I. J., & Lecoq-Bamboche, M. (2017). Exorcism Leads to Reenactment of Trauma in a Mauritian Woman. *Journal of child sexual abuse*, 26(8), 970–992. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1372837>
- Remschmidt, H. & Theisen, F. M. (2001). *Schizophrenie*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-540-36273-9>
- Ross, C., Norton, G. R. & Wozney, K. (1989). Multiple Personality Disorder: An Analysis of 236 Cases. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 34(5), 412-418.