

# „Schwer erreichbar“? – Psychotherapeutische Behandlungserfahrungen im Kontext der Ausstiegs- und Distanzierungsarbeit

Heiner Vogel und Kerstin Sischka

## Inhalt

Einleitung	3
Menschen in Radikalisierungsdynamiken aus der Perspektive der psychotherapeutischen Heilberufe	5
Zur Notwendigkeit einer kontextsensiblen Psychotherapie	19
Fallkonstellation: Erreichbarkeit polizeilich auffälliger Personen in Radikalisierungsdynamiken mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf	23
Zusammenfassung	30
Literaturverzeichnis	31
Informationen zu den Autor*innen	32
Impressum	32

## Einleitung

Seit einiger Zeit ist unsere Gesellschaft von Polarisierungs- und Spaltungsdynamiken geprägt, in denen sich Menschen verschiedenen demokratieablehnenden und extremistischen Bewegungen zuwenden, darunter auch islamistischen Bewegungen. Bei der Hinwendung zu solchen ideologischen Angeboten stehen soziale wie auch psychische Faktoren in einer Wechselbeziehung. In der Fachdebatte um die Distanzierungs- und Ausstiegsarbeit wird daher die Notwendigkeit des Zusammenwirkens verschiedener Berufsgruppen anerkannt. Eine Teilgruppe unter den Personen, die sich radikalisieren, ist allerdings (zunächst) schwer erreichbar für pädagogische oder psychosoziale Interventionen. Nicht nur soziale Belastungen, auch psychische Erkrankungen oder persönlichkeitsstrukturelle Aspekte, die das Erleben und Verhalten verändern, üben dabei einen Einfluss aus, so dass ein Mensch zunächst schwer erreichbar für pädagogische, soziale oder auch psychotherapeutische Angebote der Distanzierungs- und Ausstiegsbegleitung wirken kann. Wenn diese „schwere Erreichbarkeit“ besser verstanden wird, steigen die Chancen, einen noch nicht intrinsisch motivierten Menschen dafür zu gewinnen, sich für eine Veränderung zu entscheiden, sodass ein Ausweg aus der Radikalisierung möglich wird.

Wir haben uns daher im Rahmen einer Interviewstudie mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Kolleg\*innen der Frage gewidmet, wie sie in ihren Tätigkeitsfeldern das „schwer erreichbar“-Sein mancher Patient\*innen konzeptualisieren, ob dies auch auf Menschen in Radikalisierungsdynamiken übertragbar ist und wie sie mit solchen Menschen arbeiten. Als empirische Grundlage für diesen Beitrag dienten Auswertungsergebnisse von Expert\*innen- und Fokusgruppengesprächen, die wir mit insgesamt elf Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen aus den Bereichen der Polizei und des Strafvollzugs, der Ausstiegs- und Distanzierungsarbeit sowie aus niedergelassenen Praxen geführt haben. Darüber hinaus wurden relevante Sekundärliteratur und eigene praktische Erfahrungen im Feld einbezogen. Folgenden erkenntnisleitenden Fragestellungen sind wir dabei gemeinsam mit den Fachkräften nachgegangen:

- Was bedeutet „schwer erreichbar“ im Rahmen einer psychotherapeutischen bzw. psychoanalytischen Konzeptualisierung?
- Wie können vermeintlich nicht motivierte Klient\*innen mit psychischen Belastungen erreicht werden?
- Welche Wirkfaktoren spielen bei der Kontaktabahnung eine wichtige Rolle?
- Welche kommunikativen und therapeutischen Strategien setzen Fachkräfte in den ersten Sprechstunden gegenüber schwer erreichbaren Patient\*innen ein und wie kann sich daraus eine Grundlage für ein Vertrauensverhältnis entwickeln?
- Welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus für die Sekundär- und Tertiärprävention?

Die Interviewten kommen teilweise aus dem seit 2015 aufgebauten psychotherapeutischen Netzwerk der psychotherapeutisch-psychiatrischen Beratungsinitiative nexus. Diese bietet Fachberatungsstellen im Bereich islamistischer Radikalisierung psychologisch-psychotherapeutische und psychiatrische Fallhilfen für ihre Arbeit mit Klient\*innen in diesem Phänomenbereich. Zu den Fallhilfen gehören fallbegleitende Beratungsangebote, konsiliarische Hilfen und die direkte psychologisch-psychotherapeutische Arbeit mit psychisch belasteten Menschen in Radikalisierungsdynamiken als Beitrag zur Distanzierungs- und Ausstiegsarbeit. nexus versucht hierbei die Brücke in das Gesundheitswesen zu schlagen, und kooperiert mit weiteren Angehörigen der Heilberufe (z.B. Psychiater\*innen).

Mehr Informationen zu nexus finden Sie unter  
→ [nexus-psychotherapeutisches-netzwerk.de](https://nexus-psychotherapeutisches-netzwerk.de).

Das Projekt befindet sich in Trägerschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin und wird vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und der Landeskommision Berlin gegen Gewalt gefördert.

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) oder des Bundesministeriums des Inneren und für Heimat (BMI) oder der Landeskommision Berlin gegen Gewalt der Senatsverwaltung für Inneres und Sport (SenInnSport) dar. Für inhaltliche Aussagen tragen die Publizierenden die Verantwortung.

Gefördert durch:



# Menschen in Radikalisierungsdynamiken aus der Perspektive der psychotherapeutischen Heilberufe

Gerade auch in den Krisenzeiten der zurückliegenden Jahre, beispielsweise der Pandemie oder globalen Konflikten, sind Psychotherapeut\*innen mit Menschen in Radikalisierungsdynamiken in Kontakt gekommen. Dabei können sich mitunter schon früh in Sprechstunden und zu Beginn einer Behandlung Bewältigungsversuche der Patient\*innen im Zusammenhang mit ideologischen Versatzstücken oder Verschwörungsmythen offenbaren. Daher ist in jüngster Zeit unter den Heilberufen eine stärkere Auseinandersetzung in Gang gekommen, wie mit Personen, die auch im psychotherapeutischen Kontext extremistische Haltungen äußern, professionell umgegangen werden kann.<sup>1</sup>

Zwar geht es in der psychotherapeutischen Behandlung nicht primär um einen Beitrag zum Ausstieg aus extremistischen Ideologiewelten und Gruppenbezügen. Allerdings können Menschen, die mit diesen Fragen auch emotional und kognitiv beschäftigt sind, in ihrer Psychotherapie dafür durchaus einen Raum erhalten. Wenn es der psychischen Gesundheit förderlich ist, kann die Empfänglichkeit für extremistische Angebote und auch die Distanzierung oder der Ausstieg aufgrund von Belastungen im Zusammenhang mit extremistischen Gruppen oder Ideologien durchaus zu einem Thema psychotherapeutischer Gespräche werden.

Wenn wir über den Beitrag der Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen im Kontext von Distanzierungs- und Ausstiegshilfen sprechen, dann ist es sinnvoll, idealtypisch zwei Gruppen von Personen zu unterscheiden: diejenigen, die aus eigenem Antrieb eine psychotherapeutische Praxis aufsuchen und solche, die zunächst fremdmotiviert sind bzw. „geschickt“ werden. Alle Interviewten haben die Haltung vertreten, dass eine Psychotherapie nicht möglich ist, wenn betroffene Personen nicht wenigstens eine hinreichende eigene, intrinsische Motivation dafür entwickeln können. In unserem Text wollen wir uns der Gruppe zuwenden, die zunächst in hohem Maße fremd- oder sekundär motiviert ist: Dies sind beispielsweise Personen, die im sozialen Kontext mit Taten, Äußerungen oder Verhaltensweisen auffällig geworden sind, die in Bezug zu extremistischen Ideologien oder Gruppen stehen, und – auch wenn sie sich in akuten Belastungssituationen befinden oder vermutlich psychisch erkrankt sind – den Weg in eine psychotherapeutische Praxis nicht aus eigenem Antrieb suchen. Möglicherweise werden sie in ihrem sozialen Kontext jedoch darauf aufmerksam gemacht, dass es für sie hilfreich sein könnte, oder sie fühlen sich vielleicht dazu „gedrängt“. Mitunter sind es Familienangehörige, nicht selten Vertreter\*innen von Regelstrukturen (Schule, Jugendhilfe, Sozialarbeit, Beratungsstellen), oder auch polizeiliche Präventionsfachkräfte bis hin zur Justiz (die hierbei auch mit Vorstellungs- oder Therapieweisungen agieren kann). Manche dieser Personen haben in ihrem Leben bereits Psychiatriekontakte gehabt, auch wenn dies nicht unmittelbar dazu beiträgt, dass sie den Wunsch nach einer Psychotherapie entwickeln. Die Personen aus dieser Gruppe, deren Zahl – wenn überhaupt – nur je nach Beratungsstelle geschätzt werden kann, sind oftmals in einem doppelten Sinne zunächst schlecht erreichbar: Sie verspüren weder den eigenen Wunsch, sich mit ihren Hinwendungsdynamiken zu befassen, noch sind sie wirklich offen für

---

<sup>1</sup> Das Projekt „HE-QV“ des Universitätsklinikums Ulm hat für Medizin- und Heilberufe mit der E-Learning-Plattform Gewaltschutz ein entsprechendes Fortbildungstool entwickelt (<https://heilberufe-extremismus.elearning-gewaltschutz.de/>, zuletzt geprüft am 25.06.2024).

selbstreflexive Prozesse einer Psychotherapie. Beides kann sich bei einem Teil dieser Personen jedoch entwickeln und sich allmählich zeigen, sodass es doch gelingen kann, solche zunächst extrinsisch motivierten Personen durch Distanzierungs- und Ausstiegshilfen und schließlich auch einem Beziehungsangebot in einer Psychotherapie zu erreichen.

## Wie konstituiert sich das „schwer erreichbar sein“?

Die Interviewten in unserer Studie differenzierten bei der schweren Erreichbarkeit zwischen Aspekten des Versorgungssystems und Aspekten der Kontakt- und Beziehungsgestaltung. Dabei wurden schwerwiegende Mängel und Hürden im Versorgungssystem angesprochen. Denn ein Teil der Menschen, die sich in Radikalisierungsdynamiken verwickeln, können durchaus in großer psychischer Not sein, aber haben in ihrer Biografie immer wieder Situationen erlebt, in denen sie „durch das System rasseln“ (GP11)<sup>2</sup>.

Unter diesen Menschen können auch diejenigen sein, die als „Drehtürpatient\*innen“, „Grenzgänger\*innen“, „Hoch-Risiko-Klientel“ oder auch als „Ethical-Loneliness-Klient\*innen“ bekannt sind. Es ist eine Personengruppe, die sich durch psychosoziale und existentielle Problemlagen auszeichnet und aufgrund des hohen Behandlungsaufwands häufig personenzentrierte Hilfen unterschiedlicher Professionen benötigt (Giertz et al. 2021: 7). In dieser Personengruppe finden sich auch Menschen, die ihre widrigen Lebenserfahrungen und ihre innere Bedrängnis auf eine Weise bewältigen, dass sie schließlich für Hilfsangebote schwer erreichbar werden. Es sind Personen, die mitunter ihre eigene Angst oder Not so „kommunizieren“, dass sie andere Menschen in Angst oder Hilflosigkeit versetzen, und bei denen auch Zustände von Hoffnungslosigkeit, Groll, Ressentiment oder auch Hass eine Rolle spielen können, die sich mit Radikalisierungsdynamiken verbinden. Das „schwer erreichbar“-Sein kann insofern zu einer Koproduktion der individuellen Person und ihres sozialen Umfeldes werden, zu dem auch das Versorgungssystem gehört.

## Ein Blick auf die Versorgungslandschaft: Ist die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung zugänglich für Menschen, die sich radikalieren?

Auch in Fachbeiträgen zivilgesellschaftlicher Beratungsstellen wurden in den letzten Jahren die Hürden der Inanspruchnahme von Psychotherapie oft thematisiert, die innerhalb des Versorgungssystems liegen. Lange Wartezeiten, mangelnde Therapieplätze, die Undurchschaubarkeit des Gesundheitssystems, ein Mangel an Sprachkompetenzen oder auch religions- und kultursensibler Angebote wurden kritisch thematisiert. Vieles davon bestätigte sich in unserer Auswertung<sup>3</sup>, auch wenn hinzugefügt

---

<sup>2</sup> Die Gesprächspartner\*innen werden in diesem Text mit „GP“ anonymisiert zitiert.

<sup>3</sup> So kann der Zugang zur Versorgungslandschaft von unterschiedlichen Faktoren begünstigt oder erschwert werden. In städtischen Räumen gibt es mehr psychotherapeutische und psychiatrische Ansprechpersonen als auf dem Land. Die ohnehin langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz sind dementsprechend bei letzterem länger, was die Möglichkeit der Erreichbarkeit verringern kann. Auch kann es eine Rolle spielen, in welchen Stadtquartieren sich Behandlungssuchende und Therapeut\*innen jeweils aufhalten. Studien deuten darauf hin, dass Menschen aus benachteiligten Verhältnissen größere Schwierigkeiten beim Zugang zur medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung haben oder über ihre Möglichkeiten zu wenig wissen (Sonnenmoser 2012;

werden muss, dass die psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung in den zurückliegenden Jahren viele Entwicklungen durchlaufen hat:

- Die Einführung des Systems psychotherapeutischer Sprechstunden und niedrigschwelliger Akutbehandlungen (Bühning 2018: 204).
- Die Einführung einer zentralen Terminservicestelle (TSS) im Jahr 2020 zur besseren Vermittlung psychotherapeutischer Sprechstunden (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG), auch wenn sich die Wartezeiten für Patient\*innen trotz dieser Reform aufgrund der begrenzten Behandlungskapazitäten in den letzten Jahren widersprüchlich entwickelt haben könnten: Während die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) im Rahmen einer deutschlandweiten Telefonumfrage bei einer Mehrheit von Patient\*innen eine Wartezeit von unter drei Monaten zwischen Kontaktaufnahme und Erstgespräch ermittelte und sich mit der Entwicklung durchaus zufrieden zeigte (DGPM 2024), kommen andere Fachgesellschaften wie die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) auf Basis von Auswertungen von Abrechnungsdaten u.a. der kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Wartezeiten von etwa fünf Monaten. Insbesondere in ländlichen Regionen bestünden längere Wartezeiten (BPtK 2023; DGVT 2023).
- Verbesserungen in der Bedarfsplanung durch Sonderbedarfszulassungen (mit Sprachkompetenz und für unterversorgte Gruppen) sowie der Ausbau der traumapsychotherapeutischen Versorgung (beispielsweise durch Traumaambulanzen (Flatten-Whitehead et al. 2023)).
- Der Ausbau des Systems psychiatrischer Institutsambulanzen, flexibler und stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten und die Auflockerung der Sektorengrenzen (§ 115d SGB V).
- Die Einführung der systemischen Therapie für Erwachsene als Kassenleistung im Jahr 2019 und 2024 auch für Kinder (Le Ker 2024).
- Die Richtlinien zur Komplexversorgung für Erwachsene sowie für Kinder – und Jugendliche (DGVT 2024).
- Die Etablierung von Psychotherapeut\*innen als Lotsen in verschiedenen Bereichen (Justiz, Bewährungshilfe, Polizei, Schulpsychologie etc.).
- Die Integration von Themen, wie Kultur- und Religionssensibilität in die psychotherapeutische Aus- Fort- und Weiterbildung (inkl. Qualitätszirkel religionsensible Psychotherapie) (siehe u.a. dazu Mönter, Heinz & Utsch 2020).
- Diverse Modellprojekte (s.a. GBA), auch mit sozialräumlichem Charakter (GP11), die u.a. in Richtung Kultur- und Religionssensibilität arbeiten.

All dies sind neuere Entwicklungen, die sich im Wesentlichen in den zurückliegenden zehn Jahren vollzogen haben, also auch in eine Zeit fallen, in der unsere Gesellschaft

---

Benson et al. 2020). In manchen Quartieren können auch solche Zielgruppen stärker ansässig sein, die besonders zu psychotherapeutischen Angeboten aufgrund von Hemmungen und fehlenden Kenntnissen schwerer erreichbar sind.

von starken Herausforderungen geprägt ist, z.B. durch Kriege und Flucht, die Pandemie, der Klimawandel, aber auch durch wachsende innergesellschaftliche Spannungen, die äußerst belastend für viele Menschen sind. Auch wenn diese Verbesserungen noch ausgebaut und teilweise auch ihre volle Wirkung erst noch entfalten müssen, so sind sie auch relevant für Menschen, die sich in schweren Krisen befinden, beispielsweise auch, weil sie sich in radikalen Welten verstrickt haben. Vor allem auch die Richtlinien zur Komplexversorgung für Erwachsene wie auch für Kinder und Jugendliche erscheinen hier besonders relevant. Diese sollten erprobt und wo sie unzureichend sind, stetig verbessert und ausgebaut werden. Insofern bedeuten die neueren Entwicklungen nicht, dass alle Probleme gelöst oder alle Hürden ausgeräumt wären.

## Zur psychotherapeutischen Kontaktgestaltung

Im Folgenden soll auf die Kontaktgestaltung mit Menschen eingegangen werden, die bereits in die psychotherapeutische Sprechstunde kommen. Denn unsere Interviewten hoben hervor, dass Menschen einerseits schwer erreicht werden können, weil das Versorgungssystem nicht auf ihre Bedarfe eingeht oder schwer für sie zugänglich ist. Sie können aber auch „im Kontakt schwer erreichbar sein“. Zum Kontext gehört in diesem Zusammenhang, dass psychotherapeutische Sprechstunden in ambulanten Praxen, in psychiatrischen Institutsambulanzen, während einer stationären Aufnahme oder auch durch psychotherapeutische Fachkräfte in Institutionen (im Justizvollzug, in sozialpsychiatrischen Diensten, in Beratungsstellen) stattfinden können. Zumeist kommen Patient\*innen in die psychotherapeutische Sprechstunde aufgrund der individuellen Belastungen oder Erkrankungen. Mitunter werden sie auch nach einem stationären Aufenthalt ambulant weitervermittelt. Weiterhin gibt es im Fall einer Eigen- oder Fremdgefährdung die Möglichkeit einer zwangsweisen Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung. Die Voraussetzungen dafür sind allerdings hoch und derartige Maßnahmen werden nur auf richterliche Anordnung durchgesetzt. Mitunter gibt es auch Formen der aufsuchenden Arbeit wie die stationsäquivalente Behandlung, bei der zu Hause statt auswärts behandelt wird.

Mit Blick auf Menschen in Radikalisierungsdynamiken wollen wir nun auf folgende Felder eingehen:

- Was heißt „schwer erreichbar“ aus psychotherapeutischer Sicht?
- Das Erstgespräch: Hürden abbauen gegenüber schwer erreichbaren Klient\*innen.
- Zur Beziehungsgestaltung mit schwer erreichbaren Patienten in der Behandlung.

## Verstanden werden heißt nicht gleich „sich verstanden fühlen“

Alle unsere Interviewpartner\*innen, auch wenn sie aus sehr unterschiedlichen Arbeitsfeldern kommen, haben sich vertiefte Gedanken darüber gemacht, was diese „schwere Erreichbarkeit“ sowohl innerpsychisch wie auch hinsichtlich der Behandlungsbeziehung konstituiert. Dazu gehört auch die Reflexion, dass nicht allein Patient\*innen



schwer erreichbar, sondern auch Psychotherapeut\*innen selbst für die eigenen Patient\*innen emotional schwer erreichbar sein können (wenn z.B. der Religiosität der zu behandelnden Person abwehrend begegnet wird).

So berichtet eine Gesprächspartnerin: „Das war für mich immer so eine ganz entscheidende Frage, inwiefern können sie sich darauf einlassen oder wie weit muss ich ihnen entgegenkommen, ohne dass das, was man hat, irgendwie vollkommen beliebig wird“ (GP04).

Sich für Patient\*innen erreichbar zu machen, ist ein zentraler Wirkfaktor in der Psychotherapie. Erreichbar sein heißt: verstehen wollen, mitfühlend sein, integer in der eigenen Haltung sein, offen auch für die Bedeutung der Mitteilungen des Gegenübers, in Krisen verlässlich sein etc. Dementsprechend berichteten die meisten Behandelnden von einer offenen Haltung, die sie einnehmen würden, um Raum zur Mitteilung zu geben. Es ist ein ergebnisoffener Prozess, „der mit einem ständigen Bemühen zu tun hat, das mitzukriegen, das in Balance zu halten, in der Schweben zu halten [...], selbst nicht zu wissen: worauf läuft das hinaus?“ (GP01). Als Psychotherapeut\*in erreichbar zu sein, ist die Voraussetzung dafür, dass eine Behandlung überhaupt gelingen kann.

Das gilt auch bereits für die ersten Begegnungen in der psychotherapeutischen Sprechstunde. Wenn es gelingt, für Patient\*innen erreichbar zu sein und herauszufinden, ob und wie diese emotional erreichbar sind, kann dies ein günstiger prognostischer Faktor für die Anbahnung einer längeren Psychotherapie sein. Wer das Gefühl hat, das therapeutische Gegenüber erreicht zu haben, wird sich eher öffnen, als jemand, der das Gefühl hat, mit den Mitteilungen an das Gegenüber „abgeprallt“ zu sein. Dafür müssen behandelnde Fachkräfte bereits sein, viel Geduld und „Ausdauer“ mitzubringen (GP10, GP03).

Allerdings kann es auch bei den Patient\*innen selbst Konstellationen geben, die dazu führen, dass sie sich nicht erreicht – oder besser – „nicht verstanden“ fühlen, auch wenn man sich sehr um sie bemüht. Eine Interviewpartnerin beschreibt das wie folgt: „Wir verstehen sie vielleicht, aber die fühlen sich nicht verstanden“. Sie hebt aus ihrer jahrelangen Berufserfahrung hervor: Therapeut\*innen „brauchen ein Konzept dafür, wie man es verstehen kann, dass sich jemand nicht verstanden fühlt. Wir brauchen nicht nur Empathie“ (GP01). In diesem Fall ist das Konzept als „psychoanalytisches Konzept“ gemeint, bei dem es insbesondere darum geht, die verinnerlichten Beziehungserfahrungen eines Menschen besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Denn diese können sich in der Therapie wiederholen (Übertragungsdynamik). Somit kann sich auch im direkten Kontakt das „schwer erreichbar“-Sein in unterschiedlicher Weise zeigen.

## Vom psychotherapeutischen Erstgespräch bis zur Behandlung: Hürden abbauen bei schwer erreichbaren Klient\*innen

In der Psychotherapie bildet wie in der Präventionsarbeit der Erstkontakt sowie die ersten Gesprächsstunden eine entscheidende Grundlage für den Aufbau einer möglichst langfristigen Zusammenarbeit. Dabei geht es darum, die Person für sich zu gewinnen (GP03), den „Rahmen“ (GP02) oder das „Fenster“ (GP01) der Begegnung zu ergründen, worauf sich die zu behandelnde Person einzulassen bereit ist. Ob und wie sich diese Beziehung entwickelt, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. In der Psychotherapie von Relevanz können das Ausmaß der Erkrankung und die Schwere der

Symptome, der Grad der Persönlichkeitsorganisation (z.B. Antworten, Affektausdruck oder Blickkontakt), die psychosoziale Ausgangslage (integriert vs. isoliert), Intelligenz oder der sprachliche Ausdruck der zu behandelnden Person sein (Gandras 2021: 24ff.). Bereits im Erstgespräch ist die zwischenmenschliche Komponente dementsprechend ein wichtiger Faktor bei der Erreichbarkeit. Hier kommt es konkret darauf an, wie Behandelnde und Klient\*innen aufeinander zugehen, wie sie miteinander kommunizieren und welche möglichen Inkongruenzen im beiderseitigen Verhältnis einem Zustandekommen einer Behandlung im Wege stehen können.

Wenn sich Patient\*innen in den Erstgesprächen oder zu Beginn einer Behandlung abwertend, feindselig oder im engeren Sinne auch extremistisch äußern, ist dies eine Herausforderung und kann dazu führen, dass eine Behandlung nicht zustande kommt oder nicht weitergeführt wird. So können beispielsweise antisemitische oder menschenfeindliche Äußerungen, Aussagen über Gewalt oder Waffenbesitz oder auch die Ablehnung einer weiblichen Therapeutin zu einer ablehnenden Haltung auf Seiten der psychotherapeutischen Fachkraft führen und damit den Zugang zu ersteren weiter erschweren (GP02, GP04). Psychotherapeut\*innen haben zwar eine ethische Verpflichtung zur Versorgung psychisch erkrankter Personen, allerdings sind sie nicht verpflichtet jede Person in Behandlung zu nehmen, die eine Behandlung ersucht. Die Abwägung der eigenen Belastbarkeit und des Selbstschutzes spielen eine wichtige Rolle.

Wenn im Verlauf der Erstgespräche deutlich wird, dass die zu behandelnde Person beispielsweise verfestigte extremistische Ansichten hegt, ist damit seitens der psychotherapeutischen Fachkraft reflektiert umzugehen (Position beziehen, das ansprechen, es in die Behandlung einbeziehen oder ignorieren – die Wege sind unterschiedlich) (GP03, GP08). Unsere Interviewpartner\*innen haben aber auch herausgehoben, dass sich psychisch belastete Menschen, die sich in unterschiedlichen Phasen einer Radikalisierung befinden, in vielen Dimensionen im Prinzip nur wenig von den meisten Menschen im Praxisalltag unterscheiden würden: Ganz unabhängig von ihren politischen Einstellungen erscheinen sie zunächst einmal aufgrund ihres psychischen Leidens oder ihrer Erkrankung. Sie haben einen (unterschiedlich ausgeprägten) Leidensdruck, erhoffen sich Hilfe, hegen Schamgefühle, sind unzufrieden oder mit Kränkungen beschäftigt (GP07), hegen Groll, fühlen sich nicht verstanden (GP01, GP04) oder stellen größere oder „ambivalente“ Erwartungen an die Behandlung, die durch die Therapeut\*innen „real“ kaum erfüllt werden können (GP04, GP06).

Wenn die Klient\*innen in der Sprechstunde ankommen, ist die „Einsicht“ oder die „Bereitschaft“ für ein Gespräch nicht immer eindeutig zu beantworten (GP03). Eine wesentliche Frage dabei ist, ob es bei den Patient\*innen einen inneren Anteil gibt, der „objektsuchend“ ist, und in der psychotherapeutischen Fachkraft Sympathie erzeugt, der neugierig macht, der leidend ist und wirklich auch Hilfe annehmen möchte – und auch einsichtsfähig ist. Insofern ist es denkbar, dass Patienten\*innen in Hinblick auf ihre psychische Störung behandelt werden, aber sich auch bereits eine Öffnung oder Bereitschaft zeigt, die Perspektive zu wechseln, Abstand von extremistischen Haltungen zu nehmen und eine gewisse Flexibilität und Distanzierungsfähigkeit vorhanden ist. Dann wird es möglich, dass beide Gesprächsbeteiligte – Patient\*in und Therapeut\*in – auf der Grundlage einer gemeinsamen Vereinbarung auch über die Verwicklung in den Extremismus, die damit zusammenhängenden psychischen Belastungen oder die Krankheitsanamnese sprechen und sich daraus vielleicht eine intrinsische Veränderungsmotivation ergibt.

## Sprechstunden-Konstellation: „Geschickte Patient\*innen“ mit „Radikalisierungshintergrund“

Eine besondere Konstellation ergibt sich zunächst, wenn Patient\*innen über Beratungsstellen oder andere Regelstrukturen oder über polizeiliche Präventionsstellen in die niedergelassene Praxis vermittelt werden und dabei auch das Thema der Radikalisierung zur Sprache kommt. Denn damit ist bereits ein wichtiger Kontext markiert, wie die Erfahrungen aus der Initiative nexus aus den zurückliegenden Jahren verdeutlichen. Die psychotherapeutische Fachkraft, die sich entschieden hat, die Sprechstunde anzubieten, wird dann bereits ein Minimum an Informationen über die „Besonderheit“ der zu behandelnden Person haben, was durch diese selbst aber unterschiedlich verarbeitet werden kann. Während manche entlastet sind, dass sie das Thema der Radikalisierungsbiografie nicht selbst ansprechen müssen, werden andere sehr vorsichtig, misstrauisch sein.

Psychotherapeut\*innen akzeptieren, dass es oft widerstrebende, ambivalente Kräfte in Bezug auf die Aufnahme einer Psychotherapie gibt. Wenn es gelingt, dass auch die zu behandelnde Person sich dafür öffnet, die eigene Ambivalenz wahrzunehmen, darüber zu sprechen und nachzudenken, ist dies günstig für den weiteren Verlauf. Aussichtsreich ist es zu versuchen, über eine latente, vielleicht sogar manifeste Therapieablehnung in ein Gespräch zu kommen. Mitunter hegen Patient\*innen eine verinnerlichte Überzeugung, dass Psychotherapie für sie selbst oder generell eigentlich „sinnlos“ sei. Dies zu ergründen, kann ein erster Schritt zur Entwicklung eines Arbeitsbündnisses sein. Ungünstiger ist, wenn diese Überzeugung überhaupt nicht geäußert werden kann, darüber geschwiegen wird und die Person ggf. nicht wieder in die Sprechstunde kommt. Eng verbunden damit ist das persönliche „Therapiekonzept“ der zu behandelnden Person: Was glaubt diese, was hilfreich sein könnte? Was hat bisher geholfen? Was wünscht sie sich, oder findet sie es eher anderswo (z.B. in spirituellen oder explizit religiösen Kontexten)? Wie erlebt die Person die Situation des Gesprächs? Mitunter sind die Therapiekonzepte, die ein Mensch in die Sprechstunde mitbringt, eher von den Narrativen anderer Personen geprägt, oder auch von Vorannahmen oder auch Vorurteilen. Das alles muss nicht statisch sein, und es ist ein gutes Zeichen, wenn sich hier eine Flexibilisierung vollzieht, was auch zeigt, dass die zu behandelnde Person erfahrungsoffener wird.

In der Ambivalenz gegenüber Psychotherapie verbergen sich oftmals Ängste, die besser verstanden werden sollten. Gerade auch wenn der Kontext dadurch gekennzeichnet ist, dass die zu behandelnde Person mehr oder weniger „geschickt“ wurde, sollten Ängste oder Befürchtungen nicht ignoriert werden. Was könnten das für Ängste sein? Eine Angst vor Stigmatisierung? Wie geht die Person damit um, dass die psychotherapeutische Fachkraft von Externen etwas über den ihren Hintergrund erfahren hat? Was löst das aus? Wie steht sie selbst dazu, dass sie mit der Zuschreibung „radikal“ oder „extremistisch“ versehen wurde? Oder ist es eher Scham oder die Angst, fremdbestimmt oder gar manipuliert zu werden? Solche Ängste entspringen – abgesehen von tatsächlicher Voreingenommenheit durch Behandelnde – oft nicht der realen Erfahrung von psychotherapeutischer Begegnung, sondern Erfahrungen außerhalb der Psychotherapie und der Innenwelt der zu behandelnden Person. Sie sollten daher aufgenommen und gewürdigt werden als etwas, das ernst genommen wird. Erst im Laufe der Sprechstunden und der sich anschließenden Probatorik wird sich genauer zeigen, wie tragfähig die eigene Motivation ist, sich für eine Psychotherapie zu öffnen.

## Herausfordernde Behandlungssituationen mit Patient\*innen, die schwer erreichbar erscheinen

Im Folgenden möchten wir aus den Interviews mit Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen einige schwierige oder herausfordernde Behandlungssituationen und den Umgang damit schildern. Es handelt sich um exemplarisch ausgewählte Einblicke in die Behandlungspraxis mit schwer erreichbaren, darunter radikalisierten, Patient\*innen. Wir wollen dabei versuchen, störungsspezifische Merkmale so weit wie möglich außen vor zu lassen, auch wenn unsere Gesprächspartner\*innen chronifizierte Erkrankungen und komorbide Störungsbilder als Wirkfaktoren bei der Kontaktgestaltung mit schwer erreichbaren Menschen benannt haben. Besonders Personen, die unter sozialen Ängsten und Panikattacken leiden, Traumata und psychotische Erkrankungen aufweisen, die suizidal sind oder große Probleme mit ihrem Selbstbild haben (v.a. Adoleszenzkrisen) sowie Menschen mit Persönlichkeitsakzentuierung oder -störungen (u.a. narzisstische oder dissoziale Persönlichkeitsstörungen) wurden von den Interviewten dazugezählt (GP01, GP03, GP06, GP11). Die Lebensbedingungen dieser Menschen können im Besonderen belastet sein, was einen deutlich größeren Aufwand bei der Erreichbarkeit erfordert. Sie sind deutlich schlechter an die Regelversorgungsstrukturen anzubinden, auch wenn sie dort bereits bekannt sein könnten (GP08, GP11).

Allerdings geht es neben solchen relevanten Wirkfaktoren auch darum, nach den interpersonellen Bedeutungen der schweren Erreichbarkeit und nach den Umgangsweisen der Fachkräfte damit zu suchen. Solche komplexen Schlüsselthemen, mit denen sich die Gesprächsbeteiligten vermehrt auseinandergesetzt haben, wollen wir im Folgenden näher besprechen.

### Den psychotherapeutischen Beziehungsraum offenhalten

Von den Interviewten wurde zunächst die Herausforderung beschrieben, mit Patient\*innen, die Schwierigkeiten mit dem Einhalten der Termine zu haben, eine stabile Behandlungsbeziehung herzustellen. Diese bräuchten viel „Geduld“ und „Ausdauer“. Personen, die davon ausgingen, dass sich niemand wirklich für sie interessiere, benötigten ein „ehrliches Beziehungsangebot“ (GP10). Auch wenn sie der Therapiestunde fernblieben, sei es wichtig, den „Beziehungsraum offen zu halten“ (GP01) und sie nicht aufzugeben. Außerdem müsse darauf geachtet werden, nicht zu „drängen“ und das Fernbleiben empathisch anzusprechen, sodass sie „merkt, dass sie mir nicht egal ist, ob sie kommt oder nicht. Das sind so kleine Dinge auf der menschlichen Ebene, die wirken“ (GP01). Dies sei auch eine nicht immer leichte innere Arbeit für die psychotherapeutische Fachkraft, das Agieren der zu behandelnden Person „nicht persönlich zu nehmen“ und „so innerlich in Kontakt zu bleiben und wahrzunehmen“ (GP03). Fachkräfte sollten sich fragen, warum eine Person nicht mehr komme, ob es Anlass für Ärger oder Enttäuschung für diese gegeben haben könnte. So könnten Psychotherapeut\*innen bei einem erneuten Aufeinandertreffen entsprechende Fragen stellen, wie es GP03 exemplarisch schildert:

„Ich habe dich vermisst. Was war?“

Und sagt er\*sie vielleicht: „Nichts, ne, was soll gewesen sein?“

Dann kann ich sagen: „Na, ich habe gedacht, ich habe dich mit dem und dem Satz vor den Kopf gestoßen.“ Und dann passt das manchmal auch nicht.

Dann sagt er\*sie ‚ne‘ und sagt aber was anderes. Dann kann ich das wieder besser verstehen.“

Mitunter würden Patienten durch ihr Wegbleiben ein schwieriges Thema aus der Therapie vermeiden, das nur schwer zu ertragen sei (GP10).

Im Fall von Krisen zwischen Klient\*in und Therapeut\*in sei es zudem wichtig, diese gemeinsam durchzustehen (GP03). In solchen Situationen gelte es, „aktiv Kontakt aufzunehmen und zu zeigen, dass man da ist“, um Abbrüche zu vermeiden. „In dem Fall insistiere ich mehr, lade ein und schlage vor, suche so den Weg in die Therapie zu ermöglichen.“ Es gelte dabei auch selbst als psychotherapeutische Fachkraft, die Anforderung, das Agieren des Gegenübers im Rahmen der Therapie nicht persönlich zu nehmen (GP10).

Der Psychotherapeut GP03 beschreibt ein solches Vorgehen ähnlich: „Ich war auf jeden Fall in den Projektfällen nochmal anders bemüht, durch eine Krise hindurchzugehen im gewissen Sinne [...]“. Bei einem Fernbleiben der zu behandelnden Person sei er nachsichtiger und versuche „doch schneller noch mal anzurufen oder irgendwie nochmal zu sagen, „was war da los?“ (GP03). GP02 weist dabei auch auf die Wechselwirkung in der Beziehung zur behandelnden Person hin. Denn wenn diese in der Therapie nicht erscheine, dann existiere die Beziehung zu ihr weiter. „Weil, die Person ist nicht da. Da ist so viel, was irgendwie in mir dann auch unter Umständen reguliert werden muss. Was irgendwie mitwirkt, wenn ich mich entscheide, etwas weiterzumachen oder etwas zu lassen oder etwas zu ändern. Da bin ich ja, weil dieses Gegenüber sich dem entzieht.“ (GP02).

GP05 weist auf das „Containment“ hin, d.h., dass sich Psychotherapeut\*innen den Patient\*innen weiterhin zur Verfügung stellen sollten. Es gelte aufzunehmen und zu versuchen zu verstehen, „was innere Konflikte, Triebfedern etc.“ beim Gegenüber ausmachen könnten (GP05).

## Umgang mit Ambivalenz im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Verantwortungsübernahme

Gerade bei Patient\*innen, die viel Fremdbestimmung erlebt haben, geht es auch darum, die freie Entscheidung für die Therapie zum Thema zu machen. Denn Psychotherapeut\*innen können nur ein Gesprächsangebot machen und dafür werben. Die Entscheidung liegt allerdings immer bei den Patient\*innen und Klient\*innen und zwar auch in den unterschiedlichen Therapiesettings wie Haft, stationäre oder ambulante Behandlung.

GP10 schildert das folgendermaßen in Bezug auf Häftlinge im Justizvollzug: „Ich habe den Patient\*innen gesagt, dass sie sich für die Therapie [im Maßregelvollzug] entscheiden können. Wenn sie keine Therapie machen wollen, müssen sie es nicht tun und sie können stattdessen ins Gefängnis gehen. Das ist immer die Alternative. Wenn sie jedoch die Therapie wählen, müssen sie damit rechnen, dass sich etwas in ihrem Leben ändert, dass sie nicht mehr prominente Kriminelle sind, sondern unter Umständen ganz normale Menschen werden“.

Es sei zudem sinnvoll, sich mit dem zu vermutenden therapiebejahenden Anteil in den Gedanken der zu behandelnden Person zu verbünden. „Das bedeutet, dass ich

immer mit einer unterstellten freiwilligen Haltung arbeite und den Wunsch nach Therapie betone, auch wenn mir sehr wohl bewusst ist, dass andere Motive im Hintergrund stehen“ (GP10).

Damit verbindet sich auch der Gedanke, dass es im Laufe der Zeit gelingen kann, die sekundäre Motivation in eine intrinsische Motivation verwandeln. Solche Motive (Vorteile erhalten, z.B. Lockerungen in der Haft oder eine vorzeitige Entlassung) verbergen sich oft am Anfang hinter ihren Handlungen, aber mit der Zeit können sie durchaus erreichbar werden. „Es braucht einen minimalen kleinsten gemeinsamen Nenner, eine diffuse Idee von „Ich will da etwas, da wird mir geholfen“ (GP06).

## Daran mitwirken, dass bei Patient\*innen das Hilfesystem positiver besetzt wird

Die Interviewten berichteten, dass es patientenseitig viele Hemmnisse gebe, das Hilfesystem nicht nur als fremdbestimmend zu erleben, sondern auch als Chance wahrzunehmen. Psychotherapeut\*innen aus dem Justizkontext hoben hervor, dass manche Patient\*innen sehr misstrauisch seien. Es sei wichtig, daran auch die realitätsbezogenen Anteile (neben den eher paranoiden Anteilen) ernst zu nehmen. „Es kann plausibel sein, dass Menschen misstrauisch sind, wenn sie mit einer feindlich besetzten Behörde oder dem Staat zusammenarbeiten sollen [...]. Die Tatsache, dass viele Fakten über eine Person in Akten landen, kann dazu führen, dass Misstrauen berechtigt ist. Der Knackpunkt ist aus meiner Sicht, ob Verschwiegenheit [in der Therapie] und Sicherheit [risikobehaftetes oder gefährdendes Verhalten der zu behandelnden Person] miteinander assoziiert werden können“ (GP06), sodass in der Therapie daran gearbeitet werden könne. Für Menschen, die wiederholt schlechte Erfahrungen auch mit staatlichen Akteuren gemacht hätten, bräuchten Therapeut\*innen viel Geduld. Es gehe auch darum, diesen dafür zu gewinnen, „damit er das Hilfesystem für sich nutzen kann“.

Aber auch bei Personen, die das Angebot nicht gleich annähmen, sei dies wichtig, damit sich diese ggf. zu einem späteren Zeitpunkt melden könnten. „Also, dass Helfersysteme positiv besetzt werden können und Menschen Hilfe suchen, wenn sie diese brauchen und dadurch anderes verhindert wird. Da braucht man unter Umständen einen langen Atem“ (GP07).

## Umgang mit Misstrauen und paranoiden Affekten in der Therapiebeziehung

Auch in der unmittelbaren Beziehung zwischen Psychotherapeut\*in und Patient\*in können Misstrauen oder Reserviertheit eine große Rolle spielen. Manche Patient\*innen forderten ihre Therapeut\*innen sehr heraus, erscheinen „eher vermauert, feindlich eingestellt oder misstrauisch“ oder „verschanzen sich“ (GP10). Es gelte dies wahrzunehmen, dafür Worte und kommunikative Strategien zu finden, um diese „paranoiden Gefühle“ zu adressieren.

Ein Gesprächspartner beschrieb an einem Beispiel, wie er mit einer zu behandelnden Person die Metapher fand, die Therapie sei für sie wie eine „bittere Pille“, die sie am liebsten wieder loswerden wolle. Die Fachkraft versuche dann das innere Erleben und die Perspektive der zu behandelnden Person zu ergründen: „Was will mir der andere? Nützt der mir, sozusagen? Und stellt er sich mir zur Verfügung oder ist er sozusagen

eigentlich Teil des kranken Systems, das mich verfolgt?“ (GP02). Dies könne auch offen angesprochen werden, warum der\*die Patient\*in dieses Gefühl habe.

Oft könne die Fantasie der Patient\*innen damit verbunden sein, dass sie die psychotherapeutische Fachkraft als „mächtig“ erlebten. Eine Gesprächspartnerin schilderte, dass sie es hilfreich finde, „dass ich dann probiere [...], mit ihnen darüber zu sprechen, wie sie mich jetzt erleben und was das macht. Also wenn das gelingt, das finde ich dann eigentlich immer ganz gut.“ (GP04). Eine andere Interviewpartnerin verbindet diese Herausforderungen mit der Regulation des Nähe-Distanz-Verhältnisses. Manche Patient\*innen würden allein schon den Versuch der Fachkraft, sich in sie einzufühlen, mit paranoiden Ängsten verbinden („will mir in den Kopf schauen“, „will mich nur ausnutzen“, „will etwas von mir hören“ (GP03)). Wenn aber zu viel Nähe gesucht werde, bleibe die Person vielleicht auch weg. Dann sei es notwendig, das Nähe-Distanz-Verhältnis gut auszubalancieren. Notwendig sei es, „zwischenmenschlichen Druck zu reduzieren“, aber doch auch ein „konstantes unaufdringliches“ Dranbleiben (GP04). In Therapiepausen passiere es mit solchen Patient\*innen mitunter, dass in der Nicht-Anwesenheit die paranoiden Affekte größer würden. Dann sei es wichtig, „Präsenz“ zu zeigen: „Da geht’s tatsächlich viel um Anwesenheit, also da zu sein, und eben nicht paranoid zu sein. Das war klar, wenn paar Stunden ausfallen, dass das wie ein Neuanfang war und wir da tatsächlich anders darum gekämpft haben als in anderen Zusammenhängen“ (GP02).

## Umgang mit Hass

Die Interviewten betrachteten es als günstig, wenn eine zu behandelnde Person seine Emotionen direkter zeigen könne, als wenn Gekränktheit und Groll (die nicht selten aus der sozialen Außenwelt in die Therapie hineingetragen werden und zu Abbrüchen führen können), versteckt wirkten und nicht gezeigt werden könnten. Andererseits sei es eine Herausforderung mit bestimmten Äußerungen (z.B. Antisemitismus, Frauenfeindlichkeit, Gewaltverherrlichung) und den damit verbundenen heftigen Emotionen umzugehen: „Ich habe Patient\*innen gehabt, die rechtsradikal waren und sich voller Hass gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen äußerten. In solchen Fällen habe ich nicht gesagt, dass das gar nicht geht oder einen moralischen Finger erhoben. Stattdessen habe ich betont, dass es schwer verständlich ist, was sie sagen, und dass ich den Hass, den sie mir gegenüber äußern, reflektiere. Ich denke, die Person und ich müssen diesen Hass verstehen.“ (GP10). Es könne tatsächlich schwierig sein, miteinander zu arbeiten, „wenn die Werte weit auseinander gehen“ (GP02). Zunächst einmal bedeute das auch viel innere Arbeit durch die Psychotherapeut\*innen selbst: es sei wichtig, „nicht rachsüchtig zu sein“, auch wenn die zu behandelnde Person den Behandlungsrahmen „attackiert“ (GP10). Auch wenn eine persönliche Grenze erreicht werde, die dazu führen könne, die Therapie nicht fortzusetzen, sei es zunächst wichtig, damit einen eigenen Umgang zu finden. Hilfreich könne eine gewisse innere Distanz sein: „Natürlich gehe ich davon aus, dass jemand, der sich radikalisiert hat, eine bestimmte Ablehnung gegenüber dem System mitbringt, das wir vertreten. Daher muss man erst einmal akzeptieren, dass sich unter Umständen Welten gegenüberstehen“ (GP08).

Ebenso sei ein verstehender Zugang hilfreich. „Also, ich diskutiere nicht mit Patient\*innen über deren Ansichten oder Ideologien. Ich höre mir das an und wenn ich es nicht verstehen kann, lasse ich es zunächst stehen, in der Hoffnung, es später noch verstehen zu können. Ich versuche es vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte der

zu behandelnden Person zu verstehen, insbesondere der Verstörungen, die die meisten Patienten in ihrer frühen Kindheit erfahren haben [...]. In der Regel steckt hinter dem Verursachen von Leid auch ein eigenes Leiden“ (GP10).

## Umgang mit Nicht-Verstehen und Ambiguität

Eine damit verbundene Herausforderung ist es, wenn Patient\*innen sich mit Themen auseinandersetzen, die für Psychotherapeut\*innen schwer nachvollziehbar sind und bei denen etwas emotional schwer aushaltbares übertragen wird. Das Einfühlen in die Patient\*innen kann dann sehr schwerfallen und es gilt dann in der Gegenübertragung, d.h. die Projektion von eigenen Gefühlen, Erwartungen oder Wünschen der psychotherapeutischen Fachkraft gegenüber der zu behandelnden Person, mit diesen Schwierigkeiten umzugehen. „Dann ist da auch ein innerer Widerstand, was wir Gegenübertragungswiderstand nennen, sich da einzufühlen [...]“ – beispielsweise, wenn ein Häftling einen Mord oder bestimmte Taten begangen habe, die Leid bei anderen Menschen verursacht hätten. Unter Gegenübertragungswiderstand ist ein Verhalten einer psychotherapeutischen Fachkraft zu verstehen, bei dem eigene konflikthafte Beziehungserfahrungen aktiviert werden. „Sich da hineinzusetzen, warum jemand so etwas macht. Das ist eine besondere psychische Haltung oder Leistung, die man als Therapeut\*in oder Berater\*in nicht so leicht einnehmen kann.“ Es sei ein entscheidender Punkt, sich klarzumachen, dass Psychotherapeut\*innen affektiv reagieren könnten, ohne das so richtig zu bemerken. Die Klient\*innen merkten allerdings solche Übertragungsreaktionen. Sich über solche Dinge klar zu werden, helfe unmittelbar bei der Gegenübertragungsanalyse (GP01).

Es gelte, das Irritierende, das schwer Verständliche, vielleicht auch das Rätselhafte fruchtbar für die gemeinsame Arbeit zu machen: „Ich glaube einen Vorteil oder eine Möglichkeit, die wir haben, bei der schweren Erreichbarkeit ist, dass wir es ja in unserer psychotherapeutischen Praxis gewohnt sind, auf das, was stört, zu achten. Also auf eigentlich das, was in der Interaktion irritiert oder stört [...]“ (GP04).

Ein weiteres Thema ist der Umgang mit dem Streben der Patient\*innen nach Eindeutigkeit. Nicht selten scheint diese Eindeutigkeit für das seelische Gleichgewicht den Patient\*innen wichtig zu sein. Sie können mit Ambiguitäten schlecht umgehen. Dann vertreten sie mitunter eine Entscheidung oder Haltung, die sie nicht wieder revidieren und über die sie auch nicht gut nachdenken können. Psychotherapeut\*innen kann es passieren, dass sie ebenfalls eine verschließende Haltung einnehmen. Wenn Patient\*innen diesen Weg einschlagen wollen, dann müsse das strenggenommen akzeptiert werden, so GP01. Allerdings unterstütze sie damit auch die Verengung bei der Person, sodass diese unwillentlich in „ungelöste Konflikte“ hineinzugeraten drohten. Es sei daher wichtig, so eine Gesprächspartnerin mit Polizeibezug, sich nicht zu vorschnell festzulegen und auch die zu behandelnde Person immer wieder eine Öffnung des Themas anzubieten. So könnten Therapeut\*innen darauf aufbauen und das Gespräch dort hinlenken, beispielsweise mit Fragen wie „Sie merken, dass ich irritiert bin.“ oder „Erstmal ist mir das unverständlich. Erklären Sie mir das doch mal.“ (GP01).

Dieser Prozess kann als ein ständiges Bemühen um Ambiguität bezeichnet werden, eine Balance zu halten, um das Gespräch offen zu halten. Auch bei Ängsten ist das relevant. Hier gehe es darum, zu erfragen, worauf die Angst bezogen sei und woher sie komme. „Also es geht darum, das in der Schwebelage zu halten, selbst nicht zu wissen,



„Worauf läuft das hinaus?“ Und das stelle ich mir bei Radikalisierungsprozessen so ähnlich vor. Man weiß das nicht, ob die Leute auf dem Weg bleiben oder diesen wieder verlassen können.“ Es handle sich daher stets um einen „ergebnisoffenen Prozess“, der zwar aufgrund der jeweiligen Wünsche der Gesprächsbeteiligten in die eine oder andere Richtung gelenkt zu werden versuche, allerdings von Therapeut\*innen nicht erzwungen werden dürfe (ebd.).

## Auswege aus Wiederholungsspiralen und der Hoffnungslosigkeit suchen

Die Interviewten sind auch auf Behandlungssituationen eingegangen, bei denen sich Patient\*innen immer wieder in unglückliche Wiederholungsspiralen verwickeln. Es sei wichtig, die Bedeutung dessen zu entschlüsseln, um mit den Patient\*innen Auswege zu suchen. Denn mit ihren repetitiven Manövern richteten sich die Patient\*innen auch gegen sich selbst. Es sei eine selbstschädigende Destruktivität darin enthalten. So schildert eine Psychotherapeutin: „Also [die zu behandelnde Person] ist „eigentlich immer bis zur höchsten Lockerungsstufe gegangen und kurz davor, dass sie die richtige hatte, sich streiten musste [...]. Also bevor es ihr gelingt, muss sie es zerstören“. Es gelte deshalb, gemeinsam mit der Person darüber zu sprechen und nach den Ursachen zu suchen (GP03). Auch bei Patient\*innen, denen es schwerfalle, in einer Therapie anzukommen, sei es wichtig, dieser Frage nachzugehen. Eine weitere Psychotherapeutin schildert, dass es oft hilfreich sei zu fragen, ob sie selbst eine Idee habe, warum sie zu solchen Wiederholungen neige. Sich für das Erleben der zu behandelnden Person zu interessieren und dieses im Gespräch auch direkt einzubeziehen, sei ein „Game Changer“ bei dem Versuch, eine Öffnung von ihr zu unterstützen (GP01).

Angesprochen wurde in den Interviews auch der Umgang mit Hoffnungslosigkeit und die Frage, wie die Hoffnung auf ein hilfreiches Gegenüber bei den Patient\*innen entstehen kann. Denn manche hätten aufgrund ungünstiger Beziehungserfahrungen die Hoffnung auf ein verstehendes, emotional haltgebendes Gegenüber kaum entwickelt oder fast aufgegeben: „Man muss ein Fenster finden, wo der andere sich verstanden fühlt. Ein Beispiel ist [...] Suizidalität. Es ist total wichtig, das so zu verstehen und auch so zu formulieren, dass die zu behandelnde Person sich verstanden fühlt, warum ein Suizid die beste oder einzig übrig gebliebene Möglichkeit ist. Und insofern ist das eine andere Art darüber zu sprechen, wenn man nicht jemanden etwas anderes schmackhaft machen will, sondern wenn man erstmal versteht, warum – also zum Beispiel, dass man Patient\*innen dann eher sagen würde, ‚Es ist immer gut, wenn es einen Ausweg gibt, und Suizid ist ein Ausweg.‘ Allein das wirkt oft entspannend auf Menschen, die über Suizidfantasien reden. Dass man nicht einfach einen „Anti-Suizidvertrag“ vereinbaren will, das ist Quatsch. Weil, wenn die Leute Therapie machen wollen, machen die den Vertrag, ohne das so zu meinen. Und meiner Meinung nach wird das häufig so gemacht, weil sich die Therapeut\*innen dann besser fühlen und sich juristisch unangreifbar machen wollen. Aber für die Patient\*innen nutzt das nichts in den allermeisten Fällen“ (GP01).

## Zum Umgang mit Patient\*innen, die sich nicht öffnen können

Die Gesprächspartner\*innen sprachen über Behandlungssituationen, in denen Patient\*innen sich nicht öffnen konnten, was nicht immer mit einem Misstrauen gegenüber der psychotherapeutischen Fachkraft zu tun habe. Es gehe häufig auch um Themen, die mit Scham und Schuldgefühlen verbunden seien, oder der Fähigkeit, die eigenen inneren Zustände in Worte zu fassen. „Bei vielen Patient\*innen, die nicht so viel sprechen können, frage ich auch, wie sich das denn anfühlt. Wenn ich mit Farben arbeite, frage ich zum Beispiel: ‚Wenn Sie dafür eine Farbe nennen müssten, welche Farbe würden Sie denn dafür aussuchen?‘ Das hilft oft sehr gut weiter, weil viele Patient\*innen das nicht gut beschreiben können, was sie wahrnehmen“.

Auch die Art der psychischen Erkrankung gehe oft mit Scham einher: „Aber wenn es dann in so eine affektive Störung geht oder in so einen Wahn, der eine große Beschämung auslöst, sexuelle Themen, ist ganz schwierig dranzukommen. Da braucht man wirklich einen langen Atem, also wirklich. Die zu behandelnde Person muss man lange treffen, damit sie sich mal traut, irgendetwas preis zuzugeben“ (GP07).

Insbesondere bei Patient\*innen, die religiös oder kulturell anders als ihr Gegenüber geprägt seien, könnten diese Hemmungen auftreten. Hier könne es vorkommen, dass diese schlecht über ihre Innenwelt sprechen könnten. Auch zeigten sich nicht selten somatoforme Krankheitsbilder, die die ganzheitliche und deterministische Vorstellung von Geist und Körper widerspiegelten. Damit gemeint ist demnach eine häufige „Verkörperlichung mentaler Beschwerden“, wie es Reapour und Zapp beschreiben (Rezapour/Zapp 2011: 54). Es könne vorkommen, dass Patient\*innen sich zunächst bei einem Hausarzt vorstellen und ihre somatoformen Beschwerden schildern, letzterer aber ihre Leiden aufgrund der fehlenden Kenntnisse zur Kultur nicht richtig diagnostiziert. Wir weisen darauf hin, dass Behandelnde bei bestimmten Themen in der interkulturellen Begegnung auf sehr viele Aspekte achteten. Wichtig sei, dass Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen offen gegenüber dem Fremden seien, Unterschiede zwischen der eigenen und der „Fremdkultur“ aushalten könnten, Empathie zeigten sowie die Bereitschaft mitbrächten, die Beziehung zu den Patient\*innen kulturell zu gestalten und nach dieser auch die therapeutischen Ziele sinnvoll auszurichten. Scham könne unter religiösen Patient\*innen bei besonders sensiblen Themen entstehen. Dazu gehörten familiäre Probleme und Intimität (besonders Sexualität und Homosexualität), der Familienstand, außereheliche Kinder, Kinderlosigkeit oder Schwangerschaft. Die innerpsychischen Verarbeitungsversuche kämen unterschiedlich zum Ausdruck, beispielsweise Schuldgefühle, böse Blicke und transzendente Deutungen wie die „Krankheit als Strafe Gottes“ (ebd. 2011: 73).

Hier sei laut einer psychiatrischen Gesprächspartnerin auch ein nicht-wertendes Vorgehen besonders wichtig: „Also so ganz offen, nach dem Motto: Ich bewerte überhaupt nichts. Ich höre mir das erstmal an und versuche von der Gesprächsstrategie offene Fragen zu stellen und erstmal zu verstehen, wie er oder sie das erlebt. Wie kann ich das nachvollziehen oder ist es sehr irrational? Kann ich Motive dahinter entdecken wie Angst, also dass das Denken durch Angst gesteuert ist?“ (GP07).

Es gehe darum, zunächst einmal darum zu ergründen, wie die Patient\*innen ihr Leiden selbst verstehen und auch – wie es jemand im Interview formuliert – wie kulturelle Traditionen oder auch „wie der Glaube das Selbsterleben oder auch eine psychische Erkrankung beeinflusst“ (GP06). Denn es gibt mitunter Deutungsmuster, die zwar kulturell tradiert, aber nicht hilfreich sind („abergläubische oder auch außerrationale Erklärungen für ihre Krankheit“, „der böse Blick“, Vorstellung von Krankheit „als Strafe“;

„Dämonen“). Wichtig sei, Psychotherapie nicht als Deutungsmacht darzustellen, und zu suggerieren, dass alles psychologisch erklärbar und interpretierbar sei, aber doch auch ein „Verstehensangebot jenseits des Religiösen“ zu unterbreiten, wenn Menschen in Not sind. Dass dies entlastend sein könne, zeige sich daran, wenn die Patient\*innen regelmäßig wiederkommen und sich im Laufe der Zeit Vertrauen entwickelt.

## Zur Notwendigkeit einer kontextsensiblen Psychotherapie

Wenn Psychotherapeut\*innen in ihren Sprechstunden oder Behandlungen mit radikalisierten Menschen in Kontakt kommen, brauchen sie auch innerhalb ihrer Profession einen verlässlichen und kollegialen Rahmen, um über schwierige oder herausfordernde Behandlungsverläufe nachzudenken. Meist ist dies die eigene Interventionsgruppe oder die Teilnahme an Fallsupervisionen, die durch besonders erfahrene Kolleg\*innen geleitet werden. Durch das Fortbildungscurriculum des Universitätsklinikum Ulm zur Arbeit mit extremistisch eingestellten Patient\*innen, aber auch im Rahmen der Tagungen von psychotherapeutischen Fachgesellschaften, Qualitätszirkeln und Workshops der Psychotherapeutenkammern, kann durch die Profession eine Brücke zur Distanzierungs- und Ausstiegsarbeit geschlagen werden. Unsere Interviewpartner\*innen haben an verschiedenen Stellen immer wieder betont, wie wichtig eine Kontextsensibilität in dieser Arbeit ist, so dass wir dies als „kontextsensible Psychotherapie“ bezeichnen wollen:

### Die Welt respektieren und wertschätzen lernen

Zur Kontextsensibilität gehört nicht nur der soziale Kontext, in welchem ein Mensch ganz unmittelbar lebt, zu dem vielleicht Familie, Freunde und das Kollegium oder Lerngruppen gehören, sondern auch Aspekte von Politik, Recht und Institutionen. Psychotherapie ist ein Beziehungsgeschehen, welches in einem spezifischen gesellschaftlichen Kontext stattfindet, von dem die Patient\*innen (wie auch Therapeut\*innen) mitbetroffen sind.

Eine Interviewpartnerin formulierte das wie folgt: „Aber was immer hilft ist, zu verstehen, wie – und damit muss man von sich selbst ein stückweit Abstand nehmen –, wie der andere das erlebt und in welchem politischen und juristischen Rahmen das ist. Also wenn man das nicht weiß, dann hilft es ja auch nichts, wenn ich Russlanddeutsche behandle und ich habe gar keine Vorstellung davon, dass die Russen die Deutschen, egal ob die gekämpft haben oder nicht, einfach nach Kasachstan verschleppt haben und unter welchen Bedingungen die da gelebt haben. Wenn ich davon keinen Peil habe, kann ich nicht vernünftig psychotherapeutisch arbeiten.“ Das gelte auch für die Arbeit mit Geflüchteten: „Wenn ich keine Vorstellung von den politischen Verhältnissen habe, ist das viel schwieriger. Also das gilt ja auch dafür, wie z.B. in der Forensik gearbeitet wird, wenn man da die juristischen Rahmenbedingungen nicht kennt.“ Hier müssten sich die Fachkräfte weitere Kenntnisse erwerben. „Das hilft auf jeden Fall und verbessert die Arbeit“ (GP01).

Zur Kontextsensibilität gehört auch die Aufmerksamkeit dafür, welchen sozialen Einflüssen ein Mensch in seinem sozialen Umfeld ausgesetzt ist und wie die Person selbst sich dazu verhält. Im Zusammenhang mit Radikalisierung ist hierbei der Blick auch auf

Gruppenzugehörigkeiten – sei es real oder virtuell – zu richten: Wenn sich die zu behandelnde Person weiterhin in extremistischen Umfeldern bewegt, gilt es, reale oder auch vermutete Bedrohungsszenarien abzuklären. Gibt es Sorgen bezüglich des Umfeldes? Wie sieht es mit dem Gruppendruck aus? Besteht die Gefahr, dass die Person des Verrats beschuldigt wird? Oder sind es eher innere Ängste, die wenig Bezug zur Außenwelt haben? Manchmal spielt beides eine Rolle. Aber auch wenn extremistische Umfeldler keine starke Rolle (mehr) spielen, kann eine Person dennoch Ambivalenzen oder Sorgen wegen der Reaktion aus dem Umfeld auf die eigene Therapie haben. Oft ist es sinnvoll, darüber explizit zu sprechen, insbesondere wenn das Umfeld für die Patient\*innen wichtig ist, aber auch die Therapie wichtiger wird, auch um Abbrüche zu vermeiden.

Zur Kontextsensibilität gehört aber auch, religions- und kultursensibel zu arbeiten, ohne dabei in kulturalisierende Deutungsschemata zu verfallen. Auf diesen wichtigen Aspekt soll noch genauer eingegangen werden.

## Religionssensibel arbeiten ohne Kulturalisierung

Unsere Interviewten stimmten überein, dass es ein „religiöses Bedürfnis bei vielen Menschen gibt“ (GP01) und Religiosität und Glaube bei einem Teil der Patient\*innen „ein wesentlicher Teil ihrer Identität und ihres Selbstverständnisses“ sei (GP09). Unter unseren Interviewten befanden sich Menschen, die selbst religiös praktizierend sind und andere, die sich eher als areligiös bezeichneten. Alle stimmten darin überein, dass es wichtig sei, „offen in die Begegnung [zu] zu gehen und keine Barrieren aufzubauen“ (GP08) – ganz unabhängig davon, ob die religiöse Person, die in die Psychotherapie komme, auch eine bestimmte radikale oder extreme politische Haltung einnehme. Es sei „unabdingbar“ (GP09), die Bedeutung der Religiosität anzuerkennen. Allerdings sei hier tatsächlich noch viel Arbeit in der eigenen Berufsgruppe zu leisten, was wir an zwei Interviewpassagen schildern wollen:

So betonte ein Interviewpartner, dass Psychotherapeut\*innen, auch wenn sie selbst nicht religiös seien, sich mit existentiellen Fragen beschäftigen sollten. Dazu zählte beispielsweise die Frage nach dem Umgang mit dem Tod und Sterben: „Es ist wichtig, demütig zu sein und anzuerkennen, dass existenzielle Fragen die psychotherapeutische Fachkraft genauso berühren wie die zu behandelnde Person [...]. Niemand kommt um die Frage nach Sinnlosigkeit und Schuldhaftigkeit des Menschen herum“ (GP09). Solche Themen würden auch in die Selbsterfahrung während der Aus- und Weiterbildung gehören: „Es ist verständlich, wenn man unsicher ist und diese Unsicherheit bei sich selbst spürt. Es wäre wichtig, das in der Selbsterfahrung spürbar zu machen, dass Therapeut\*innen sprachfähig werden und sich dieser Fragen bewusst werden“ (ebd.). Denn wenn die angehenden Psychotherapeut\*innen hier sehr unsicher seien, „vermittelt sich dies auch nonverbal. Patient\*innen werden dies wahrnehmen, ebenso wie Unsicherheiten in Bezug auf sexuelle Fragen. Wenn Menschen das Gefühl haben, dass Therapeut\*innen existenzielle Fragen, den Glauben oder religiöse Themen meiden, wird dies als schambehaftet empfunden“ – oder Patient\*innen könnten sich in der Annahme bestätigt fühlen, dass Therapeut\*innen „kein Verständnis für den Glauben“ haben würden (ebd.).

Eine andere Person schilderte im Interview, wie wichtig es sei, eine „dritte Position“ einzunehmen, „also auch von meinen eigenen Überzeugungen Abstand zu nehmen, also einen Abstand innerlich-denkerisch, sich bewusst zu machen, dass ich persönlich vielleicht Religion für überflüssig halte [...], aber dass es ein religiöses Bedürfnis bei

vielen Menschen gibt [...]“. Es komme darauf an, „mit den Augen des anderen zu sehen, dessen Gefühle vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte, die ich erkenne“ (GP01). Es käme dann darauf an, in der Beziehung „aus dem Gedanken- und Gefühlskomplex des anderen heraus etwas zu formulieren“, was hilfreich sein könne, um das Selbstverstehen von Patient\*innen zu vertiefen.

Gegenüber radikalisierten Personen ginge es auch darum, welche Funktionen die Religion und die Gruppe für deren Gefühlsebene hätten. „Zum Beispiel erstmal fragen: ‚Was hat dich angezogen von der Moschee? Wer hat dich darauf aufmerksam gemacht? Wie hast du dich da gefühlt? Gabs da eine besondere Ansprechperson?‘ Wenn ich also so ein Bild habe, wie ich so etwas formuliere, wie: ‚Habe ich das richtig verstanden, dass du da jemanden zum ersten Mal getroffen hast, der versucht hat, dir zu helfen?‘ Oder: ‚Warst du da zum ersten Mal in einer wohlwollenden Atmosphäre, egal wie du als Mensch warst, fühltest du dich da akzeptiert?‘ Und dann wird man ja meistens korrigiert vom Patienten oder Klienten im Sinne ‚ungefähr kommt das hin‘ oder ‚Ja, war ein bisschen anders.‘ Und das hilft einem, das besser dann zu verstehen.“ (ebd.).

## Die Kontroverse um die Selbstoffenbarung von Psychotherapeut\*innen

Eine unterschiedliche Haltung wurde bei unseren Interviewten jedoch zur Selbstoffenbarung hinsichtlich der eigenen Religiosität oder Spiritualität eingenommen. Ein überwiegender Teil der Psychoanalytiker\*innen vertritt die Position, dass die Abstinenz, die Nicht-Selbstoffenbarung, die Regel sein sollte, auch um der zu behandelnden Person die Möglichkeit zu geben, ihre eigenen Fantasien, Annahmen und Überzeugungen zu ergründen und den Psychotherapeut\*innen als Projektionsfläche für eigene innere Konflikte zu nutzen, die sonst kaum verstanden werden könnten. Wenn Patient\*innen beispielsweise fürchten, die psychotherapeutische Fachkraft würde ihnen empfehlen, „das muslimische Dogma nicht ernst zu nehmen“ (GP09), kann dies auch ein projektives Geschehen sein (die Person verlagert einen eigenen inneren Anteil in die psychotherapeutische Fachkraft und „bekämpft“ sie dort). Tatsächlich kommen auch immer wieder Patient\*innen mit Glaubenskrisen zu nicht-religiösen Psychotherapeut\*innen, was es wahr- und ernst zunehmen gilt.

Eine Psychiaterin im Interview, die oft mit sehr religiösen Menschen psychotherapeutisch arbeitet, verbindet die Selbstoffenbarung gleichzeitig mit einer Selbstrelativierung, die ihr wichtig sei: „Ich teile meine Haltung zu bestimmten Themen offen mit, ohne zu behaupten, dass meine Position die einzig Wahre ist.“ (GP09). Es ginge darum, sprachfähig zu bleiben, transparent zu sein und zu sagen, dass die eigene Position nur eine von vielen möglichen sei. „Es gibt verschiedene Glaubensrichtungen, und es ist wichtig, darüber zu sprechen.“

Dabei scheint auch das Anliegen zu sein, Befürchtungen mancher Patient\*innen zu vorzukommen, denn mitunter sei die Angst präsent, dass Psychotherapie „noch kränker“ mache: „Die Vorstellung, dass die Therapie ihren Glauben amputieren könnte, erzeugt Ängste, sodass sie befürchten, noch kränker zu werden.“ Die Patienten fürchten, ihren Glauben durch psychotherapeutische Begleitung zu verlieren“ (ebd.). Zusätzliche Verunsicherung müsse vermieden werden, da die Menschen spüren würden, dass etwas mit ihnen nicht stimme.

Ein Psychotherapeut im Interview machte die Erfahrung, dass es durch eine selektive Selbstoffenbarung leichter wäre, die Hürden gerade auch für junge Menschen in Radikalisierungsdynamiken zu senken und mit ihnen über manche Themen, die auch mit psychischen Störungen oder mit dem psychischen Wohlbefinden in einem Zusammenhang stehen, besser in ein Gespräch zu kommen: „Das religiöse beginnt [bei solchen Patient\*innen] schon am Anfang: nicht die Hand zu geben, der Kaftan. Für viele Klienten aus unserem Bereich war das wichtig. Ich habe mich auch direkt nach der Religiosität erkundigt und offengelegt, dass ich kein atheistisches Objekt bin, was zum feindlichen Objekt würde, sondern Teil einer Kirche bin. Die Diskussionen über Religiosität traten immer wieder dahingehend auf, wie rigide daran festgehalten wurde, Termine zu Gebetszeiten oder Feiertagen, wie der Ramadan gefeiert wird und der intergeschlechtliche Austausch funktioniert. Je besser man miteinander in Kontakt treten konnte, desto weniger rigide musste das verfolgt werden. Das hängt stark damit zusammen, dass weniger Angst bestand, sich darüber zu unterhalten bis hin dazu, dass jemand im Raum gebetet hat oder das zeigen wollte. Diese Eindrücke übten daher auf den Rahmen des schwer erreichbaren Einfluss aus“. Der Psychotherapeut könne sich dann stärker darauf einlassen (GP03).

## Die Patient\*innen im Dreieck von Psychotherapie und religiöser Lebensberatung – konstruktive und problematische Aspekte

Die Interviewpartner\*innen berichteten auch über Patient\*innen, die glaubten, sich zwischen dem Glauben und der Therapie entscheiden zu müssen. Sie fühlten sich unter Umständen hin- und hergerissen zwischen den Deutungsangeboten der psychotherapeutischen Fachkraft und den Vorgaben eines Imams oder Predigers.

So beschrieb ein Psychotherapeut seine Arbeit mit einem jungen Mann, bei dem er das Gefühl bekommen hätte, dass sein Gesprächsangebot durch den Jugendlichen aufgrund der unterschiedlichen Erklärungsmodelle für dessen persönliche Situation „in Konkurrenz zum Imam“ gestellt worden sei. „Der eine, der noch auf religiösem Fundament steht und auch mit religiösen Weihen sozusagen ausgestattet ist, der andere primär erstmal sozusagen mit psychologischen-psychotherapeutischen Wissen“ (GP03). Es wäre ein Fortschritt für Patient\*innen, wenn sie sich aus dieser Konfliktsituation lösen und beide Seiten miteinander vereinbaren könnten.

Unsere Interviewpartner\*innen nannten zudem Beispiele, in denen es ein günstiges Zusammenspiel von Imamen und Heilberufen gegeben habe. Um den Zugang zu Patient\*innen zu erhalten, könnten auch Seelsorgende und Geistliche durchaus hilfreich sein in der Vermittlung: „Ich habe in einzelnen Fällen schon eine gute Zusammenarbeit erlebt, auch von reflektierten Imamen oder christlichen Seelsorger\*innen, die gesagt haben, sie wollen die Person spirituell und religiös unterstützen. Aber sie sehen dann auch ihre Grenzen und sagen: ‚Wenn da jemand psychisch krank ist, ist das nicht mein Metier‘ (GP09).

Eine Psychiaterin berichtet: „Die Imame, die wir kennengelernt haben, mischen sich in medizinische Fragen nie ein. Die sagen den Familien schon: ‚Sie müssen zu einem Facharzt gehen, zum Hausarzt, und der soll ihnen dann einen Facharzt empfehlen‘ (GP07). Die beiden Gesprächspartner\*innen berichteten von Projekten, bei denen sie gemeinsam mit religiösen Gemeinden Informationsveranstaltungen zur Psychotherapie und auch im Rahmen von Therapievermittlungen zusammengearbeitet hätten.

Vereinzelt gäbe es auch problematische Erfahrungen, weil der Einfluss der religiösen Autoritäten auf manche Patient\*innen, speziell der Imame oder Prediger, groß sei und auch wie „Lebensberater“ fungierten. Es passiere auch immer wieder, dass Patient\*innen nicht mehr zurück in die Therapie kämen, weil ihnen von nahestehenden Personen davon abgeraten worden sein könne (GP03, GP07).

Einzelne Interviewte legten auch den Fokus darauf, wo die spezifische Glaubenspraxis, der Einfluss religiöser Autoritäten, auch zu einem „Teil des Problems“ werden kann. „Wenn jemand sagt, dass er sich bei den Zeugen Jehovas wohl fühlt und es ihm guttut, in einer streng reglementierten Umgebung zu sein, würde ich sagen, in Ordnung. Aber wenn ich feststelle, dass die Zugehörigkeit zu einer sehr engen, konservativen oder fundamentalistischen Gruppe die Ursache für psychisches Leiden ist, würde ich das reflektieren und sagen: ‚Ist das, was hier passiert, spiritueller oder machtpolitischer Missbrauch im Namen der Religion? Leide ich darunter?‘ Dann ist es meiner Meinung nach die Aufgabe der Psychotherapie, behilflich zu sein, dies zu benennen und eine Abwägung zwischen Religionsfreiheit und Menschenwürde zu treffen. Jeder kann glauben, was er will, aber wenn jemand unter dieser Zugehörigkeit leidet und sagt, ‚Ich möchte weiterkommen, aber stoße an dogmatische Grenzen in der Gruppe‘, dann stehe ich auf der Seite der zu behandelnden Person und würde das als spirituellen Missbrauch bezeichnen, wenn dies angebracht ist. Das hilft dieser und ich habe beeindruckende Fälle erlebt, in denen Menschen durch diesen Prozess der Benennung und Anerkennung von Missbrauch zu mehr Eigenständigkeit und Autonomie geführt wurden. Das ist schließlich das Ziel der Psychotherapie: Menschen dabei zu unterstützen, selbstständig zu werden und nicht länger kontrolliert zu werden“ (GP09).

Innerhalb der Profession haben sich bereits Kontexte für die professionelle Selbstverständigung gebildet, wo auch solche Fragen aus der Behandlung anonymisiert besprochen werden können. In Berlin ist beispielsweise der Qualitätszirkel Religionssensible Psychotherapie zu nennen. Allerdings gibt es noch zu wenige solcher kollegialen Kontexte und es wäre auch zu erwägen, in welcher Weise hierbei die spezialisierten Facheinrichtungen der Distanzierungs- und Ausstiegsarbeit und Psychotherapeut\*innen in einen besseren Dialog kommen können.

## Fallkonstellation: Erreichbarkeit polizeilich auffälliger Personen in Radikalisierungsdynamiken mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf

In der bisherigen Auswertung der Interviews lag der Schwerpunkt auf Situationen, in denen eine zu behandelnde Person zu einem bestimmten Zeitpunkt – beispielsweise in einer Krise – eine psychotherapeutische Sprechstunde aufsucht, weil sie in ihrem Umfeld dazu ermuntert oder aufgefordert wird, und dann vielleicht eine Psychotherapie beginnt. Allerdings gibt es bei Menschen, die sich in Radikalisierungsdynamiken befinden, auch einen Anteil von Personen, die psychisch und sozial besonders stark belastet sind. In deren Biografie kann es immer wieder zu Beziehungsabbrüchen und auch zu

Abbrüchen in sozialen oder gesundheitlichen Hilfen kommen. Dies ist eine Personengruppe, die oft auch für die direkte sozialpädagogische Distanzierungs- und Ausstiegsarbeit schlecht erreichbar ist, die aber durchaus in ihrem sozialen Umfeld, in Regelstrukturen oder bei der Polizei auffallen. Da dies in den Interviews zur Sprache kam, wollen wir den Fokus nun auf diese Personen richten, die (noch) keine Klient\*innen in der Distanzierungsberatung und auch (noch) keine Patient\*innen spezialisierter psychotherapeutischer Hilfen sind. Auch in internationalen Studien kam diese Gruppe bereits häufiger zur Sprache (vgl. Fassaert/Grimbergen 2022). Wie kann also ein Umgang mit solchen auffälligen Personen, die in Radikalisierungsdynamiken verwickelt sind, jedoch schwer für Beratungs- oder Unterstützungsangebote zu erreichen sind, aussehen?

## Systemsprenger und die Notwendigkeit eines holistischen Ansatzes im Umgang mit psychisch erkrankten Personen

Eine Interviewte berichtete uns davon, dass immer häufiger Delikte im Staatsschutzbereich von Personen begangen werden, bei denen schwere psychische Erkrankungen und komplexe psychosoziale Probleme bereits seit längerem bekannt sind. Delikte, die polizeilich ermittelt werden, können Taten im Bereich extremistisch motivierter Kriminalität oder auch Taten im Bereich des Terrorismusstrafrechts sein (beispielsweise Propagandadelikte, Vorbereitung schwerer staatsgefährdender Gewalttaten). Der Interviewperson zufolge lägen in dieser Personengruppe nicht selten komplexe chronifizierte Erkrankungen (z.B. Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen, oft in Kombination mit z.B. Substanzmissbrauch oder -abhängigkeiten) vor. Obwohl solche Personen in der Jugendhilfe oder im Sozial- oder Gesundheitssystem bereits „bekannt“ seien, zeigten bisherige Erfahrungen, dass eine langfristige Anbindung selten funktioniere (GP01). Diese Personen „rotieren dann durch die Systeme“, mitunter auch mit vielen Orts- und Einrichtungswechseln. „Und dann gehen ganz häufig Informationen verloren, was die anderen Stellen nicht mehr wissen, dass es eine Vorgeschichte, dass eine Anbindung oder auch Einzelfallhelfer zum Beispiel gab. Das ist natürlich fatal, weil man immer wieder von vorne anfängt [...]“ (GP011). Bei Krisenzuspitzungen werde dann die Polizei gerufen: „Wir sind ja immer die, die sozusagen dann kommen, wenn die Patient\*innen durch alle Systeme durchgefallen sind, sozusagen durch alle Reißleinen, die es da gibt. Dann sind wir im Prinzip da. Und wir versuchen dann die Patient\*innen wieder irgendwie anzubinden. Das führt dann wiederum zu enormer Belastung bei uns, deren Aufgabe das ja eigentlich nicht ist. Unsere Aufgabe besteht ja darin, Fremdgefährdung [zu verhindern] und diese Gefährlichkeitsaspekte [einzuschätzen]“ (GP10).

Dieselbe Interviewperson trifft die Einschätzung, dass das Thema „Ideologisierung im Gesamtsystem der Person betrachtet werden muss“ und dass manche Krisenzuspitzungen verhindert werden könnten, wenn ein holistischer Ansatz im Umgang mit solchen Fällen verfolgt würde: „Krisenzuspitzungen [hätte man] eigentlich, wenn man das so retrospektiv sieht, bei den meisten verhindern können. Also, wenn da gut flankierende Systeme gewesen wären, hätte man von unseren Einsätzen wahrscheinlich einiges verhindern können.“ (ebd.) So hielte sie ein ganzheitliches Konzept für notwendig, das soziale, pädagogische, psychotherapeutische und psychiatrische Interventionen einschließen würden.

Die Gesprächspartner\*innen beschrieben in diesem Zusammenhang ihre Vorstellungen von einem holistischen Ansatz. So könnten Personen, die mit Delikten im Bereich



PMK auffällig werden, mittlerweile im Bereich der Landeskriminalämter teilweise auch Psycholog\*innen mit psychotherapeutischer Fachkunde hinzugezogen werden, die ein erstes Screening in Hinblick auf potenzielle psychische Erkrankungen durchführten, teilweise auch mit Dolmetscher\*innen. Viele der Personen, die teilweise multiple psychische Störungsbilder zeigten (Multimorbidität), wiesen auch starke Teilhabe einschränkungen auf, die existentiell sein könnten (Wohnsituation, Gesundheit, Papiere, Krankenversicherung etc.): „Die Polizeibeamt\*innen sagen ganz klar, den Menschen muss geholfen werden, aber da sind wir als Polizei einfach die Falschen, weil es wirklich eine sozialpädagogische, psychiatrische, psychotherapeutische Aufgabe ist“ (GP10). Insbesondere den sozialpsychiatrischen Diensten (SPD) aber auch – mit Blick auf junge Menschen – Jugendämtern und kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten komme hier eine wichtige Rolle zu, um einen Interventions- und Hilfeprozess (wieder) in Gang zu setzen. In solchen Fällen sei die Kooperation in einem Netzwerk unerlässlich. Von Seiten der Polizei bestünde Bereitschaft und Möglichkeit Informationen und Einschätzungen zu teilen, während es Aufgabe der SPD sei, den Hilfebedarf festzustellen und Maßnahmen einzuleiten (bei jungen Menschen auch ggf. mit den Jugendämtern) (ebd.).

## Von der Diagnostik zum Hilfeplan – Bedarfe und Schwierigkeiten

Von Seiten polizeilich-psychologischer Interviewten wird eine Art „Case Management“ für diese komplex belasteten und in Radikalisierung verwickelten Personen angeregt, das durch eine dafür geeignete Stelle koordiniert werden müsse. Bislang gebe es hier oftmals große Defizite, so eine der polizeilich tätige Gesprächspartnerin: Niemand übernehme in solchen Fällen die Fallführung. Es mangle zudem an der Zusammenarbeit. „Man braucht doch zumindest eine Stelle, die das im Blick hat. Das gibt es einen Hilfebedarf, z.B. eine Entwöhnungstherapie, müsste jemand eine rechtliche Betreuung einrichten. Da besteht Bedarf für Antragsstellungen auf Teilhabe. Und da müsste man zumindest einen Behandlungsplan haben. Und das sehen wir, den gibt es nicht. Da hat niemand einen Überblick über die anderen Maßnahmen. Ich finde, dass man da wirklich irgendwie schauen muss, wie interinstitutionelle Helferkonferenzen [möglich sind]“ (GP11).

Die Interviewpartnerin schildert damit eine Problematik, die auch bei anderen Polizeien gesehen wird. Beispielsweise ermittelten Lorey und Fegert bei einer Befragung unter Polizist\*innen in Baden-Württemberg zum Thema „Polizeilicher Kontakt zu psychisch erkrankten Menschen“, dass knapp 40% der Befragten sich eine verbesserte Vernetzung zu professionellen Helfenden wünschen würden (Lorey/ Fegert 2021: 239ff.). Denn auch knapp 27% der Polizeibeamt\*innen gaben in diesem Zuge an, dass zu den Herausforderungen bei ihrer Arbeit mit psychisch belasteten Menschen die Zusammenarbeit mit anderen Stellen wie Arztpraxen, Beratungsstellen und Psychiatrien (15%) und die Vermittlung von Hilfen (11,9%) zählten. Denn Polizeien und auch die dort angestellten Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen sind für psychosoziale Interventionen und weitergehende Hilfemaßnahmen formal eigentlich nicht zuständig.

Doch allein schon die Kommunikation unter potenziellen Akteur\*innen eines Hilfesystems sei oftmals defizitär oder nicht möglich, so die Interviewpartnerin. Sie wünsche sich deshalb, dass gerade die Helfersysteme wie die SPDs auf Erwachsenen- und Jugendebene untereinander eine verbesserte Kommunikation etablieren könnten.

Auch Austauschformate vor allem zu „High-Risk-Fällen“, seien wünschenswert, um eine Sensibilisierung gegenüber dieser Personengruppe zu stärken. „Und da muss es zumindest in jeder Region oder auch immer in der Klinik zumindest eine\*n Ansprechpartner\*in geben, wenn es darum geht, wie gehe ich mit High-Risk-Fällen um oder wie handle ich da“ (GP11).

Solche etablierten Austauschformate zwischen Medizin- und Heilberufen und Polizeien gibt es bislang nur in loser Form. In der Schweiz dagegen gibt es beispielsweise das etablierte sog. Kantonale Bedrohungsmanagement, bei dem forensische Psychiater\*innen Polizeibeamte beim Fallverstehen und bei der Einschätzung von psychisch belasteten Menschen, die polizeilich auffällig geworden sind, aktiv unterstützen. Auch ein Netzwerk von Ansprechpersonen verschiedener Behörden und Institutionen, wie Krankenhäusern, Opferhilfestellen und Gemeinden, ist damit verknüpft, um die polizeiliche Arbeit entsprechend zu entlasten. „Die Ansprechpersonen stellen im Alltag das Bindeglied zu den polizeilichen Gewaltschutzstellen dar, um im konkreten Einzelfall einen behördenübergreifenden strukturierten und harmonisierten Informationsfluss zu gewährleisten“ (Guldimann/Brunner/Habermeyer 2021: 234).

Schließlich gehe es auch darum, schildert die polizeilich tätige Psychotherapeutin, den Hilfebedarf nicht nur zu klären, sondern auch entsprechende Hilfen tatsächlich zur Verfügung zu stellen, um zumindest in einem ersten Schritt eine Stabilisierung zu erreichen und dann längerfristig Angebote zur Distanzierung oder zum Ausstieg aus dem Extremismus zu unterbreiten. Oftmals gehe es zunächst um die Klärung der Wohnsituation, um die Absicherung existentieller Bedarfe, um eine Entlastung von Problemen, die besonderen Druck oder Stress verursachten, bis hin zu dem Versuch, soziale Teilhabe zu ermöglichen und motivational mit den Personen in ein Gespräch darüber zu kommen, ob und in welcher Weise sie auch psychotherapeutische oder psychiatrische Angebote annehmen könnten. Man müsse „das in einem Räderwerk denken, also sprich, nicht nur eben psychotherapeutische Intervention, sondern da muss eine Flankierung da sein von unterschiedlichen Seiten, um diesen Menschen überhaupt bei grundsätzlichen oder substanzialen Aufgaben oder der Bewältigung von Aufgaben zu helfen“ (ebd.).

Allerdings passiere es nicht selten, dass der Ball immer wieder hin und her gespielt werde. Das zuständige Versorgungssystem postuliere, dass die Person, um die es geht, vielleicht nicht hinreichend mitwirke, eine Hilfe anzunehmen. Auch wenn die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, vorhanden sei, zeige sich oftmals die Überforderung des Hilfesystems.

Aus polizeilich-psychologischer Sicht der Gesprächspartnerin erschienen manche der Personen, um die es gehe, gar nicht so verschlossen: „Also, ich glaube, die meisten Menschen verschließen sich gar nicht. Ich glaube, die meisten haben auch einen hohen Leidensdruck“ (ebd.). Der Eindruck der Gesprächspartner\*in sei, dass diese Patient\*innen auch von der Arbeit sehr stark profitierten, mindestens in der ersten Phase des Beziehungsaufbaus. Allerdings sei es für die polizeilichen Kräfte schwierig, den Klient\*innen zu erklären, dass man momentan nicht helfen könne und es ansonsten keine anderen zuständigen Alternativen gebe. Ihre Leistung beschränke sich daher vor allem auf das Trösten, soweit dies möglich sei. Und tatsächlich sei es für diese Personen außerordentlich schwer, aus sich selbst heraus eine Kontinuität aufzubauen. Dies treffe vor allem „strukturschwächere Patient\*innen“, die keine Tagesstruktur oder Probleme mit Pünktlichkeit hätten. Hinzu kämen auch noch Scham, schlechte Vorerfahrungen, Sprachbarrieren oder ein ungeklärter Aufenthaltsstatus (ebd.).

Für die Gesprächspartnerin sei die Unterstützung durch sozialpsychiatrische Dienste oder das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem mitunter unerreichbar, weil deren Kapazitäten selbst überlastet seien. Man könne also von einem „überforderten System“ sprechen, „das nicht reagieren kann“ und unter „Zuständigkeitsdiffusionen“ leide: „Da finden wir halt kaum Träger oder Akteure, die von uns diese Patient\*innen übernehmen können oder sich auch in der Position sehen, mit diesen zu arbeiten. Also die Weitervermittlung ins Regelsystem wäre dann auch ein problematischer Aspekt, weil man die fehlenden Ansprechpartner hat, die z.B. spezialisiert sind, sei es eben auf Kultur, Sprache oder eben auf die Bedürfnisse oder den Kontext der Klient\*innen bezogen.“ Sie stellte zudem fest, dass wir viel zu wenig betreute Betreutes Gemeinschaftswohnen (BGW) haben, also ganz genau. Und auch die stationären Aufnahmemöglichkeiten sind sehr begrenzt und auch, offen gesagt, ein sehr eingespartes System, was mit dem wirklichen Bedarf sicher nicht mehr wirklich übereinstimmt“ (GP11).

Mitunter ergebe sich der Eindruck für sie, dass diejenigen, die „zuständig sind, sich nicht zuständig fühlen“ oder „nicht aktiv werden“. Somit steige das Risiko, dass die Klient\*innen weiterhin durch das Versorgungssystem rasselten und ein Kontrollverlust drohe (ebd.).

## Zu Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Distanzierungs- und Ausstiegsarbeit mit dieser Gruppe hochbelasteter Personen

Aus den Ausführungen im Interview ergibt sich zunächst, dass es für die polizeilich auffälligen Personen, gegen die aufgrund einschlägiger Delikte ermittelt wird, eine Art „Fallmanagement“ braucht. Da wir es hier mit Personen zu tun haben, die zwar in einer Notsituation sind und gleichzeitig selbst- und fremdschädigend agieren – dazu noch in einem politisch-ideologischen oder religiös begründeten Kontext – sind diese zunächst für die klassische Distanzierungs- und Ausstiegsberatung auch schlecht erreichbar. Es braucht zunächst eine Stabilisierung der sozialen Situation. Speziell die gemeindepsychiatrische Versorgung rückt hier als potenzieller Partner in den Fokus. Der Zugang zu Gemeindepsychiatrischen Hilfen jedoch verläuft in vielen Situationen über eine Teilhabediagnostik des SPD, hängt auch von den Kapazitäten der sozialen Einrichtungen ab und vom Zugang zur Eingliederungshilfe. Und nicht selten zeigt die Erfahrung, dass manche Klient\*innen als noch nicht „krank genug“, noch nicht eingeschränkt genug oder auch als „nicht motiviert genug“ durch die SPDern betrachtet werden und dann durchs „Raster“ fallen können.

Der Zugang zu den radikalisierten Personen mit (oft multimorbiden) psychischen Erkrankungen und damit verbundenen komplexen psychosozialen Problemen ist daher für die Distanzierungs- und Ausstiegsarbeit, die mit primär pädagogischen Ansätzen arbeitet und bislang nur wenige sozialpsychiatrische Kompetenzen in ihr Tätigkeitsprofil aufgenommen haben, bislang schwer zu leisten. Es wäre zu erwägen, dass solche Kompetenzen mehr in die Teamzusammensetzung aufgenommen werden. Bei Personen, die neben ihrer komplexen psychosozialen Belastung und ihrer Erkrankungen sich gleichzeitig auch in Extremismuskontexten bewegen, stellt sich zudem die Frage, ob und wann eine pädagogische Distanzierungsberatung Sinn macht bzw. wann und wie diese angeboten werden kann. Es kann durchaus Sinn machen, dass sozial-pädagogischen Fachkräften der Distanzierungsarbeit, die versuchen eine Arbeitsbeziehung zu

den schwer erreichbaren Klient\*innen aufzubauen, psychotherapeutische oder psychiatrische Fallberatung anzubieten.

Fallbesprechungen mit Psychotherapeut\*innen können für diese Fallkonstellationen sehr sinnvoll sein, weil die Fallbetreuer\*innen dauerhaft im besten Fall mit der zu begleitenden Person im Kontakt stehen. Sie müssen mit ihr umgehen, auch wenn sie psychisch belastet ist, in Krisen steckt oder es immer wieder herausfordernde und schwierige Situationen gibt. So könnten sich Fallbetreuer\*innen und Psychotherapeut\*innen anonymisiert konsultieren. Dann könnte gemeinsam ein Fallverständnis erarbeitet werden und Perspektiven für die Arbeit mit dem psychisch belasteten Menschen entwickelt werden. Fallbesprechungen könnten dabei helfen, auf die spezifische Situation des Erlebens durch die zu begleitende Person, auch mit sozialarbeiterischen Mitteln, einzugehen, die Beziehung zu einer Person, zu gestalten und mit herausfordernden Verhalten umzugehen. Im besten Fall könnte dadurch eine tragfähige Beziehung begünstigt und die Wirksamkeit der Distanzierungs- und Ausstiegsarbeit erhöht werden.

## Zur Weiterentwicklung des Berufsbildes psychologischer Psychotherapeuten im Arbeitsfeld der Distanzierung- und Ausstiegsarbeit

Für psychologische Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen ergeben sich häufig Kontakte mit hochbelasteten Personen, sei es in der Akutpsychiatrie, in sozialpsychiatrischen Diensten oder durch die Tätigkeit im ambulanten Kontext in Zusammenarbeit mit Trägern der Eingliederungshilfe bzw. der gemeindepsychiatrischen Versorgung (s.a. Komplexversorgung). Wenn sich der Fokus aber auf die Frage richtet, wie Menschen, die zu dieser hochbelasteten Gruppe gehören und die sich gleichzeitig in Hinwendungsprozessen verstricken, sich gar radikalieren und vielleicht sogar mit entsprechenden Taten polizeilich auffällig werden, ergeben sich spezielle Anforderungen. Die Einbeziehung von Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen in dieses spezielle Feld, erscheint sinnvoll. So wäre zu überlegen, ob das breite Berufsbild, das neben der Differenzialdiagnostik, Behandlung, konsiliarischen Tätigkeiten auch eine Beratung im Hilfenetzwerk durch Fallbesprechungen ermöglichen würde, stärker aktiviert werden sollte – auch um Menschen letztlich die Chance zu eröffnen, Auswege aus einer Radikalisierung zu finden.

Der Bereich, über den wir hier sprechen, betrifft im Kern den Bereich der „forensic community mental health care“, also einer multiprofessionellen Arbeit für die psychische Gesundheit von Menschen, die „auffällig“ werden, insbesondere auch durch Delikte/Straftaten – hier mit dem Fokus auf islamistische Radikalisierung – und zwar im Kontext des Gemeinwesens. In anderen Ländern der Welt – Großbritannien, Kanada, Australien – sind Psychotherapeut\*innen längst Teil dieses multiprofessionellen Geschehens.

Wie kann das in Deutschland weiterentwickelt werden? Im Kern braucht es wieder einen stärkeren Fokus auf die Entwicklung dieses Feldes. Denn es geht nicht allein um forensische Sozialarbeit oder Psychotherapie, um Straffälligenhilfe oder die Arbeit mit Haftentlassenen. Denn enthalten ist hier auch ein starker Schwerpunkt auf die Prävention: Durch multiprofessionelle Förderung psychischer Gesundheit, sozialer Teilhabe und Extremismusprävention soll darauf eingewirkt werden, dass Menschen gar nicht erst Gewalt ausüben oder Straftaten begehen.

Das breit angelegte Berufsbild von Psychotherapeut\*innen ermöglicht eigentlich eine Beteiligung an einem solchen Anliegen. Im englischsprachigen Kontext sind in dem Bereich tätige Fachkräfte mitunter als „consulting psychiatrist“ oder „consulting psychotherapist“ bekannt. Es ist ein Tätigkeitsprofil, in welchem konsiliarische, supervisorische und anderweitig beratende und begleitende Beiträge zusammenfließen. Seitens einer Interviewperson wurde dies auch angeregt: Es sei wünschenswert, dass es bei schwierigen Fallkonstellationen die Möglichkeit bestünde, „Kolleg\*innen anzurufen“, um Fragen klären zu können, beispielsweise: „Wie gehe ich mit einer Krisensituation um? Wie kann ich das Risiko einschätzen? Muss ich mir Sorgen machen und was sollte ich jetzt tun (GP11)?“

Wenn die Berufsgruppe sich hier stärker einbringen soll, müssten auch Fragen wie diese in der Aus- und Weiterbildung eine Rolle spielen.

## Zusammenfassung

Die Arbeit mit psychisch belasteten Klient\*innen in der Ausstiegs- und Distanzierungsarbeit kann mit Herausforderungen verbunden sein. Wir haben uns daher im Rahmen einer Interviewstudie mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Kolleg\*innen Erfahrungen und Empfehlungen gewidmet, wie die Arbeitsbeziehung zu schwer erreichbaren Menschen gelingen kann und wo Entwicklungsbedarfe liegen könnten. Unsere Interviewpartner\*innen differenzierten bei der schweren Erreichbarkeit zwischen Aspekten des Versorgungssystems und Aspekten der Kontakt- und Beziehungsgestaltung. Wir sind näher eingegangen auf die Versorgungslandschaft, auf die Möglichkeit psychotherapeutischer Sprechstunden und den Umgang mit den Herausforderungen in der unmittelbaren psychotherapeutischen Behandlung. Auseinandergesetzt haben wir uns auch mit Fragen zur Notwendigkeit einer kontextsensiblen Psychotherapie, auch in Hinblick auf Aspekte von Kultur und Religion, und auf besondere Fallkonstellationen polizeilich auffälliger Personen, die Zugang zu einer Komplexversorgung benötigen. Dabei wurde deutlich, dass es in der psychotherapeutischen Arbeit natürlich nicht primär um einen Beitrag zum Ausstieg aus extremistischen Ideologiewelten und Gruppenbezügen gehen kann. Allerdings können Menschen, die sich mit diesen Fragen emotional und kognitiv beschäftigen, in der Psychotherapie dafür durchaus einen Raum erhalten. Wenn es der psychischen Gesundheit förderlich ist, kann die Empfänglichkeit für extremistische Angebote und auch die Distanzierung oder der Ausstieg durchaus zu einem Aspekt psychotherapeutischer Behandlungen werden. Wünschenswert wäre es, wenn dieses Thema noch stärker in die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen integriert würde, um das breite Berufsbild sinnvoll in die Distanzierungs- und Ausstiegsarbeit einzubringen. Die Fachberatungsstellen und die Heilberufe können in diesem Bereich durchaus produktiv zusammenwirken. Hierzu wurde bereits schon einiges auf den Weg gebracht. So hat das Projekt „Aktivierung von Fachkräften aus Heilberufen für das Thema Prävention durch Vernetzung und Qualifizierung“ am Universitätsklinikum Ulm beispielsweise ein überaus erfolgreiches E-Learning-Portal entwickelt, das Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen Grundlagenwissen zu Extremismus, Erklärungsmodellen, Hinwendungsprozessen und den möglichen Umgang mit radikalisierten Patient\*innen vermitteln soll.<sup>4</sup> Auch in einem Beitrag im Psychotherapeutenjournal plädierte eine Gruppe von Psychotherapeut\*innen, Psychiater\*innen und Sozialwissenschaftler\*innen, die in der Ausstiegs- und Distanzierungsarbeit involviert sind, für eine stärkere multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Präventionsarbeit (Rau et al. 2024).

---

<sup>4</sup> E-Learning Gewaltschutz des Universitätsklinikums Ulm: <https://heilberufe-extremismus.elearning-gewaltschutz.de/>,

# Literaturverzeichnis

- Benson, S. Ku et al. (2020): Neighborhood Predictors of Outpatient Mental Health Visits Among Persons With Comorbid Medical and Serious Mental Illness, in: *Psychiatric Services*, 71:9, September 2020, S. 906–912.
- Bühning, Petra (2018): Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Es hakt an der Bedarfsplanung, in: *Ärzteblatt*, PP, Hf. 5, S. 204-205.
- BPtK (2023): Salamitaktik bei Analyse der Wartezeiten verschleierte realen Umfang. Vdek-Auswertung zu Wartezeiten in der Psychotherapie, Pressemitteilung, [https://api.bptk.de/uploads/20230614\\_pm\\_bptk\\_Wartezeiten\\_in\\_der\\_ambulanten\\_Psychotherapie\\_Salamitaktik\\_des\\_vdek\\_9b85e63744.pdf](https://api.bptk.de/uploads/20230614_pm_bptk_Wartezeiten_in_der_ambulanten_Psychotherapie_Salamitaktik_des_vdek_9b85e63744.pdf), zuletzt geprüft am 11.07.2024.
- DGPM (2024): Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist besser als vermutet. Große Umfrage zu Wartezeiten und Therapie-Effekten, Pressemitteilung, [https://www.dgpm.de/app/uploads/2024/02/PM-Psych-Kongress-Wartezeit-2024\\_F.pdf](https://www.dgpm.de/app/uploads/2024/02/PM-Psych-Kongress-Wartezeit-2024_F.pdf), zuletzt geprüft am 11.07.2024.
- DGVT (2023): DGVT und DGVT-BV schließen sich BPtK-Kritik an der vdek-Analyse zu Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie an, Pressemitteilung, <https://www.dgvt.de/aktuelles/news-details/dgvt-schliesst-sich-bptk-kritik-an-der-vdek-analyse-zu-wartezeiten-in-der-ambulanten-psychotherapie-an/>, zuletzt geprüft am 11.07.2024.
- DGTV (2024): DGVT-BV begrüßt neues multiprofessionelles Versorgungsangebot für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, VPP 2/2024, <https://www.dgvt.de/aktuelles/news-details/dgvt-bv-begruesst-neues-multiprofessionelles-versorgungsangebot-fuer-schwer-psychisch-erkrankte-kinder-und-jugendliche-1/>, zuletzt geprüft am 18.07.2024.
- Flatten-Whitehead, Isabella et al. (2023): Empfehlungen für einen flächendeckenden Ausbau von SER-Traumaambulanzen, Schnelle Hilfen in Traumaambulanzen/Universitätsklinikum Ulm, [https://www.uniklinik-uhl.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Dokumente/Empfehlungen\\_flaechendeckend\\_Ausbau\\_Traumaamb.pdf](https://www.uniklinik-uhl.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Dokumente/Empfehlungen_flaechendeckend_Ausbau_Traumaamb.pdf), zuletzt geprüft am 18.07.2024.
- Gandras, Gisela (2018): Die Therapeutische Beziehung in der Psychotherapie. Vom Erstgespräch bis zum Therapieabschluss, Wiesbaden.
- Giertz, Karsten/ Große, Lisa/ Gahleitner, Silke B.: Einleitung, in: Giertz, Karsten/ Große, Lisa/ Gahleitner, Silke B. (Hrsg.) (2021): *Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen*, Köln.
- Gesing, Alexander: Die Zielgruppenerreichung in der Deradikalisierungs- und Distanzierungsarbeit, in: Benz, Samira/ Sotiriadis, Georios (Hrsg.) (2023): *Deradikalisierung und Distanzierung auf dem Gebiet des islamistischen Extremismus. Erkenntnisse der Theorie-Erfahrungen aus der Praxis*, Wiesbaden, S. 151–167.
- Grimbergen, Christel/ Fassaert, Thijs (2022): Occurrence of Psychiatric Disorders, Self-Sufficiency Problems and Adverse Childhood Experiences in a Population Suspected of Violent Extremism, in: *Front Psychiatry*, Vol 13, Article 779714.
- Guldimann, Angela/ Brunner, Reinhard/ Habermeyer, Elmar (2021): Bedrohungsmanagement: deeskalieren, bevor etwas passiert, in: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, Vol. 15, S. 229–238.
- Le Ker, Heike (2024): Krankenkassen erstatten systemische Therapie für Kinder und Jugendliche, SPIEGEL, <https://www.spiegel.de/psychologie/systemische-therapie-fuer-kinder-und-jugendliche-gesetzliche-krankenkassen-erstatten-kosten-a-af4d6c1c-4d05-437d-8be4-4a1176d31827>, zuletzt geprüft am 18.07.2024.
- Lorey, Katharina/ Fegert, Jörg M. (2021): Polizeilicher Kontakt zu psychisch erkrankten Menschen, in: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, Vol. 15, S. 239–247.
- Mönter, Norbert/ Heinz, Andreas/ Utsch, Michael (Hrsg.) (2020): *Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie. Basiswissen und Praxis-Erfahrungen*, Stuttgart.
- Rezapour, Hamid/ Zapp, Mike (2011): *Muslimen in der Psychotherapie. Ein kultursensibler Ratgeber*, Göttingen, S. 50–64.
- Rau, Thea et al. (2024): Denkanstoß zu extremistischen Ansichten bei Patient\*innen, in: *Psychotherapeutenjournal*, 1/2024, S. 44–49.
- Sonnenmoser, Marion (2016): Abbrüche in der Psychotherapie. „Eine Art der Kritik der Patienten“, in: *Deutsches Ärzteblatt*, PP, Hf. 3, März 2016, S. 118–120.

# Informationen zu den Autor\*innen

## Heiner Vogel

Heiner Vogel ist Autor des Monitoring-Blogs „Erasmus Monitor“, der die islamistische Szene beobachtet. Er studierte Politikwissenschaft und Geschichte mit den Schwerpunkten soziale Bewegungen und Terrorismus in Jena und Freiburg im Breisgau. Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter bei nexus und forscht u.a. zu islamistischer Online-Propaganda, Verschwörungsmmythen und Akteur\*innen in islamistischen Netzwerken.

## Kerstin Sischka

Dipl.-Psych., M.A., Sozialwissenschaftlerin und Psychologische Psychotherapeutin (TP/PA) ist seit vielen Jahren in Initiativen der Extremismusprävention und Ausstiegshilfe tätig. Seit 2023 ist sie die psychotherapeutische Leitung von nexus. Sie ist in Berlin in eigener Praxis niedergelassen und Mitglied der DPV, IPA und DGPT.

## Impressum

Text: Heiner Vogel und Kerstin Sischka, 2024

Die empirische Erhebung wurde im Jahr 2023 im Rahmen des vom Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und der Landeskommision gegen Gewalt Berlin geförderten Projekts nexus (Trägerin: Charité – Universitätsmedizin Berlin) durchgeführt.

Redaktionelle Mitarbeit und Satz: Maria Melzer (Projekt nexus)

nexus-Erscheinungsbild: agnes stein, Berlin, 2023