



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Ver(-)rückt?

**Störungsspezifische Anwendungsfelder der
Personenzentrierten Psychotherapie und
Beratung am Beispiel der Schizophrenie**

Verfasserin:

Marlene Aixner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl laut Studienblatt:

A- 297

Studienrichtung laut Studienblatt:

Pädagogik

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich eidesstattlich, dass die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst wurde. Ich habe alle direkten und indirekten Zitate deutlich gekennzeichnet und die Quellen im Literaturverzeichnis korrekt angegeben.

Gender Erklärung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Diplomarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Danksagung

Ich möchte mich sehr herzlich bei einigen Menschen bedanken, die mich tatkräftig unterstützt haben. Hierzu zählt zum einen mein Diplomarbeitsbetreuer Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer. Zum anderen gebührt ein großer Dank an Dr. phil. Gerhard Pawlowsky, sowie an die Psychotherapeutin und Supervisorin Lore Korbei, die mir unzählige Literaturtipps und Videomaterialien zur Verfügung stellten.

Diese Diplomarbeit wäre ohne die liebevolle Unterstützung zweier ganz besonderer Menschen nicht zustande gekommen, weshalb ich vor allem ihnen danken möchte. Danke Mama und Papa, dass ihr mir immer den Rücken gestärkt, mich finanziell und moralisch unterstützt habt und vor allem immer an mich geglaubt habt!

Auch ein großes Dankeschön möchte ich Mag. Traute Pleunigg, Mag. Silvia Velik und Dr. Klaus Scherwitzl aussprechen. Sie haben mir sowohl germanistische als auch inhaltliche Ratschläge erteilt.

Die Verfassung einer Diplomarbeit ist ein sehr langwieriger Prozess, der unter anderem nicht nur Freude bereitet. Vielen Dank deshalb an all meine Freunde und Familienmitglieder, die sich mein Gejammere des Öfteren anhören mussten. Speziell möchte ich meine gute Freundin, Arbeits- und Studienkollegin Elisabeth Schandl nennen, die immer Zeit und Muße fand, mir mit Rat und Tat und oft auch aufmunternden Worten beizustehen. Auch besonderer Dank gilt meiner schon seit Jahren besten Freundin, Doris Jäger, die mich vor allem in der Endphase der Diplomarbeit mental unterstützt hat. Ich entschuldige mich, dass ich nicht all meine Freunde, Familienmitglieder und Arbeitskollegen namentlich nennen kann. Aber ich danke euch allen für die Unterstützung!

Vorwort

Das Thema der Diplomarbeit hat sich im Laufe meines Studiums herauskristallisiert, da ich den theoretischen Zugang durch die Universität bekam und praktische Eindrücke in meinem Beruf sammeln konnte. Ich habe mich intensiv mit der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung auseinandergesetzt und alle möglichen Gefühle dazu durchlebt. Von völliger Begeisterung bis hin zu totalem Unverständnis. Meine persönliche Erfahrung mit Menschen aus dem schizophrenen Formkreis regte mich zum Denken an. Denn tragischerweise erkannte ich, dass jenen Menschen oftmals nicht der gebührende Respekt entgegengebracht wird und sie als „Verrückte“, die unter medikamentösen Einfluss stehen, abgestempelt werden. Anhand des theoretischen Wissens, das ich im Studium erlangte, knüpfte ich Verbindungen und wollte dem näher auf den Grund gehen. Die Frage, ob die Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Schizophrenie von Vorteil für die akute Krisenbewältigung als auch für die allgemeine Situation wäre, ließ mir lange keine Ruhe mehr, weshalb ich mich für dieses Thema entschloss.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1. Entwicklung der Problemstellung | 10 |
| 1.1 Methodisches Vorgehen | 12 |
| 1.2 Disziplinäre Anbindung | 14 |
| 1.3 Zusammenfassung | 15 |
| 2. Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung | 16 |
| 2.1 Psychologischer Kontakt | 19 |
| 2.2.1 Empathie..... | 20 |
| 2.2.2 Wertschätzung | 21 |
| 2.2.3 Kongruenz | 23 |
| 2.2.4 Experiencing | 24 |
| 2.3 Persönlichkeitstheorie..... | 25 |
| 2.3.1 Selbstkonzept | 25 |
| 2.3.2 Aktualisierungstendenz..... | 26 |
| 2.3.3 Selbstaktualisierungstendenz | 27 |
| 2.4 Inkongruenz | 28 |
| 2.5 Entstehung psychischer Erkrankungen | 29 |
| 2.6 Zusammenfassung | 32 |
| 3. Schizophrenie | 33 |
| 3.1 Symptomatik | 35 |
| 3.1.1 Positiv - Symptomatik | 35 |
| 3.1.2 Negativ - Symptomatik..... | 38 |
| 3.2 Untergruppen | 39 |
| 3.3 Schizophrenie: Betrachtungsweise aus personenzentrierter Sicht..... | 40 |
| 3.4 Selbstidentität schizophrener Menschen | 43 |
| 3.4.1 Krankheitseinsicht schizophrener Menschen | 46 |
| 3.4.2 Inkongruenzerleben schizophrener Menschen..... | 48 |
| 3.5 Beziehungsgestaltung schizophrener Menschen | 50 |
| 3.6 Sprache schizophrener Menschen | 54 |
| 3.7 Zusammenfassung | 57 |

| | |
|---|-----------|
| 4. Prä - Therapie | 58 |
| 4.1 Zusammenfassung..... | 64 |
| | |
| 5. Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Schizophrenie... .. | 65 |
| 5.1 Wisconsin Studie | 66 |
| 5.1.1 Differenzielle Anwendung | 70 |
| 5.1.2 Differenzielles Inkongruenz Modell | 72 |
| 5.1.3 Differenzielle Anwendung bei Schizophrenen..... | 74 |
| 5. 2 Akute Phase | 76 |
| 5.3 Empathie, Wertschätzung und Kongruenz bei schizophrenen Menschen..... | 78 |
| 5.3.1 Empathie | 79 |
| 5.3.2 Wertschätzung | 82 |
| 5.3.3 Kongruenz..... | 83 |
| 5.4 Gesamtplan | 85 |
| 5.4.1 Medikamentöse Behandlung schizophrener Menschen | 87 |
| 5.4.2 Psychoedukation | 89 |
| 5.4.3 Gestalttherapie | 90 |
| 5.5 Unmotivierte Klienten | 91 |
| 5.6 Störungsspezifische Ansätze | 93 |
| 5.6.1 Bedeutung von Diagnose | 94 |
| 5.6.2 Gefahren | 96 |
| 5.6.3 Möglichkeiten | 97 |
| 5.7 Störungsspezifische Defizite | 98 |
| 5.7.1 Nähe- Distanz- Problematik | 99 |
| 5.7.2 Ich- Abgrenzungsproblematik | 100 |
| 5.7.3 Problem der Ohnmacht | 101 |
| 5.7.4 Sensibilität der Affekte | 102 |
| 5.7.5 Beziehungsprobleme während des therapeutischen Kontakts | 103 |
| 5.7.5.1 Beziehungsgestaltung mittels Augenkontakt | 105 |
| 5.7.6 Kommunikationsschwierigkeiten während des therapeutischen Kontakts | 107 |
| 5.7.6.1 Schweigen..... | 111 |

| | |
|---|------------|
| 5.8 Der Therapeut als Person..... | 114 |
| 5.8.1 Aktive Haltung..... | 116 |
| 5.9 Gesprächsregeln und Methodik..... | 118 |
| 5.10 Zusammenfassung | 119 |
| 6. Therapieziele | 120 |
| 6.1 Bezug zur Realität | 124 |
| 6.1.1 Verbindung mit der Umwelt | 124 |
| 6.2 Identitätsstärkung | 125 |
| 6.3 Schwierigkeiten des personenzentrierten Ansatzes bei Schizophrenen | 127 |
| 6.4 Effektivität des personenzentrierten Ansatzes bei Schizophrenen..... | 129 |
| 6.5 Zusammenfassung | 134 |
| 7. Genesung schizophrener Menschen | 135 |
| 7.1 Zusammenfassung | 137 |
| 8. Zusammenfassung und Ausblick | 138 |
| 8.1 Kurzzusammenfassung | 142 |
| 8.2 Abstract..... | 143 |
| 9. Literaturverzeichnis..... | 144 |
| 9.1 URL..... | 161 |
| 9.2 Abbildungsverzeichnis | 164 |
| 9.3 Abkürzungsverzeichnis..... | 165 |

1. Entwicklung der Problemstellung

„Was man in der schizophrenen Erkrankung erleidet, ist etwas Unerhörtes: Man erlebt die Hölle und den Himmel, man erlebt, wie man verloren geht, im geistigen Sinne stirbt, wie man ein anderer, Fremder in alter Gestalt wird. Man wird in seiner sozialen Stellung erschüttert. Man wird in seinem Ansehen, seiner Ehre, in seiner Stellung im Beruf und in der Familie bedroht“ (Bleuler in Müller 1999, 162f). Der schizophrene Mensch wird nicht mehr in ihm gebührender Weise positiv beachtet und anerkannt, woraus ein brüchiges und unsicheres Selbstkonzept resultiert. Schizophrene nehmen sich selbst oft getrübt und nicht ganzheitlich wahr, weshalb sie darauf angewiesen sind, dass man ihnen beim Wahrnehmen ihrer selbst hilft. Sie haben das Gefühl, dass sie sich nur mehr in der Spiegelung durch andere erfahren können, d.h. dass schizophrene Menschen vom Wohlwollen und der Zustimmung ihrer Mitmenschen abhängig sind und mit Kritik nicht umgehen können, da sie diese als „das Gebrochene ihrer eigenen Identität erleben“ (Buchmüller 1993, 84). Die Haltung, die schizophrene Menschen demnach brauchen, wird in der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung angeboten. Der Therapeut nimmt alle Gefühle und Emotionen an und akzeptiert diese. Er übt weder Kritik, noch versucht er, den Klienten zu lenken. Der Klient wird so angenommen, wie er ist und als Individuum wahrgenommen. Mittels der bedingungslosen Akzeptanz seitens des Therapeuten, kann er sich selbst erfahren und sich somit als Einheit wahrnehmen. Hilfreich erscheint hierbei die Spiegelung des Therapeuten, die dem Klienten das Gefühl vermittelt, eine selbstständige Person zu sein und in allen Entwicklungstendenzen und –ebenen akzeptiert zu werden (vgl. Rogers 2005).

Theoretisch gesehen wäre dies der optimale Ansatz, um eine Persönlichkeitsentwicklung bei Schizophrenen in Gang zu setzen, jedoch ist schon seit Rogers Wisconsin Studie bekannt, dass sich in der praktischen Umsetzung Probleme ergeben. Rogers formuliert sechs hinreichende Bedingungen, die gegeben sein müssen, um einen Therapieprozess

gestalten zu können. Um auf ein gravierendes Problem aufmerksam machen zu können, müssen diese Bedingungen zitiert werden:

1. „Zwei Personen befinden sich in *Kontakt*.
2. Die erste Person, die wir Klient nennen, befindet sich in einem Zustand der *Inkongruenz*; sie ist *verletzlich* oder *voller Angst*.
3. Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist *kongruent* in der *Beziehung*.
4. Der Therapeut empfindet *bedingungslose Wertschätzung* gegenüber dem Klienten.
5. Der Therapeut *erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen* des Klienten.
6. Der Klient *nimmt* zumindest in geringem Ausmaß die Bedingungen 4 und 5 *wahr*, nämlich die *bedingungslose Wertschätzung* des Therapeuten ihm gegenüber und das *empathische Verstehen* des Therapeuten“ (Rogers 2009a, 46f).

Diese Bedingungen stellen ein Problem für die Behandlung schizophrener Klienten dar, da drei von sechs nur teilweise, wenn überhaupt, erfüllt werden. Zum einen ist die Herstellung und Aufrechterhaltung einer Beziehung für viele schizophrene Menschen fast unmöglich, da eine Abkapselung von der realen Welt passiert. Zum anderen weisen Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, oftmals keine Krankheitseinsicht und daraus resultierendes Inkongruenzerleben, wie es in Bedingung 2 von Rogers gefordert wird, auf. Des Weiteren wurde im Zuge der Wisconsin Studie herausgefunden, dass Schizophrene dazu tendieren, „unabhängig von dem Ausmaß an Empathie, Akzeptanz und Kongruenz, wie sie vom Therapeuten verwirklicht werden, diese Bedingungen auf einem niedrigeren Niveau wahrzunehmen und auch nur sehr langsam im Verlauf der Behandlung etwas mehr von diesen Therapeutenvariablen (...) spüren“ (Binder 1996b, 188). Folglich werden drei der sechs Bedingungen, die laut Rogers notwendig sind, um einen positiven Verlauf der Therapie gewährleisten zu können, bei schizophrenen Klienten, nur teilweise erfüllt. Beim Einlesen in dieses Thema sind viele Fragen aufgetreten: Ist eine Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung mit Menschen mit

Schizophrenie sinnvoll? Sind Menschen mit Schizophrenie in der Lage, die Echtheit, Wertschätzung und Empathie des Therapeuten wahrzunehmen und für sich zu nutzen? Mit welchen Problemen/Besonderheiten werden Therapeut und Klient während des Therapieprozesses konfrontiert? Worauf muss der Therapeut achten, um einen positiven Ausgang der Therapie für den Klienten zu erreichen? Ist es Rogers gelungen, einen universalen Ansatz zu entwickeln? Oder muss dieser adaptiert werden?

Die daraus resultierende Forschungsfrage lautet also:

**Ist es möglich, mittels des personenzentrierten
psychotherapeutischen Ansatzes eine Persönlichkeitsentwicklung bei
Menschen mit Schizophrenie in Gang zu setzen und welche
Besonderheiten ergeben sich hierbei?**

1.1 Methodisches Vorgehen

Sowie die therapeutische (vgl. Marx 1993) als auch die psychiatrische (vgl. Teusch/ Finke 2002) Behandlung an sich einen hermeneutischen Zugang weist, so soll auch die vorliegende Arbeit verstanden werden. Da diese Diplomarbeit dazu dienen soll, einen Überblick zu liefern, was in Bezug auf die Thematik der Personenzentrierten Psychotherapie bei Menschen mit Schizophrenie bereits erforscht worden ist, wird für die Beantwortung der Fragestellung ein hermeneutischer Zugang gewählt. Die Hermeneutik ist die Wissenschaft vom Verstehen, die sich mit der Auslegung und Interpretation von Texten beschäftigt.

Der Begriff Hermeneutik entstammt dem Griechischen und bedeutet sagen, auslegen und übersetzen (vgl. Danner 1998). Texte, Bilder, Musik, Gesten etc. sollen im wissenschaftlichen Sinn verstanden werden. „Hermeneutik als Verstehen steht immer im Horizont der Geschichte und erstrebt anstelle von Allgemeingültigkeit Objektivität im Sinne der Angemessenheit einer Erkenntnis an ihren Gegenstand“ (Böhm 2005, 283). Das bedeutet, dass

der historische Kontext immer mit einbezogen werden muss, um an tragende Erkenntnisse zu gelangen.

Mittels der hermeneutischen Methode sollen Inhalte ausgedrückt werden, die von anderen verstanden und nachvollzogen werden können. Texte werden dargelegt, interpretiert, übersetzt und aufgezeigt – in diesem Sinne spricht man auch von der „*Kunst der Auslegung*“ (Danner 1998, 31). Allerdings muss, um diese Kunst entfalten zu können, eine akkurate Literaturrecherche durchgeführt werden.

Wie schon erwähnt, ist der Begriff „verstehen“ essentiell für die hermeneutische Methode. „Es ist der Inhalt der *Hermeneutik*, den Verstehensvorgang zu untersuchen und ihn zu strukturieren“ (Danner 1998, 31). Der Vorgang besteht demnach im Untersuchen und Strukturieren diverser Materialien.

Ein wichtiger Begriff ist der Hermeneutische Zirkel, der mittels Interpretationen ein „höheres Verständnis“ herbeiführt. Hierbei geht man von einem Vorverständnis als auch von einem Verstehens - Horizont aus, der persönlich und kulturell bedingt ist. Durch die neuen Informationen, die der Interpret erhält, verändert sich das Vorverständnis, wodurch auch das Textverständnis erweitert wird (vgl. Danner 1998).

Die „Hermeneutik *erhell*t sinnhaltige Sachverhalte, kann aber Neues nicht begründen“ (Danner 1998, 116). Es werden bestimmte Situationen und Texte reflektiert und deren Sinnzusammenhänge aufgezeigt, um jedoch Neues begründen zu können, bedarf es erweiternder Methoden (vgl. Danner 1998).

Mittels der hermeneutischen Methode ist es möglich, die historischen Aspekte und Ereignisse, die bereits gewonnenen Erkenntnisse und eventuelle Probleme der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Schizophrenie darzulegen und einen kompakten Überblick zu liefern.

1.2 Disziplinäre Anbindung

Es scheint nicht verwunderlich, dass an dieser Stelle ein kurzer Einblick in die disziplinäre Anbindung zur Pädagogik angeführt werden soll, so setzt sich diese Diplomarbeit doch primär mit psychologischen und psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Zugängen auseinander. Versteht man die Pädagogik jedoch als Mittel der Selbstorganisation, so ist der direkte Bezug therapeutischen Handelns nicht zu übersehen. Denn Ziel der Therapie ist, dem Klienten ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ein Leben, in dem er sich als Person annimmt und einen adäquaten Zugang zu der jeweiligen Erkrankung legen kann, welches unter anderem anhand von Informationen über die Erkrankung gewährleistet wird.

Der Übergang von Erziehung, Beratung und Therapie ist fließend und lässt sich kaum voneinander trennen. So liegt der Fokus aller drei Richtungen bei dem Menschen selbst, dessen psychischer Entwicklung und inkludierend, in anzubietender Hilfestellungen bei Problemen. Sehen sich Pädagogen als helfende Kraft, Entwicklungen voranzutreiben, den Menschen ein selbstbestimmtes, sich selbst erziehendes und selbstgesteuertes Wesen werden zu lassen, so kann Erziehung als Teilaspekt von Beratung und in weiterer Folge von Therapie angesehen werden (vgl. Krause 2003).

Um mit Schizophrenie bestmöglich leben zu können, sollte ein informativer Zugang gewählt werden, der aufklärerische Tätigkeiten übernimmt und etwaige Missverständnisse und Stereotypen aus dem Weg räumt. So ist die Psychoedukation als nennenswerte Herangehensweise zu formulieren, die anhand gesprächspsychotherapeutischer Techniken Informationen liefert, die den Klienten und auch seiner sozialen Umgebung helfen, sich anzunehmen und mit Verständnis heranzugehen. Dieses sich- Annehmen-Können befähigt den Klienten, sich als selbstgesteuertes Wesen wahrzunehmen und ist demzufolge als weiterer Teilaspekt der Pädagogik zu nennen.

1.3 Zusammenfassung

Das erste Kapitel dieser Diplomarbeit beinhaltet eine Einleitung in das Thema und eine Ausformulierung der Forschungsfrage. So wird in der vorliegenden Arbeit der Frage, ob denn mittels eines personenzentrierten Ansatzes eine Persönlichkeitsentwicklung bei Menschen mit Schizophrenie in Gang gesetzt werden kann und welche Besonderheiten sich daraus ergeben, auf den Grund gegangen. Des Weiteren wurde der methodische Zugang festgelegt, welcher sich der Hermeneutik anschließt. Die Hermeneutik ist die Kunst der Auslegung von Texten, Bildern und vielen mehr. Mittels des hermeneutischen Zirkels wird das Vorwissen an neues Wissen angeknüpft und kann somit den Wissensstand erweitern.

Auch der disziplinären Anbindung wurde ein Subkapitel gewidmet. Es wurde die Verbindung von Pädagogik und dem Thema der Diplomarbeit, das als differenzielle Anwendung Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung bei Schizophrenen titulierte werden kann, erarbeitet.

2. Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung

Um einen Zugang zur Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung zu erlangen, soll in diesem Kapitel auf Begriffe wie Selbstkonzept, Aktualisierungstendenz, Selbstaktualisierungstendenz, sowie Inkongruenz und Core- Conditions eingegangen werden.

Die inhaltliche Erarbeitung Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung bedarf einer Auseinandersetzung der Psychotherapie im allgemeinen Sinne. So ist festzuhalten, dass Definitionen, die im Laufe der Zeit gemacht wurden, sehr unterschiedlich und doch ähnlich sind; allerdings ist es bis heute nicht gelungen, eine Definition, die alle Bereiche der Psychotherapie miteinschließt, zu formulieren. Grob lässt sich zusammenfassen, dass es sich um „normales“ und „anormales“ Verhalten handelt, was von der jeweiligen Gesellschaft festgelegt wird und folglich Psychotherapie nie wertfrei sein kann. Der Begriff Psychotherapie bedeutet übersetzt „Seelendienst“ und beschäftigt sich mit dem menschlichen Verhalten. Laut Höfling (in Huf 1992, 25) versteht man unter Psychotherapie den „(...) geplanten Einsatz von Veränderungswissen mit dem Ziel, psychisches und psychophysiologisches Leiden aufzuheben oder zu lindern. (...)“. Dem Klienten soll mit Hilfe therapeutischer Interventionen die Möglichkeit geboten werden, symptomatische Leiden zu bekämpfen.

Das wesentliche Merkmal der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung ist der stetige Fokus auf zwischenmenschliche Beziehungen, dessen Wachstum und Veränderungen. Der Klient als Person und der Prozess der Beziehung ist Mittelpunkt des Geschehens, nicht jedoch die Symptome (vgl. Rogers 2007). Nicht die im Menschen aufgetretene Störung und die damit verbundenen Defizite treten in den Vordergrund, sondern seine innenwohnenden Potenziale, sich selbst zu heilen und die Krankheit zu überwinden. Der Therapeut vertraut auf die Selbstheilungskräfte des Menschen und zieht positiven Nutzen aus den jeweiligen Ressourcen (vgl. Finke 2004). Folglich vertraut der Therapeut auf die Selbstaktualisierungstendenz des Klienten und nimmt weder eine

defizitorientierte Haltung ein noch verfolgt er eine Symptombehandlung. Dieses Vertrauen wird bei humanistischen Ansätzen, dem die Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung folgt, vorausgesetzt. Humanistische Ansätze sind jene, die den Menschen als etwas Einzigartiges, sprachfähiges, symbol- und sinnbildungskompetentes Wesen sehen und ihm die Fähigkeit von Selbstreflexion und Wertentscheidung einräumen (vgl. Finke 2004). Die zugrundeliegende Hypothese lautet: „Jedem Mensch ist ein Wachstumspotenzial zu eigen, das in der Beziehung zu einer Einzelperson (etwa einem Therapeuten) freigesetzt werden kann. Voraussetzung ist, daß diese Person ihr eigenes reales Sein, ihre emotionale Zuwendung und ein höchst sensibles, nicht urteilendes Verstehen in sich selbst erfährt, zugleich aber dem Klienten mitteilt“ (Rogers 2007, 17). Das bedeutet, dass die dem Menschen innewohnenden Potenziale entfaltet werden können, zumal ihm aufrichtige Zuwendung (Wertschätzung) entgegnet wird, er das Gefühl hat verstanden zu werden (Empathie) und sein Gegenüber als transparent (Kongruenz) definiert. Sind diese drei Bedingungen, die sogenannten Core- Conditions, ausreichend vorhanden, so ist ein erfolgreicher Verlauf der Therapie wahrscheinlich (vgl. Rogers 2007). Kommt es demnach zu Ausführung, so ist Huf (vgl. 1992) der Auffassung, dass eine entspannende, akzeptierende und wohlwollende Atmosphäre geschaffen wird, in der der Klient Vertrauen zu sich und seinem Gegenüber fassen kann, was wiederum eine Voraussetzung darstellt, sich zu öffnen und sich seiner Abwehrhaltungen anzunehmen und diese zu bearbeiten. Der Klient erarbeitet neue Sichtweisen seiner Wahrnehmung und kann seine neuen Erfahrungen in sein Selbstbild integrieren. Im Laufe des Therapieverfahrens soll der Klient lernen, Eigenverantwortung zu übernehmen und die Richtung des Therapieverlaufs zu weisen, da er als Subjekt der Therapie, seine selbstheilenden Kräfte entdecken und nutzen soll (vgl. Huf 1992). Diese selbstheilenden Kräfte bezeichnet Rogers als die Aktualisierungstendenz eines jeden Menschen. Es ist die Lebenskraft, die zur Entfaltung all unserer Möglichkeiten führt (vgl. Finke 2004).

Die Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung verfolgt einen einheitlichen therapeutischen Ansatz, d.h., dass, gleich welche Symptome der Klient haben mag, die Haltung des Therapeuten stets dieselbe bleibt.

Diese Einstellung lässt sich in Echtheit, bedingungsfreie Akzeptanz und Empathie wiederfinden (vgl. Rogers 2007). Der Klient soll in erster Linie als Person gesehen werden und nicht als eine kranke Person, die an diversen Symptomen leidet. Der Therapeut soll dem Klient vollkommen vorurteilsfrei gegenübergetreten werden und sich nicht von Diagnostiken und störungstheoretischen Vorannahmen beeinflussen lassen (vgl. Finke 2004). Im Verlauf der Jahre gab es viele verschiedene Namen für Rogers` Ansatz. Von „nicht- direktiv“, über „klientenzentriert“, bis hin zu „personenzentriert“ und „gesprächspsychotherapeutisch“ entwickelte sich nicht nur das Verfahren, sondern auch dessen Benennung weiter (vgl. Finke 2004). Um dem Personenzentrierten Handeln nachgehen zu können und eine empathische, wertschätzende und kongruente Haltung anbieten zu können, muss psychologischer Kontakt hergestellt werden, weshalb dieser nun näher beschrieben werden soll.

2.1 Psychologischer Kontakt

Rogers spricht von „in Kontakt treten“, jedoch definiert er weder was er genau damit meint, noch beschreibt er eine Methode, wie dieser Kontakt herzustellen sei. Um mit Klienten, die schizophrene Züge aufweisen, personenzentriert arbeiten zu können, muss laut den sechs hinreichenden Bedingungen, ein Kontakt vorhanden sein. Weshalb es sich lohnt, diesen Begriff näher zu betrachten. Rogers verweist auf die Notwendigkeit des Kontaktes, der als wahrnehmender Kontakt zu verstehen ist (vgl. Warner 2001), ohne diesen jedoch zu definieren oder Richtlinien für die (Wieder)Herstellung anzubieten (vgl. Hutterer 1996). Dieser theoretische Zugang erfährt viel Kritik von Prouty (vgl. 1998b), der zum einen den Kontakt als psychologischen Kontakt versteht und zum anderen sich mit der Problemstellung, nicht in Beziehung treten zu können, einschlägig auseinandersetzt. Mehr dazu im Kapitel 4. Prä - Therapie. Was also bedeutet das Konstrukt psychologischer Kontakt?

Unter psychologischen Kontakt verstehen Stumm und Keil (vgl. 2002) eine emotionale Verbindung zwischen Therapeut und Klient. Der Kontakt wird hier im Sinne von Beziehung verstanden und bedeutet somit eine psychologische Beziehung einzugehen, die therapeutische Veränderung schafft. Um jenen Kontakt herstellen zu können, werden dem Klienten Attribute angeboten, wie z.B. „Zuhören, Aufmerksamkeit, Wertschätzung“ (Biermann- Ratjen 2002, 132). Die phänomenologische Herangehensweise, die Theorie und Praxis definiert, fehlt jedoch vollkommen (vgl. Hutterer 1996). Warner (vgl. 2001) ist der Meinung, dass alle Menschen, gleich welcher Kultur sie angehören, psychologische Kontakte brauchen. Hiermit ist nicht gezwungenermaßen verbale Kommunikation gemeint, denn auch bloßes Nebeneinandersitzen kann eine unglaubliche Intensität versprühen. Es geht auch nicht darum, dass man seinem Gegenüber hundertprozentig zustimmt und ihn versteht, sondern um in Kontakt mit anderen Menschen zu sein. „Contact is a fundamental adaptation of the human organism that allows human beings to feel that they are meaningfully present, both verbally and non- verbally to themselves and to each other“ (Warner 2001, 5). In Kontakt mit anderen zu sein, bedeutet ein wichtiger Teil der

Gesellschaft zu sein, denn ich empfinde mich als etwas Wertvolles, dem die Fähigkeit des in Kontakttretens innewohnt, dem das auch zusteht und der auch von seiner Umwelt so wahrgenommen wird.

Obwohl nicht klar definiert ist, was unter „psychologischem Kontakt“ zu verstehen ist, sind sich Autoren über die mächtige Wirkung dessen bewusst.

Wie bereits erwähnt, ist der psychologische Kontakt eine der sechs Bedingungen, um ein therapeutisches Handeln überhaupt erst zu ermöglichen. Da Rogers selbst die Meinung vertrat, dass nicht die Technik, sondern vielmehr die Attitüde des Therapeuten für Veränderung innerhalb der Persönlichkeit zu nennen sei (vgl. Gendlin/ Rogers 1967b) und um den Therapieprozess besser verstehen zu können, werden die sogenannten Core- Conditions im folgenden Subkapitel erläutert.

2.2.1 Empathie

„Empathie“ (vgl. Rogers 2007, 23) ist die Fähigkeit, die innere Gefühlswelt eines Menschen so zu erfassen, „als ob“ sie die eigene wäre, ohne jedoch die „als ob“ Perspektive zu verlieren. Der Therapeut wird heimisch in der Welt des Klienten und nimmt dessen Gefühle im Hier und Jetzt wahr (vgl. Rogers 2007), gleich welcher Natur diese entspringen mögen, sei es Wut, Liebe, Hass oder Zuneigung (vgl. Rogers/ Rosenberg 1980).

Um empathisches Verstehen gewährleisten zu können, wird also der innere Bezugsrahmen einer Person so wahrgenommen, als sei es sein eigener, ohne jedoch die „als ob“ Sicht zu verlassen und seiner Identität treu zu bleiben (vgl. Rogers/ Stevens 2005). Das bedeutet, dass es weder zu unbeteiligten Beobachtungen noch zu konfrontierenden Spiegelungen, sondern zu identifizierender Teilnahme kommt (vgl. Finke 2004). „Diese höchst sensible Einfühlung ist wichtig, um einem Menschen zu ermöglichen, daß er sich selbst nahe kommt, daß er lernt, daß er sich verändert und entwickelt“ (Rogers/ Stevens 2005, 101). Rogers war sich der Möglichkeiten

des „passiven Zuhörens“ schon rasch im Klaren und titulierte es als eine besondere Art des Helfens, den Menschen sich näher zu bringen. Er weist daraufhin, dass unter Empathie, ein Eintauchen in die private Wahrnehmungswelt des Klienten zu verstehen ist (vgl. Rogers/ Rosenberg 1980). Schafft der Therapeut diesen Zugang zu legen, so wird ein Gefühl des Verstanden - Werdens ausgestrahlt, das dem Klienten erlaubt, seine eigenen Erfahrungen besser wahrzunehmen (vgl. Gendlin/ Rogers 1967a). Eine Voraussetzung für empathisches Verstehens seitens des Therapeuten ist die vollkommene wertfreie und neutrale Auseinandersetzung mit dem Klienten. Der Therapeut muss seine eigenen Wertvorstellungen ignorieren und sich denen des Klienten hingeben (vgl. Rogers/ Rosenberg 1980). Des Weiteren bedarf es der Wahrnehmung und dem Verständnis der affektiven Emotionen des Klienten. Abschließend soll in Rogers Worten noch mal wieder gegeben werden, was empathisches Verstehen bedeutet: „Ich werde in gewisser Weise ein zweites Selbst für Sie – ein alter ego Ihrer eigenen Einstellungen und Gefühle – eine ungefährliche Gelegenheit für Sie, sich selbst genauer zu erkennen, sich selbst wahrer und tiefer zu erfahren und signifikanter zu wählen“ (Rogers 2005, 47).

2.2.2 Wertschätzung

Nach personenzentrierter Ansicht ist der Mensch ein soziales Wesen, der nach positiver Beachtung seiner Umwelt strebt. Wird dieser Wunsch erfüllt, so kommt es zu einer Selbstentwicklung, einer kongruenten Haltung im Klienten und zu einem positiven Therapieverlauf (Stumm/ Keil 2002a, 11). Das allgegenwärtige Verlangen nach Anerkennung, Wärme, Liebe und Respekt, welches seinen Ursprung im Gewahr sein des Selbst hat, wird im personenzentrierten Kontext als Wertschätzung definiert (vgl. Rogers 2009a).

Um einen Klienten in seiner Gesamtheit mit all seinen positiven, wie negativen Zügen annehmen zu können, greift der Therapeut oftmals zu einer etwas naiven und leichtgläubigen Haltung. Darunter ist zu verstehen, dass er den Klienten keinerlei Interpretationen unterzieht, sondern jenen

anerkennt, wie er sich präsentiert. Das Gefühl anerkannt und wertgeschätzt zu werden, lässt den Klienten Vertrauen fassen, denn nur wenn sich der Klient wohl und in Sicherheit gewogen fühlt, kann selbstexploratives Handeln, also Handeln, das sich mit dem Inneren der Person auseinandersetzt, vonstattengehen. Nur dann kann der Klient sich mit seinem Inneren beschäftigen und seine Persönlichkeit weiterentwickeln und mögliche Fehlschlüsse korrigieren (vgl. Rogers 2007).

Aus Gesprächen mit Klienten geht hervor, dass die bedingungslose, verständnisvolle und wertschätzende Beziehung zwischen Therapeut und Klient grundlegend für die Veränderung in der Person ist (vgl. Rogers 2005). Wesentlich dafür, dass der Klient die Wertschätzung des Therapeuten auf- und wahrnehmen kann, ist die Vermittlung dieser Grundhaltung, nämlich, dass dem Klient wahres, aufrichtiges Interesse entgegengebracht wird und dass jener im Zentrum der Aufmerksamkeit steht (vgl. Rogers 2005). Werden eine Person, ihre Verhaltensweisen und Einstellungen zur Gänze geschätzt, so handelt es sich um „bedingungsfreies Akzeptieren“ (Rogers 2007, 27).

Dem Klienten wird mit Hilfe der bedingungslosen Wertschätzung erlaubt, sich selbst als Einheit und selbstständige Person wahrzunehmen, die sich selbst zuhört und somit Bezug zu seinem Inneren schafft (vgl. Rogers 2005). Rogers beschreibt dies folgendermaßen: „Wenn der Klient die Einstellung der Akzeptierung, die der Therapeut ihm gegenüber einnimmt, erfährt, ist er imstande, diese gleiche Einstellung sich selbst gegenüber einzunehmen und zu erfahren. Wenn er auf diese Weise beginnt, sich selbst zu akzeptieren, zu respektieren, zu mögen und zu lieben, dann ist er imstande, diese Einstellung auch gegenüber anderen zu erfahren“ (Rogers 2005, 155). Das bedeutet, nur derjenige, der selbst wertgeschätzt wird, sich selbst und andere wertschätzen kann. Abschließend kann gesagt werden, dass die warmherzige und ganzheitliche Anerkennung des Klienten als Person Sicherheit und Wärme innerhalb der Beziehung schafft und mit den Worten bedingungsfreie Akzeptanz zusammengefasst werden kann.

2.2.3 Kongruenz

Jeder Mensch besitzt die Macht der Selbstreflexion, woraus sich ein Bedürfnis nach Anerkennung und positiver Beachtung entwickelt, wodurch sich der Mensch selbst gegenüber treten und akzeptieren kann. Dieses Bedürfnis nach Zustimmung entscheidet, welche Erfahrungen in den Organismus aufgenommen werden und welche nicht (vgl. Stumm/ Keil 2002a). Therapeuten, denen es möglich ist, kongruent, also offen und transparent dem Klienten gegenüberzutreten, werden als erfolgreich angesehen. Um eine konstruktive Persönlichkeitsentwicklung zu erreichen, ist ein Therapeut, der sich weder verstellt noch etwas verbirgt, also ganz er selbst ist, von großer Bedeutung (vgl. Rogers/ Stevens 2005). Die Wahrscheinlichkeit einer effektiven Therapie steigt, wenn der Therapeut sich seiner Gefühle, Empfindungen und Erlebnisse gewahr ist, diese zulässt und auch mitteilt. Der offene und ehrliche Umgang mit affektiven Emotionen, gleich ob diese negativer oder positiver Natur sind, gehören zur kongruenten Auseinandersetzung innerhalb einer Therapie (vgl. Rogers 2007). Wie bereits erwähnt, ist die kongruente Haltung, also ein fassadenfreies Gegenüber treten, in der Beziehung zum Klienten essentiell, um eine Persönlichkeitsveränderung zu initiieren. Um jenes gewährleisten zu können, bedarf es der Fertigkeit seine eigenen Gefühle wahrzunehmen und vermitteln zu können (vgl. Rogers/ Stevens 2005). Mit Hilfe einer ehrlichen und kongruenten Beziehung können beide Beteiligte, ihre eigene Realität finden und bestenfalls akzeptieren (vgl. Rogers 2007). Ein Zitat Rogers soll die für ihn wesentlichste und grundlegendste Bedingung resümieren: „Echt sein bedeutet, in einer Beziehung ich selbst zu sein, die Person, die ich bin, ohne Fassade, und der anderen Person meine gefühlsmäßigen Wahrnehmungen mitzuteilen, aus meinem eigenen Erlebensprozeß heraus zu reagieren, um meinem Klienten die Suche nach gefühlten Bedeutungen zu erleichtern“ (Rogers 2007, 154).

2.2.4 Experiencing

„Experiencing“ ist ein von Gendlin (1963, 105) geprägter Begriff, der nun näher erläutert werden soll. Das Konstrukt Erleben beschreibt alles, was im Organismus vor sich geht und dem Selbst bewusst ist (vgl. Rogers 2007). „Wenn ein Erlebnis am Rande der Gewahrwerdung auftaucht, ist es ein undeutliches Gefühl, aber gleichzeitig auch ein Bezugspunkt“ (Rogers 2007, 42). Experiencing bedeutet die therapeutische Auseinandersetzung mit dem inneren Selbst des Klienten und wie jener damit umgeht, die Persönlichkeitsveränderung ent- und weiterentwickelt (vgl. Stumm/ Keil 2002a). Die Gewahrwerdung von Erlebnissen ist äußerst wichtig für Veränderung (vgl. Rogers 2007), denn Experiencing ist eine therapeutische Vorgehensweise, um dem Klienten näher zu kommen und eine Beziehung aufzubauen, mit jenen, die eher als passive Klienten definiert werden würden. Es handelt sich um die körperlich innere Bedeutung der Interaktion (vgl. Gendlin 1963). Der Therapeut greift auf seine eigenen, im Hier und Jetzt gegebenen Gefühle zurück, um eine Beziehung zu dem Klienten aufzubauen (vgl. Gendlin 1962a). Diese Erlebnisse, auf die im Hier und Jetzt Bezug genommen wird, nennt man „Felt Sense“ (vgl. Stumm/ Keil 2002a). Sie sind dem Klienten zugehörig und oftmals noch unbewusst, weshalb der Therapeut sie bewusst anspricht, um den Klienten zum inneren experiencing anzuregen (Stumm/ Keil 2002b, 69f). Denn nur wenn Erfahrungen symbolisiert werden, kann Veränderung stattfinden. Auch wenn der Therapeut die Gefühle des Klienten nicht versteht und im Dunklen tappt, so kann er auf seine eigenen Gefühle zurückgreifen und versuchen einen Kontakt zu dem Klienten herzustellen. Der Therapeut kann die Gefühle des Klienten nicht erraten, jedoch kann er seine eigenen Gefühle und Annahmen, wie sich der Klient fühlen könnte, verbalisieren (vgl. Gendlin 1962a).

Experiencing stellt demzufolge eine beziehungsaufbauende Handlung dar, die bei allen Klienten Anwendung finden kann, vor allem aber eine hilfreiche Methode bei eher ruhig und passiv geltenden Klienten ist und bei all jenen, deren Selbstexploration nur beschränkt zum Einsatz kommt.

2.3 Persönlichkeitstheorie

Die Persönlichkeitstheorie der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung folgt der humanistischen Ansicht und fokussiert sich demnach primär auf die Entfaltungspotentialen, die einem Menschen inne wohnen.

2.3.1 Selbstkonzept

Das „Selbstkonzept“ (Rogers 2007, 42), das subjektive und persönliche Handlungen dem Selbst zugehörig befindet, lässt Wahrnehmungen in eigene Erfahrungen umdeuten (vgl. Speierer 2002). Es gilt demnach als Wahrnehmungsobjekt, das sich wie folgt darstellen lässt: „Das Selbstkonzept entwickelt sich in Interaktionen mit der Umwelt, - aus dem sich selbst in der Interaktion mit der Umwelt erfahren -, vor allem in Interaktionen mit anderen Menschen, zu einem Wahrnehmungsobjekt im eigenen Erfahrungsfeld“ (Biermann- Ratjen 1993, 78). Das bedeutet, dass sich ein Selbstkonzept nur innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen ausformulieren kann. Um Erfahrungen in Selbsterfahrungen zu verwandeln, benötigen wir soziale Kontakte, die uns empathisch unterstützen und wertschätzen, damit ein Selbstkonzept ausgebildet werden kann und erlebte Erfahrungen in dieses integriert werden können (vgl. Reisel 2001). Das Selbstkonzept hilft uns, Personen und ihr Verhalten besser zu verstehen, denn es ist quasi der innere Spiegel eines Menschen. Es ist „das Bild, das ein Mensch von sich hat und wie er es bewertet“ (Pörtner 2005, 33). Es entwickelt sich aus der unmittelbaren Erfahrung des Kleinkindes sowie auch aus Werten der Umgebung. Das Selbstkonzept ist ein wandelbares Konzept, das sich mittels der Erfahrungen und dessen individuellen Bewertungen, die ein Mensch macht, verändert (Pörtner 2005, 33). Zur gesunden Entwicklung gehört es, Bewertungen anderer Menschen zu übernehmen, jedoch müssen diese an der eigenen Erfahrung überprüft werden, damit sie, bei möglichem Auseinanderklaffen, modifiziert werden können. Panagiotopoulos (1993, 52) äußert sich dazu folgendermaßen: „Das Selbstkonzept basiert fast vollständig auf Bewertungen von Erfahrung,

die von anderen übernommen sind, und enthält nur ein Minimum an direkter organismischer Wertung von Erfahrung“. Anders als Pörtner spricht er von einer maßgebenden Lenkung durch Dritte. Wir sind, was die Gesellschaft aus uns macht.

2.3.2 Aktualisierungstendenz

Rogers phänomenologisch - existentielle Denkweise lässt ihn den Menschen als freies Wesen anerkennen, der den Drang nach Entwicklung in sich spürt (vgl. Braun 1983). Er bezeichnet die „Aktualisierungstendenz“ (Rogers 2007, 41) als eine Tendenz, die dem menschlichen Organismus zugrunde liegt und all seine Fähigkeiten vorantreibt, sodass der Organismus sich stets weiterentwickeln kann (vgl. Rogers 2009a). Das bedeutet, dass der Mensch stets nach der Erhaltung und Förderung seiner Selbst strebt. Es handelt sich um die Fähigkeit der Selbsterhaltung und -entfaltung des Menschen, dass als Lebensprinzip (vgl. Höger 1993) beschrieben werden kann und somit als „differenzierende individualisierende Entfaltungstendenz“ (Finke 1994, 107) dient. Diese Entfaltungstendenz kann auch mit dem Begriff Lebenskraft beschrieben werden und verfolgt das Ziel der Einheit und Ganzheit (vgl. Finke 2004). Anders als bei Rogers, der die Aktualisierungstendenz als absolut ansieht, führt Speierer (vgl. 2002) den Gedanken der Variabilität ein. Die Aktualisierungstendenz kann anhand von sozialen, kommunikativen, sowie situativen Dispositionen aufgehoben werden und verschwinden. Die laut Rogers beschriebene Aktualisierungstendenz bezieht sich sowohl auf psychische als auch organische Entwicklungstendenzen und strebt Autonomie des Organismus an (vgl. Braun 1983).

2.3.3 Selbstaktualisierungstendenz

Die Selbstaktualisierungstendenz wird als Subkapitel der Aktualisierungstendenz gesehen und strebt die psychische Autonomie und Verantwortungsübernahme von getroffenen Entscheidungen an (vgl. Braun 1983). Anhand der Selbstaktualisierungstendenz fördert die Aktualisierungstendenz das Bestehen des Selbstkonzepts (vgl. Panagiotopoulos 1993). Das bedeutet, dass das Selbstkonzept anhand von Erlebnissen und Erfahrungen sich ständig verändert und die „Selbstaktualisierung“ (Rogers 2009b, 49) als jene Tendenz beschrieben werden kann, die das Selbst erhalten möchte. Folglich gibt es eine Motivation im Menschen, die der Erhaltung dient (vgl. Schmid 2001). Biermann- Ratjen (vgl. 1993) versteht unter Selbstaktualisierungstendenz eigene Erfahrungen zu machen, die anhand der Symbolisierung stattfinden, das bedeutet bewusst werden und somit sein eigenes Selbst erfahren.

2.4 Inkongruenz

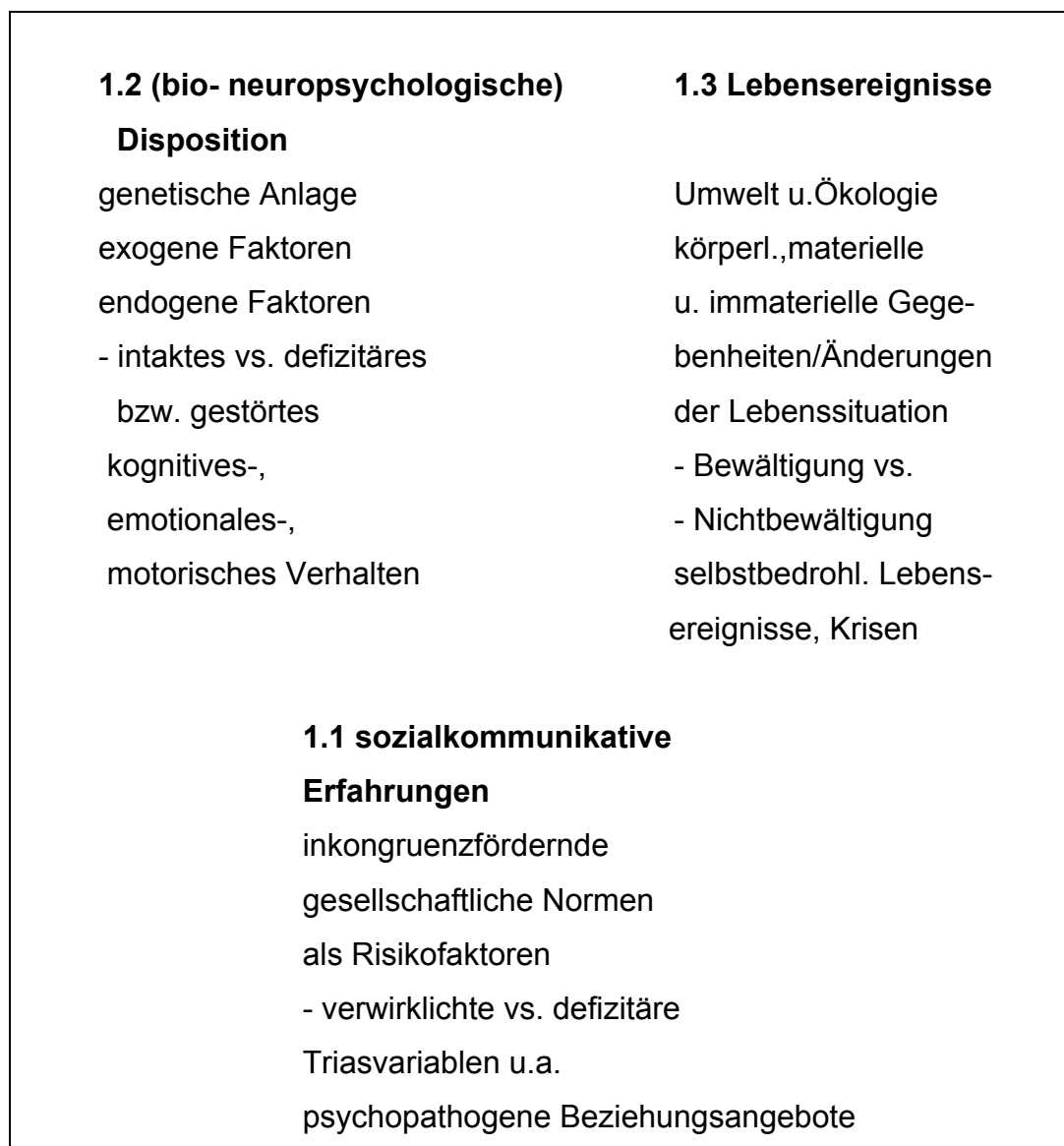
„Inkongruenz“ (Rogers 2007, 43) kann als das Auseinanderklaffen von Erleben des Organismus und des Selbstkonzepts beschrieben werden (vgl. Rogers 2007). Das bedeutet, Erfahrungen stimmen mit dem Selbstkonzept nicht überein und können dementsprechend nicht integriert werden (Panagiotopoulos 1993, 46). Dem Selbstkonzept sind nur Erfahrungen möglich, die in die starren Grenzen passen. Erfahrungen außerhalb dieser Grenzen werden abgewehrt, verdrängt oder vollkommen aus dem Wahrnehmungsfenster gestoßen (vgl. Pörtner 2005). Ist das Selbst rigide, so werden Erfahrungen abgewehrt und nicht symbolisiert. Folglich findet keine Bewusstwerdung der Erfahrungen, sondern die Abwehr dessen statt. Diese Erfahrungen werden abgewehrt, da das Selbst Gefahr läuft bedroht zu werden (vgl. Schmid 2001). Das bedeutet ein Auseinanderklaffen des Tatsächlichen und des Wahrgenommenen. Dieses Auseinanderklaffen von Erlebten und Wahrgenommenen muss jedoch ansatzweise bewusst sein, damit ein Inkongruenzerleben aufzeigbar ist. Es werden Erfahrungen gesammelt, die das Selbst in Frage stellen und infolgedessen einen Leidensdruck, der sehr schmerzhaft, stressvoll und destruktiv für das Selbst ist, ausüben (vgl. Speierer 1990). „Inkongruenz wird definiert als eine über Angst hinausgehende in vielerlei Hinsicht unangenehme Erlebensqualität. Das Erleben von Inkongruenz kann angesichts von Erfahrungen aus Vergangenheit, Gegenwart und von Gedanken an die Zukunft aktualisiert und damit bewusst werden“ (Speierer 2002, 167). Die zeitliche Komponente ist demnach nicht außer Acht zu lassen.

Das bedeutet in weiterer Folge, dass ein kongruentes Zusammenspiel von Selbst und organismischen Prozessen Baustein einer psychischen Gesundheit bilden (vgl. Hutterer 2000).

2.5 Entstehung psychischer Erkrankungen

Um auf die mögliche Heilung Schizophrener eingehen zu können, muss vorerst auf die Entstehung psychischer Erkrankungen Bezug genommen werden.

So sollen unterschiedliche Sichtweisen herangetragen werden, um einen möglichst aufschlussreichen Zugang zu erlangen.



(Abbildung 1: Speierer 1994, 51)

In dieser Abbildung sind die Grundannahmen der Psychopathologie und der psychischen Gesundheit nach dem DIM zu finden. So beschreibt Speierer (vgl. 1994) drei Dimensionen, die Auswirkungen auf eine psychische Erkrankung haben. Zum einen die bio- neuropsychologische Disposition,

welche anhand von endo- und exogenen Faktoren sowie genetischer Veranlagung entspringt. Die Lebensereignisse, die an Copingstrategien anzulehnen sind und sozialkommunikative Erfahrungen, die Inkongruenzen und störungsspezifischen Beziehungsangeboten unterliegen.

Um psychisch gesund zu bleiben, müssen Erlebnisse als selbstkongruent wahrgenommen werden können. Das bedeutet, dass die Fähigkeit, Erlebnisse dem Selbst zugehörig zu empfinden und sich als Person, als Einheit wahrzunehmen, ausschlaggebende Komponenten der psychischen Gesundheit darstellen. Dieses Phänomen lässt sich auch auf inkongruente Erlebnisse überschreiben. Die sogenannte Inkongruenztoleranz befähigt Menschen, Inkongruenzen im Selbstkonzept zu akzeptieren und entgleitet somit der Gefahr einer psychischen Erkrankung (vgl. Speierer 1998). Diese Toleranz entfaltet sich in einem interaktiven Feld, das einem sozialen Klima unterliegt. Austausch von Gefühlen und Aktivitäten, sowie verbale, nonverbale und paraverbale Kommunikation bildet die Basis des toleranten Inkongruenzerlebens. Vor allem verbale Kommunikation ist erwähnenswert, da diese eine symbolische Rolle des Erlebten und des Selbst darstellt und maßgebend für die Ausbildung der Persönlichkeit und eines gesunden Selbst ist (vgl. Speierer 1998). Demzufolge bildet sich ein psychisch gesunder Geist vor allem in Interaktion mit der Umgebung aus. Inkongruenzen werden als jene wahrgenommen, wenn sie dem Kongruenzempfinden anderer abweichen. Das bedeutet, dass die Evaluation des Selbst, der der Umwelt passend sein muss, um jene kongruenten Erlebnisse in das Selbstkonzept zu integrieren (vgl. Speierer 1998). Dies findet sich schon im frühen Alter und weist auf die ausschlaggebende Rolle unbedingter Wertschätzung der Eltern, die zur Entwicklung des Selbstkonzepts und der Selbstaktualisierung führt (vgl. Speierer 1998). Keil (2000, 310) formuliert dies wie folgt: „Inkongruenz gegenüber → organismischen Erfahrungen bildet den Hintergrund für viele Formen von Selbstentfremdung, sowie für alle → Neurosen und → Psychosen, soweit sie psychische Störungen darstellen“. Pörtner (2005, 33) äußert sich hierzu folgendermaßen: „Störungen und emotionale Schwierigkeiten entstehen dann, wenn Erfahrungen, Gefühle,

Empfindungen nicht mehr an sich herangelassen werden können, weil sie nicht zu vereinbaren sind mit einem erstarrten, von rigiden Wertvorstellungen oder Tabus kontrollierten Selbstkonzept (...). Oder auch, weil Erfahrungen so schmerzlich und unerträglich waren, daß sie verdrängt oder umgedeutet werden mußten, um überleben zu können (...).“ Empfindungen, die sich mit dem Selbstkonzept nicht vereinbaren lassen, werden aus Selbstschutz dem Bewusstsein ferngehalten. Diese Verleugnung der eigenen Person und Erfahrung können psychische Erkrankungen hervorrufen. Diese Meinung teilt auch Kritz (vgl. in Huf 1992), denn eine psychische Krankheit resultiert aus Mangel an Integrationsfähigkeit der Wahrnehmungsinhalte in die Selbststruktur. Finke nähert sich diesem Thema wie folgt an: „Die psychische Störung wird vorwiegend als Ausdruck einer beeinträchtigten Selbstentwicklung betrachtet, die ihre Ursache in Mangelerfahrungen bezüglich Anerkennung und Wertschätzung hat“ (Finke 2004, 5). Die Übereinstimmung dieser Definitionen liegt in der Problematik, Wahrnehmungsinhalte in das eigene Selbstkonzept zu integrieren.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass jeder psychisch gesunde Mensch auch Erlebnisse von inkongruenten Inhalten aufweist, die Veränderungen herbeiführen können und die Kreativität eines Menschen aktivieren. Folglich können Inkongruenzen die Selbstaktualisierungstendenz antreiben (vgl. Speierer 1998). „Seelische Gesundheit hat sehr viel mit Kongruenz zu tun. Wenn ein Mensch sich kongruent entwickeln kann, also offen ist für Gefühle und Erfahrungen und fähig, sie laufend in sein Selbstkonzept aufzunehmen, entspricht das einer gesunden Entwicklung. Die Grenze ist fließend. Niemand ist hundertprozentig kongruent, aber je ausgeprägter die Inkongruenz, um so beeinträchtigt ist ein Mensch in seiner Entwicklung und um so schwerer die psychische Störung“ (Pörtner 2005, 34). Ein anzustrebendes Ziel ist demnach eine kongruente Persönlichkeit auszubilden, denn je kongruenter ein Mensch ist, desto stabiler ist er in seinem Sein.

2.6 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde ein theoretischer Zugang zur Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung im Allgemeinen gelegt, von der humanistischen Grundhaltung, die besagt, dass jeder Mensch ein einzigartiges Wesen ist und es verdient, mit dem jeweiligen Respekt behandelt zu werden, über die sogenannten Core - Conditions. Diese lassen sich in Empathie, bedingungsloser Wertschätzung und Kongruenz zusammenfassen. Des Weiteren wurde die Persönlichkeitstheorie Rogers angeführt. Diese besagt, dass jeder Mensch eine ihm innewohnende Tendenz hat, die ihn all seine Potenziale ausschöpfen lässt. Diese Tendenz bezeichnet Rogers als Aktualisierungstendenz. In diesem Zusammenhang muss auch auf das Selbstkonzept und die Selbstaktualisierungstendenz eingegangen werden.

Auch der Begriff Inkongruenz, also das Auseinanderklaffen des organismischen und des selbstkonzeptbezogenen Erlebens, wurde definiert, um in weiterer Folge auf das Differenzielle Inkongruenzmodell Speierers einzugehen. Dieses kann als ein krankheitstheoretischer Zugang der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung verstanden werden und folglich als differenzielle Anwendung, weshalb dieses Subkapitel wesentlich für die Erarbeitung der Forschungsfrage erscheint.

Da Schizophrenie eine psychische Erkrankung ist, wurde auf die Entstehung näher eingegangen, um mögliche Erkenntnisse für die Behandlung im therapeutischen Setting zu erhalten.

3. Schizophrenie

Unter Schizophrenie ist ein Sammelbegriff psychischer Erkrankungen zu verstehen, der Auswirkungen auf die Wahrnehmungs- und Gefühlswelt als auch auf Denken und Überzeugungen hat (vgl. Kissling/ Pitschel- Walz 2003). Die schizophrene Erkrankung ist eine bereits lang bekannte psychische Erkrankung, die erstmals 1898 von Kraepelin, unter dem Namen „Dementia praecox“ (= „vorzeitige Verblödung“) definiert wurde. Jedoch wurde bald erkannt, dass dieser Begriff nicht charakteristisch für diese Namensgebung steht, weshalb eine neuerliche Auseinandersetzung Bleulers 1911 den Begriff „Schizophrenie“ einführte (vgl. Müller 1999).

Schizophrenie ist eine so verworrene, vielschichtige und unerfassbare Krankheit, die eine Diagnose oder Einordnung kaum zulässt, weshalb man nicht von der Schizophrenie sprechen kann. Jeder an „Schizophrenie“ erkrankte Mensch, lebt seine eigene aus. Das Spezielle daran ist die Individualität der Erscheinungsform (vgl. Dörner et al. 2002). Um dieses Krankheitsbild besser erfassen zu können, sollen diverse Stellungnahmen angeführt werden, um eine fachliche Annäherung der Krankheit darzustellen.

Unter Schizophrenie versteht man eine Persönlichkeitsveränderung und Persönlichkeitsstörung, die vor allem im Bereich der Wahrnehmung und des Denkens auftritt. Begleitend kann inadäquates oder abgeflachtes Verhalten auftreten (vgl. Kasper 2008).

Laut Alanen (vgl. 2001) ist Schizophrenie eine ab der Adoleszenz benennbare schwere psychische Erkrankung, die eine „partielle Desorganisation von Persönlichkeitsfunktionen, durch Regression der Entwicklung und eine Tendenz, sich aus interpersonellen Kontakten oft in eine subjektive, innere Welt mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen zurückzuziehen“ (Alanen 2001, 41). Damit ist ein Verlust der Realitätsprüfung gemeint. Die Vermischung von inneren Erfahrungen und

äußeren Eindrücken lässt eine Überprüfung der Realität und das Wahrnehmen der eigenen Person nicht mehr zu.

In der ICD 10 [2011] der WHO wird Schizophrenie wie folgt definiert:

„Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome. Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten“.

3.1 Symptomatik

Schizophrene Erkrankungsformen lassen sich in zweierlei Symptomatiken einteilen. Diese sind zum einen die Positiv - Symptome, welche als zentrale Mängel bezeichnet werden können und zum anderen Negativ - Symptome, welche Resultat und psychische Reaktion der erst genannten Symptome sind (vgl. Kindt/ Schecker 1998). Da, wie in späterer Folge gezeigt wird, sich ein fachspezifisches Wissen für die Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung mit schizophrenen Klienten als wesentlich erachtet, soll nun ein kurzer Abriss der Positiv- und Negativsymptomatik, sowie der Untergruppen geliefert werden, um das schizophrene Verhalten besser verstehen und einordnen zu können.

3.1.1 Positiv - Symptomatik

Positive Symptome, auch Plus - Symptome oder Produktiv - Symptome genannt, sind synonyme Begriffe, die oftmals als schizophrenietypisch angesehen werden. Denk-, Ich- und affektive Störungen als auch Wahn und Halluzinationen sind als die bekanntesten Symptome anzuerkennen (vgl. Müller 1999).

- Kognitive Symptome

Zu den Positiv - Symptomen werden auch kognitive Symptome, also Symptome, die mit dem Denken zusammenhängen, gezählt. Der schizophrene Denkvorgang wird als zerfahren, unterbrochen, stockend und sprunghaft und oft der Logik entgleitend beschrieben. Der sinnhafte Gedanke verliert an Logik und orientiert sich an dem „Klang des letzten Wortes“ (Müller 1999, 15). Das bedeutet, dass Gedanken anhand von assoziativen Erinnerungen verdeutlicht werden, was selbstverständlich irritierend und verwirrend werden kann und in Unverständlichkeit mündet. Denkmuster folgen keinerlei Logik und werden abstrus und für Menschen außerhalb des psychotischen Erlebens schwer nachvollziehbar. Die

Zerfahrenheit ist von Widersprüchen und wahnhaften Erlebnissen geprägt, die dem Denkprozess Sperren aufzwingen können und einen fortlaufenden Text somit nicht ermöglichen. Der Gedanke wird mittendrin abgebrochen und kann nicht zu Ende gedacht werden. Diese Sperrung ist Betroffenen wohl bewusst.

Eine weitere Form kognitiver Symptome ist der Gedankenentzug. Die Annahme, der eigenen Gedanken beraubt zu werden, steht im engen Zusammenhang mit der angegriffenen Ich - Störung. Unverständlichkeit der Denkmuster, die sich vor allem im Sprachgebrauch äußern, lassen sich weiter im Begriffsverfall und Kontamination aufzeigen (vgl. Tölle/Windgassen 2006). Eine weitere Auseinandersetzung mit dem Sprachgebrauch schizophrener Menschen findet im Kapitel 3.6 Sprache schizophrener Menschen statt.

- Die Ich – Störung

Mit Ich - Störung ist ein zerbrechlicher, instabiler Zustand gemeint, der der betroffenen Person ein Gefühl von Unsicherheit und Unzuverlässigkeit gibt. Die Person fühlt sich nicht als Einheit und kann folgedessen die Grenze zwischen „Ich“ und „Du“ nicht ziehen. Das Erleben der Person ist verstört. Das Gefühl der Abhängigkeit und die damit einhergehende Verunsicherung beruht auf dem Glauben, der Umwelt ausgeliefert und nicht Herr seiner Dinge zu sein. Wenn also eine Beeinflussung von außen stattfindet, kann dem Selbst keine Stabilität geboten werden, man wird sich selbst fremd und die Identität wird gestört (vgl. Müller 1999).

- Der Wahn

„Bei widerstreitenden Erleben des irritierten und irritierenden Denkens und der Beeinflussung von innen und außen ist es folgerichtig, wenn der Kranke dafür eine Erklärung sucht. Daraus resultiert der Wahn“ (Müller 1999, 16). Der Wahn dient somit als Erklärung erlebter Erfahrungen, die irritierend sind. Wahnhafte Vorstellungen haben einen sehr erschöpfenden und angsteinflößenden Charakter, die aus Kontrollverlustsängsten resultieren

können. Die Befürchtung, die Entscheidungsmacht für sein Handeln nicht mehr inne zu haben, löst panisches Verhalten aus, das in Wahnsymptomatik münden kann (vgl. Cullberg 2008). Der Wahn führt helfende Interventionen aus, da jener als Erklärung irrationaler Denkerlebnisse dient. „Im Wahn kann man mit konkreter Beeinträchtigung besser leben als mit ungewisser Unheimlichkeit. Man weiß jetzt, woher Gefahr (oder Aufwertung) kommen und kann sich darauf einstellen“ (Müller 1999, 17). Jedoch ist dem Betroffenen nicht bewusst, dass es wahnhaftige Ideen sind. Die Brücke zwischen Krankhaftem und Gesundem kann nicht geschlagen werden und demzufolge können keine Korrekturen vorgenommen werden (vgl. Tölle/ Windgassen 2006). Der Wahn ist Zeichen der Inkohärenz des Menschen, denn jener bildet sich aus, um nicht der vollkommenen Zersplitterung zu unterliegen (vgl. Mitterhuber/ Wolschlager 2001).

- Halluzinationen

Halluzinationen können Inhalte des Wahns aufnehmen, in dem sie beispielsweise personenübergreifend agieren und wahnhaftige Erlebnisse mit akustischen Halluzinationen unterstreichen (vgl. Tölle/ Windgassen 2006). Halluzinatorische Erlebnisse können alle Sinne betreffen - demzufolge existieren optische und akustische Halluzinationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, sowie taktile Halluzinationen (vgl. Cullberg 2008). Akustische Halluzinationen fallen hierbei unter die weit verbreitetsten. Der schizophrene Mensch wird von kommentierenden und diskutierenden Stimmen begleitet (vgl. Müller 1999). Die ständigen Begleiterscheinungen sind für Betroffene sehr ermüdend und wirken sich negativ auf die Konzentrationsfähigkeit aus (vgl. Cullberg 2008). Jedoch wird der Umgang mit den subjektiv real empfundenen Halluzinationen erlernt und stellt somit keine Bedrohung für den Betroffenen dar (vgl. Kaspar 2008). Es scheint nun verwirrend, dass sich trotz Halluzinationen die „realistische Wahrnehmung der Welt“ (Cullberg 2008, 37) nicht verändert und erst die Manifestation dessen, einen psychotischen Zustand hervorruft. Das bedeutet, dass Halluzinationen erst riskant sind, sofern sie einen befehlenden Ton

annehmen, der aggressive oder gefährliche Handlungen vom Betroffenen abverlangt (vgl. Kasper 2008).

- Affektstörungen und katatone Symptome

Affektstörungen lassen sich als vielschichtig und veränderbar beschreiben (vgl. Tölle/ Windgassen 2006), die als Resultat von Desorganisation skizziert werden können und zu starren und unverständlichen Posen führen. Diese Starrheit wird als Katatonie bezeichnet (vgl. Cullberg 2008). Affektive Symptome können als Reaktion auf die oftmals beängstigenden, wahnhaften und halluzinatorischen Erfahrungen zurückgeführt werden. Diese Angst kann den betroffenen Menschen in Maßen einschränken, sodass jene mutistische Züge annehmen, sich kaum bewegen, ihre Sprechfrequenz zurücknehmen, doch trotz allem aufnahmefähig und hellwach sind (vgl. Müller 1999).

3.1.2 Negativ - Symptomatik

Unter Negativ - oder Sekundär Symptomatik versteht man eine allgemeine Minderung der psychischen Funktionen, worunter vor allem Apathie, Indifferenz, also ein Gefühl der Gleichgültigkeit sozialer, emotionaler als auch kommunikativer Rückzug, in sich Gekehrtheit, Energielosigkeit und Gleichgültigkeit fallen (vgl. Cullberg 2008, Müller 1999). Es kommt zur Affektverarmung bzw. -verflachung, die einen Zustand der Starre hervorheben kann, was sich wiederum auf die emotionale Reaktionsfähigkeit des Menschen ausübt und infolgedessen zwischenmenschliche Beziehungen erschwert. Deswegen kommt es zu verminderten Blickkontakt und schwer einzuschätzender Gestik. Hiermit zusammenhängend kann auch eine generelle Leere im Bezug auf Gefühle und kommunikative Verarmung genannt werden (vgl. Müller 1999). Schizophrene weisen eine mangelnde soziale Integration auf, die auf eine Vielzahl von Einflüssen zurückgehen. Defizite in der Wahrnehmung, kognitive Beeinträchtigungen, fehlende Interaktionsregeln u.v.m. können

Ursache dafür sein (vgl. Puschner et al 2006). Dies hängt unter anderem mit apathischer Haltung der Betroffenen zusammen. Denn unter Antriebslosigkeit leiden sowohl soziale als auch persönliche Belange wie z.B. Körperhygiene etc.

Nennenswert in diesem Zusammenhang ist auch Anhedonie, die Unfähigkeit, Freude am Leben zu empfinden. Das ständige Unglücklichsein, auf psychischer und physischer Ebene, isoliert von der Gesellschaft. Denn Menschen, die sich in ihrer Haut nicht wohl fühlen, die keine Energie aufbringen können, ihr eigenes Leben als lebenswert zu definieren, meiden in der Regel zwischenmenschliche Beziehungen, was dem Prinzip der Logik nach in sozialer Isolation mündet (vgl. Müller 1999).

3.2 Untergruppen

Anhand der unterschiedlichen Erscheinungsbilder und Symptome besteht eine gewisse Unbestimmtheit, sodass eine einheitliche Definition von Schizophrenie dem nicht standhalten könnte, weshalb diverse Untergruppen definiert wurden.

Schizophrenie lässt sich in folgende Untergruppen einteilen:

Hebephrenie: Darunter versteht man die Abflachung von Gefühlen. Kontakte und Beziehungen werden nicht aufgebaut, da Betroffene sich oft als überlegen präsentieren.

Paranoid - halluzinatorische Form: Typisch hierbei sind Wahrnehmungsstörungen, Halluzinationen und wahnhafte Ideen, die Zeichen von Abwehr sind. Oftmals manövriert sich der Betroffene in eine zerfahrene Welt, die ihm die Fähigkeit raubt, zwischen Realität und Unwirklichkeit zu unterscheiden.

Katatonie: Katatone Erscheinungen können entweder als Bewegungslosigkeit oder als Erregungszustand beschrieben werden, die den betroffenen Menschen einer unglaublichen Anspannung aussetzen.

Undifferenzierte Schizophrenie: Dieses Erscheinungsbild beschreibt eine eindeutig vorhandene Schizophrenie, die sich nicht auf die zuvor genannten

reduzieren lässt (vgl. Dörner et al. 2002). Müller (vgl. 1999) verweist in diesem Kontext weiter auf Residualsyndrome, also die Beständigkeit von Negativ - Symptomatiken auch nach akuten Phasen und auf die schizophreie Störung.

3.3 Schizophrenie: Betrachtungsweise aus personenzentrierter Sicht

„Let us recognize that the true nature of psychosis is a mystery“ (Shlien 1961, 287). Schizophrenie ist unbegreifbar und genau das macht die Arbeit mit diesen Menschen auch so schwierig. Wie kann man eine Krankheit beschreiben, die ein Mysterium ist? Versucht man Menschen mit Schizophrenie von innen aus zu betrachten, sind sie unbeschreibbar und unbegreiflich von außen. Unter dem Begriff Psychose versteht Shlien (vgl. 1961) keine Krankheit, sondern ein erlerntes Verhalten, das durch Übertreibung soweit getrieben wurde, dass es kein Zurück mehr gibt. Man verliert seinen Verstand und ist nicht mehr Herr seiner Sinne, was wiederum zur fehlenden Anpassung führt (vgl. Shlien 1961). Diese fehlende Anpassung führt ein Erschwernis der Alltagsbewältigung herbei und ist somit eine in allen Lebensbereichen problematische Erkrankung, die einen Ausnahmezustand herbeiruft.

Oftmals werden Schizophrene als sonderbar, eigentümlich und exzentrisch in ihrem Verhalten beschrieben (vgl. Faust [2011]). Was wiederum nicht verdenklich ist, wenn man berücksichtigt, dass diese Menschen ihren „Verstand verloren haben“. Ihnen ist etwas widerfahren, dass ihnen ihr Leben lebensunfähig erscheinen lässt und sie aus der Realität verweist (vgl. Gendlin 1966). Daraus folgt, dass Menschen mit Schizophrenie Probleme im Kontakt mit sich selbst, der Welt und ihrer Umwelt aufweisen, die anhand von beeinträchtigter Kommunikationsfähigkeit, welche Prouty (vgl. 1998a/ 1998b) als prä - expressiv beschreibt, verdichtet werden. Darunter ist zu verstehen, dass der Bezug zur Realität fehlt, die Äußerungen unzusammenhängend sind und in weiterer Folge jegliche Bedeutung verlieren. Gendlins (1967, 388) Worte dazu sind: „‘Schizophrenia` is being

disconnected from the world, rather than in interaction with it“. Hiermit drückt Gendlin aus, dass es keine Verbindung zwischen Schizophrenie und der Welt gibt. Wie auch Prouty der Meinung ist, haben Schizophrene keinen Bezug zur Realität, sind weder mit der Welt verbunden noch befinden sie sich in Interaktion mit ihr. Weshalb das Erleben und Verhalten von Menschen mit Schizophrenie „äußerst kompliziert, verschlüsselt und schwer zugänglich sein kann“ (Teusch 1994, 91). Schizophrene haben eine sehr ambivalente Ansicht zu Macht und Stärke, wodurch die Interaktion mit ihren Mitmenschen erschwert wird, da in Verbindung von Macht und Stärke auch immer ein Anspruch an Vollkommenheit herrscht, welcher nicht erfüllt werden kann. Diese ambivalente Einstellung verhindert, dass eine wohltuende Beziehung entsteht. Mehr dazu im Kapitel 5.7 Störungsspezifische Defizite. Natürlich wird die Kommunikation und somit auch die Beziehung zwischen Menschen anhand der fehlenden Realitätsprüfung erschwert und negative Erfahrungen finden statt. „Die psychische Störung wird als das Ergebnis negativer Beziehungserfahrungen konzipiert, die sich nun in stereotypen Beziehungserwartungen äußert“ (Finke 2004, 7). Damit drückt Finke aus, dass der Ursprung einer psychischen Störung im Zusammenhang gestörter Beziehungskonstellationen aufzufinden ist und diese sich in immer wiederkehrenden Stereotypen manifestieren. Man könnte dementsprechend die Hypothese aufstellen, dass negative Beziehungserfahrungen einer psychischen Erkrankung vorläufig sind und es einer positiven Kompensation dessen bedarf, um dem Erkrankten konstruktive Hilfe anbieten zu können und somit eine Heilung herbeirufen kann. Dieser Hypothese wird in der folgenden Arbeit weiterhin mehr Bedeutung geschenkt.

Persönlichkeitsstörungen sind Defizite der Aktualisierungstendenz, die Desorganisation des Erlebens innehaben (vgl. Finke 2004). Sie sind dazu aufgerufen eine psychotische Situation zu durchlaufen, was wiederum heißt, ein unmögliches Leben zu leben. Schizophrenie ist etwas Angsteinflößendes und Schlimmes und muss auch mit dem jeweiligen Respekt behandelt werden (vgl. Binder/ Binder 1991). Als Teil der psychotischen Situation kann die emotionale Entkoppelung gesehen

werden, dessen Ursprung in Traumata zu finden sein kann. Eine „Entkoppelung von Gefühlen und Bedürfnissen aus dem Gesamtzusammenhang des Erlebens“ (Finke 2004, 11) kann zu einem pathologischen Selbst- und Beziehungskonzept führen.

Es kristallisiert sich auch ein Defizit im Umgang und der Umsetzung sozialer Regeln sowie im Einhalten sozialer Distanzen heraus. Wenn Menschen miteinander interagieren, so muss auf die persönlichen Grenzen und sozial vorgegebenen Richtlinien geachtet werden, welche meist im Kindesalter erlernt werden. Bei Klienten mit schizophrenen Zügen kann allerdings nicht von der Einhaltung dieser Regeln ausgegangen werden, da sie Signale und Andeutungen oft fehlinterpretieren, bzw. nicht wahrnehmen, geschweige denn diese an Interaktionspartner gesendet werden können. Extremes Verhalten, das von Erwachsenen in unserem Kulturkreis nicht erwartet, ja sogar nicht geduldet wird, wie z.B. überanhängliches bzw. überzutrauliches Verhalten, Distanzlosigkeit gegenüber Personen oder extrem kühles und abwertendes Benehmen, kann auftreten. Ein grenzüberschreitendes Verhalten definiert seinen Umgang mit der Umwelt, welches nicht aus Bösartigkeit zum Vorschein kommt, sondern vielmehr aus Unwissenheit und sozialer Inkompetenz (vgl. Binder/ Binder 1991). Der Annahme, dass es nicht aus Bösartigkeit resultiert, kann vertraut werden, denn dieses Verhalten schadet vor allem ihnen selbst und zielt nicht auf die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse ab. Da schizophrene Menschen, wie schon erwähnt, in ihrem Selbstwertgefühl gekränkt sind und Defizite in der Interaktion mit ihrer Umwelt aufweisen, ist es nicht verwunderlich, dass sie auf rücksichtsloses Verhalten ihrer Person gegenüber kaum reagieren können. Dieses Ausgeliefertsein und die damit verbundene Wehrlosigkeit schädigt das Selbstwertgefühl immens und ist ein wesentlicher Bestandteil der Selbstverachtung, sowie des Gefühls der Unterlegenheit und lässt den schizophrenen Menschen dieses Verhalten adaptieren (vgl. Binder/ Binder 1991). Sie befinden sich demgemäß in einem Teufelskreis, da die Umwelt auf das rücksichtslose Verhalten ebenso mit rücksichtslosem Verhalten antwortet, was für den schizophrenen Menschen nicht nachvollziehbar ist.

All das gibt einen Einblick in die Welt der Schizophrenie, jedoch ohne Anspruch auf Vollkommenheit. Das schizophrene Erscheinungsbild ist so unterschiedlich und individuell wie der Mensch selbst, sodass auch aus personenzentrierter Sicht keine eindeutige Definition zu dem Begriff Schizophrenie zu finden ist. Ansätze, die Anspruch auf Vollständigkeit legen, sind einengend und reduzieren unser Verständnis (vgl. Binder/ Binder 1991). Natürlich hat man eine Grundidee, was Schizophrenie ist, jedoch wird der Begriff vom Klienten selbst definiert, mittels seiner Lebens- und Erlebnisweisen (vgl. Binder/ Binder 1991). Letztlich ist nicht die Diagnose das Ausschlaggebende, sondern die Krankheit selbst.

3.4 Selbstidentität schizophrener Menschen

„Lebensgeschichtliche Erfahrungen werden vergegenwärtigt, um Lebenserwartungen und damit Zukunftsperspektiven auszubilden, zu differenzieren und ggf. zu korrigieren. Erst wenn so die Vergangenheit an die Zukunft angeschlossen wird, ist ein Erleben von Identität möglich, denn erst die vergegenwärtigte Zeiterfahrung schafft ein Gefühl von Identität. Ein Identitätserleben aber ist die nötige Voraussetzung für eine Art Selbstverwirklichung, da ein Erleben und ein ‚Konzept‘ für das ausgebildet sein muss, was als das „Selbst“ verwirklicht werden soll“ (Finke 2004, 17). Um seine Identität zu formen, müssen alle Aspekte des Lebens mit einbezogen werden, die bereits vergangenen und gegenwärtigen, die an die zukünftigen angeschlossen werden sollen. Die Auseinandersetzung mit den Inhalten des gelebten Lebens bilden den Grundstock. Erst wenn man sich als Einheit, die alle Lebenszeiten berücksichtigt, wahrnimmt, kann von Identitätsentwicklung gesprochen werden (vgl. Finke 2004). Die Denkmuster Schizophrener stellen keine Verknüpfung der Vergangenheit, über die Gegenwart bis hin zur Zukunft dar, was eine zeitliche Desintegration erlebter Ereignisse innehat und dementsprechend mit dem Zusammenbruch logischen Denkens einhergeht. Denn die Gegenwart speichert Ereignisse nicht, sondern verwirft diese sobald als möglich und diese können, wie auch Erlebnisse der Vergangenheit, nicht für zukünftige

Zielsetzungen benutzt werden (vgl. Mitterhuber/ Wolschlager 2001). Diese individuelle Gesamtheit kann mit Hilfe von Gesprächen über das Selbst betreffende Erfahrungen internalisieren und somit eine Identitätsdynamik vorantreiben (Holma/ Aaltonen 2003, 180). „There is no place for me in the world“ (Gendlin 1966, 10). Nur wenn man sich einem Platz zugeschrieben fühlt und sich in einem ständig bewegenden Prozess wiederfindet, kann man etwas fühlen und ausdrücken. Das bedeutet, dass schizophrene Menschen eine sehr abgeflachte Gefühls- und Wahrnehmungswelt haben und auf eine Wahrnehmungshilfe des Therapeuten, welcher ihnen einen Platz in der Welt verschaffen soll, angewiesen sind (vgl. Gendlin 1966). Da das Ich nicht in der Lage ist, Wahrgenommenes distanziert, also nicht der eigenen Person zugehörig, zu betrachten und sich demgegenüber als ein invariantes Wesen versteht. Der schizophrene Mensch ist der Gefühlswelt ausgeliefert und erlebt eine Passivität, die ihm widerspricht, sich dagegen zu wehren (vgl. Benedetti 1975). Die Betrachtungsweise des schizophrenen Menschen sich selbst gegenüber kann als getrübt und nicht ganzheitlich definiert werden. Sie können sich selbst nicht als Einheit wahrnehmen und sind demzufolge auf andere angewiesen, die ihnen als Wahrnehmungsstütze dienen. Sie benötigen einen Spiegel, der ihnen ihr Inneres reflektiert und somit verständlich macht. Sie haben das Gefühl, ihre Einheit alleine nicht spüren zu können und sind folglich von der Unterstützung und dem guten Willen der Umgebung anhängig. Positive Reaktion auf die eigenen Person ist von immenser Bedeutung, um dem Selbst nicht weitere negative Eindrücke zu vermitteln. Es ist also nicht verwunderlich, dass Schizophrene Kritik nicht konstruktiv für sich nutzen können, sondern diese als „das Gebrochene ihrer eigenen Identität erleben“ (Buchmüller 1993, 84). Denn wenn man nie gelernt hat, sich selbst oder anderen zu antworten, im Sinne von, jene Person wahrzunehmen, so kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Person sich als Einheit ansehen kann. Wie wir uns der Welt präsentieren und auf sie antworten, das sind wir. Ein Mensch benötigt individuelle Antworten und Zusprüche, um nicht zu verflachen und sich nicht in sich zurückzuziehen (vgl. Gendlin 1966). „Vor nichts fürchtet sich der schizophrene Patient so sehr wie vor negativen Vorstellungen, die der Mitmensch möglicherweise von ihm hat.

Diese könnten in seine Selbstidentität überfließen, ohne daß er dessen gewahr würde und ohne daß er sich dagegen zur Wehr setzen könnte“ (Buchmüller 1993, 85). Diese Zitat macht deutlich, dass schizophrene Menschen sich den Vorstellungen anderer anpassen und somit immer weniger sie Selbst sind und werden (vgl. Buchmüller 1993). In Zusammenhang damit lässt sich die Ich - Konsistenz beschreiben, welche bei schizophrenen Menschen sehr zerfahren ist. Es kommt zur Ungewissheit der eigenen Person. Ich als Mensch fühle keine Einheit und bin inkohärent. Das Gefühl der Zerfahrenheit löst die Ganzheit des Menschen auf (vgl. Mitterhuber/ Wolschlager 2001). Um sich selbst als Individuum wahrzunehmen, dessen soziale und emotionale Handlungen Gewicht hat und dessen man sich verantworten muss, bedarf es einer inneren, gefestigten Struktur. Diese entsteht, wenn der Mensch und sein emotionales Befinden wertgeschätzt wird, was oftmals nicht stattfindet (vgl. Levander 2003).

Eindrücke von außen werden weder gefiltert noch kategorisiert oder gar überhaupt wahrgenommen. Hierbei sind vor allem paranoid schizophrene Menschen stark betroffen, da sie sich einer ständigen Verfolgung und Feindseligkeit der Umwelt ausgeliefert fühlen. Detaillierte Vorstellungen darüber, wie die Boshaftigkeit ausgeübt werden soll, herrscht vor und sämtliche neutrale Situationen werden auf das eigene Ich bezogen und in paranoide Vorstellungen umgewandelt (vgl. Finke 2004). Menschen liegt eine natürliche Selektion inne, die ihnen erlaubt, nichtrelevante Eindrücke auszusparen, um einer möglichen Überlastung zu entgehen. Diese Selektion ist bei schizophrenen Menschen nicht gegeben, da alle äußeren Eindrücke als ich- synton, also auf die eigene Person gerichtet, verstanden werden. Nicht verwunderlich, dass dies sehr quälend und anstrengend für den betroffenen Menschen ist (vgl. Benedetti 1975). Dieser fehlende Filter führt zu einer Wahrnehmungsüberflutung, die Ängste hervorruft und Menschen in eine soziale Isolation führt. Als Konsequenz kann sich keine weitere Identitätsentwicklung ereignen.

Die Persönlichkeitsstruktur schizophrener Menschen kann keinem einheitlichen Bild folgen, sondern ist so individuell wie das Wesen selbst. Nichtsdestotrotz kann ein irritierbares Identitätsleben sowohl problematische

Ich- Grenzen als auch Desorganisationen der Person in allen Fällen festgestellt werden (Finke 2004, 132). Sie sind „hinsichtlich ihres Identitätserlebens meist irritierbarer, eher von der Auflösung ihrer Ich-Grenzen und von krisenhafter Desorganisation bedroht“ (Finke 2004, 132).

Schizophrene Menschen haben oft ein gebrochenes Selbstbewusstsein, fühlen sich abhängig und unsicher. Sie sehnen sich nach mehr Sicherheit, Autonomie und Selbstbewusstsein, was wiederum nicht bedeutet, dass sie Vollkommenheit, Unerreichbarkeit und Perfektion anstreben. Vielmehr definieren sie dies als verwerflich und abscheulich, doch die ambivalente Einstellung Schizophrener lässt sie es nicht trennen und fördert eine Intoleranz gegenüber sich selbst als Person und anderen Personen. Selbstverständlich können Ansprüche wie Vollkommenheit und Unerreichbarkeit nicht erfüllt werden, weshalb es zu Versagen und Enttäuschungen kommt (vgl. Binder/ Binder 1991). Der Circulus vitiosus wird also weiter fortgeführt und kann nicht unterbrochen werden.

3.4.1 Krankheitseinsicht schizophrener Menschen

Das Schwierige an der Behandlung schizophrener Menschen ist die kaum bestehende Krankheitseinsicht. Jahrelang wurde dies als das Symptom schlechthin beschrieben, jedoch kann man nicht davon ausgehen, dass sich dieser Prozess nicht im Laufe der Zeit einstellt. Schizophrene, die freiwillig eine Therapie machen oder einen Psychiater aufsuchen, wissen, dass etwas nicht in Ordnung ist. Es wird ein professioneller Zugang gelegt, der sowohl eine Diagnosedefinition als auch eine generelle Auseinandersetzung mit der Krankheit Schizophrenie innehat. Dem Klienten soll vermittelt werden, dass die Krankheit weitgehend bekannt ist und auch verstanden und behandelt werden kann. Selbstverständlich hat diese Maßnahme aufklärerische Funktionen inne, die Sicherheit bieten sollen, aber auch das Voranschreiten von Krankheitseinsicht forcieren. Denn ein gewisses, jedoch kein vollständiges Maß an Krankheitseinsicht ist unabdingbar für den

Verlauf einer Psychotherapie. Ein Ziel der Therapie ist, im Laufe des Prozesses eine immer größer werdende Distanz zu psychotischen Ereignissen hervorzurufen (vgl. Binder/ Binder 1991). Das bedeutet nicht, dass Symptome Gegenstand der Psychotherapie werden, da diese der Krankheit und dem dazu gebundenen Menschen nicht zugehörig empfunden werden und dementsprechend nicht im psychotherapeutischen Rahmen thematisiert werden, da eine mangelnde Kooperation des Klienten zu erwarten ist (vgl. Kissling/ Pitschel- Walz 2003). Symptome werden dementsprechend nur dem Selbst zugehörig empfunden, sofern eine Krankheitseinsicht besteht.

„Wer krank ist, will gesund werden“ (Finzen 2002, 119). Wie kann ein schizophrener Mensch gesund werden, wenn er doch nicht krank ist? Diese prekäre Lage ist ein ernstzunehmendes Problem dem Therapeuten nachgehen müssen. Dieses Zitat untermalt Binders und Binders (vgl. 1991) Meinung, da eine Therapie, dessen Ziel die Genesung ist, nur dann in Angriff genommen werden kann, wenn zumindest eine Spur der Krankheitseinsicht herrscht.

Schizophrene, die ein Leben mit verstörter Einheit führen und an Desintegration im Bereichen zwischenmenschlicher Beziehungen und der Umwelt leiden, fühlen sich der gesunden Welt ausgeschlossen und fremd. Fehlende Krankheitseinsicht könnte aus dem Gefühl des nicht Verstanden-Werdens oder des „Sich - nicht - als - Verrückt - Abstempeln - Lassen - Wollens“ gedeutet werden. Sich selbst als schizophren zu bezeichnen, verlangt nach viel Kraft und Mut. Die kritische Reflexion und die Verkenning der Umwelt gegenüber lässt sich leichter argumentieren, als jene gegen die eigene Person (vgl. Tölle/ Windgassen 2006).

Der Weg hin zur Einsicht kann ein sehr langer sein, der nur Schritt für Schritt voran geht und auch nicht linear verlaufen muss.

Da zu einer positiven Behandlung der Krankheit Schizophrenie eine medikamentöse Behandlung gehört, muss der Klient bestmöglich aufgeklärt werden. Viele Klienten scheuen sich vor der Einnahme von Medikamenten, da sie das Gefühl haben, nicht mehr sie selbst zu sein. Dem gegenüber befinden sich jene Klienten, die den Leidensdruck mit Hilfe medikamentöser Behandlung mindern wollen, was jedoch nicht im Sinne einer

Krankheitseinsicht verstanden werden kann. Ferner besteht der Wunsch, Symptome und den damit verbundenen Leidensdruck zu verringern (vgl. Binder/ Binder 1991). Eine medikamentöse Behandlung gilt jedoch als unumgänglich, um eine gewisse Distanz zum psychotischen Erleben zu erlangen und folgedessen die Krankheit wahr- und anzunehmen.

Abgesehen davon, wie schnell oder langsam der Klient Einsichtgewinnung erlangen möchte, ist stets der Eigenwille führende Kraft. Nur wenn diese von der Person selbst ausgeht, ist sie von therapeutischem Nutzen. Alles Aufgezwungene, eine Pseudoeinsicht oder Unterordnung und Anpassung, die zu adäquatem Verhalten führen soll, kann als Ich - schwächend und destruktiv angesehen werden. Man kann Menschen nicht dazu zwingen, ihre Gefühle zu unterdrücken und zu verleugnen oder etwas zu wollen, was sie im Grunde genommen gar nicht wollen (vgl. Binder/ Binder 1991).

Mit der Krankheitseinsicht verbunden ist auch das Inkongruenzerleben zu nennen, welches in weiterer Folge beschrieben werden soll.

3.4.2 Inkongruenzerleben schizophrener Menschen

Da Schizophrene Probleme als ich-synton erleben, sprich, dass Probleme als nicht störend oder anormal empfunden werden, besteht ein Fehlen an Inkongruenzerleben. Finke (vgl. 2004) verweist jedoch auf die Notwendigkeit eines Leidendrucks, um Inkongruenzen bewusst werden zu lassen. Das bedeutet, dass Menschen mit Schizophrenie, die ihr Erleben nicht als krank wahrnehmen, keine Inkongruenzen spüren. Dem gegenüber ist Speierers (vgl. 1994) Gedanke festzuhalten, der besagt, dass ein Inkongruenzerleben sehr wohl auftreten und anhand der Aktualisierungstendenz minimiert werden kann. Die Kompensation dessen führt zu einer selbstkongruenteren Einschätzung der Krankheits- und Lebenserfahrung. Es gilt jedoch darauf aufmerksam zu machen, dass das Erleben von Inkongruenz nur eintritt, wenn zumindest ein Hauch von Krankheitseinsicht besteht. Sollte der Leidensdruck die Person nicht

erreichen, so empfindet die Person sich als kongruent und weist keine Krankheitseinsicht auf (vgl. Finke 2004).

Das Problem, einen Zusammenhang von Inkongruenz und Schizophrenie herauszukristallisieren, erweist sich aus den Ursprüngen des DIMs, da dieses einst für Neurotiker erstellt wurde und Schizophrenie in den Formkreis der psychotischen Erlebnisse fällt (vgl. Finke 2004). Dessen ungeachtet lassen sich auch bei Menschen mit schizophrenen Zügen Erlebnisse von Inkongruenzen aufzeigen. Speierer verweist auf den Zeitpunkt, der sich im nicht - akuten Zustand finden lässt. „Auch schizophren psychotisch kranke Menschen haben jenseits der akuten Phasen ihrer psychischen Störungen die Fähigkeit, Inkongruenz zu erleben und eine Aktualisierungstendenz, um Inkongruenz zu verringern bzw. zu kompensieren, um zu einer selbstverträglicheren, m. a. W. selbstkongruenteren Bewertung ihrer Krankheitserfahrung und ihrer bisherigen Lebenserfahrung zu kommen“ (Speierer 1994, 213). Das bedeutet, dass im postakuten Zustand ein Leidensdruck spürbar ist und somit Erleben inkongruenter Inhalte möglich wird. Zuvor erlaubt die fehlende Realitätsprüfung, die als Abwehrmechanismus beschrieben werden kann, es nicht, vorzeitig Inkongruenzen wahrzunehmen. Die Dominanz des Abwehrmechanismus wird durch soziale Isolation und Zurückgezogenheit des Klienten verstärkt und lässt Aussagen und Handlungen unverständlich wirken. Das bedeutet, dass ein Inkongruenzerleben während akuter Phasen ausgeschlossen wird, da Probleme dem Ich ferngehalten werden. Sehr wohl besteht eine Inkongruenzdynamik im subakuten Zustand (vgl. Speierer 1994).

3.5 Beziehungsgestaltung schizophrener Menschen

Dass der Mensch ein Beziehungswesen ist, impliziert eine gewisse Verantwortung unseres Handelns der Mitwelt gegenüber. Gleich was wir tun oder sagen, es hat Einfluss auf die Umwelt und muss dementsprechend bedacht gewählt werden (vgl. Finke 2004). Wie die meisten psychischen Erkrankungen, so ist auch Schizophrenie eine Störung der Beziehungsfähigkeit, die sich maßgebend auf das Leben auswirkt. Beziehungen entstehen im kommunikativen Miteinander, welches einer Interpretation und Überprüfung bedarf. So findet verbale als auch nonverbale Interaktion immer auf mehreren Ebenen statt, die sofern sie kompatibel sind, Verständnis hervorrufen. Berücksichtigt werden müssen die verbalen Aussagen, die innerhalb eines kommunikativen Rahmens formuliert werden, der von den jeweiligen Gesprächspartnern gewählt wurde, als auch die Untermalung anhand von Körperhaltung, Stimm- und Sprechmustern. All das nimmt Einfluss auf die Kommunikation und wird innerhalb jeder Beziehung gedeutet (vgl. Haley 1996). Werden verbale und nonverbale Inhalte als konform und deckungsgleich interpretiert, so spricht man von einer kongruenten Kommunikation. Klafft diese Qualifizierung jedoch auseinander und sind die verbal getätigten Äußerungen nicht im Einklang mit der mimischen Untermalungen, so entstehen Missverständnisse, die einem Beziehungsaufbau erschweren (vgl. Haley 1996). Die zwischenmenschliche Kommunikation und Beziehungen untereinander sind ohnehin etwas sehr Komplexes und bedürfen guter Interpretation. Erschwert wird das Aufeinander - Zugehen jedoch durch das vorhandene Misstrauen schizophrener Menschen, das vor Angst aus Nähe, Verlockungen und Verführungen, sowie vor allem vor Beziehungen, besteht. Sie sehen Beziehungen nicht als Chance, sondern als hinterhältige Falle (vgl. Cullberg 2008).

Die Diagnose Schizophrenie wird immer nur in Zusammenhang mit kommunikativen Abweichungen formuliert, da das deutlichste Indiz die Nicht - Übereinstimmung der Kommunikation und der Botschaft ist. Die verbalen Aussagen werden nicht durch gestikulative Untermalungen quantifiziert,

sondern vielmehr negiert oder gar dementiert, wodurch sich ein inkongruentes und widersprüchliches kommunikatives Verhalten aufzeigen lässt (vgl. Haley 1996). Das Sprechverhalten Schizophrener erinnert an autistische Züge, da sie sich vollkommen zurückziehen und sich folglich in einer absoluten Einsamkeit befinden. „Der Schizophrene lässt sich nicht so leicht auf eine Brücke ein, die man ihm baut; einige scheinen sogar endgültig die affektive Fähigkeit verloren zu haben, mit anderen und mit der Realität in Beziehung zu treten“ (Sechehaye 1986, 36). Die autistische Haltung Schizophrener kann als Grundsymptom und Schutz gegen die Umwelt gedeutet werden. Der soziale Rückzug und das Insichgekehrtsein verhindert soziale Beziehungen zur Umwelt, die als bedrohlich gefühlt werden. Somit prägen autistische Züge das Leben schizophrener Menschen (vgl. Tölle/ Windgassen 2006).

Die Beziehungsgestaltung schizophrener Menschen ist von Abwehrmechanismen geprägt, die unter anderem eine Haltung der Gleichgültigkeit und des Negativismus einnehmen sowie auch Unruhe und Erregung ausstrahlen. Auch Ängsten wie z.B. Angst vor aufkommender Aggressivität, vor Verlust des psychotischen Gleichgewichts oder aber auch vor der Unterdrückung anderer sind vorhanden. Unter psychotischem Gleichgewicht ist eine Art Sicherheit zu verstehen, die Stabilität in das desorganisierte Leben Schizophrener bringt (vgl. Sechehaye 1986). Die Angst, unterdrückt zu werden, nimmt auch maßgebend Einfluss auf zwischenmenschliche Beziehungen, denn daraus resultierend lässt sich das „Nicht- Definieren- Wollen“ ableiten. „Will jemand unbedingt vermeiden, seine Beziehung zu definieren oder die Art des Verhaltens anzuzeigen, die in der Beziehung zulässig sein soll, so kann er das nur, indem er sich auf eine Art verhält, die sich als Symptom von Schizophrenie beschreiben lässt“ (Haley 1996, 95). Die kommunikative Spielerei Schizophrener ist eine Art Manipulation gegenüber ihren Mitmenschen, resultierend aus einer extremen Unsicherheit, fast schon einer Anthropophobie heraus, die sie von ihnen abschirmen und sich der Welt somit zur Wehr setzen (vgl. Benedetti 1975). Kindt und Schecker (vgl. 1998) vertreten die Meinung, dass es vielmehr ein „Nicht Definieren können“ als ein „Wollen“ ist, denn die Sinnhaftigkeit des Gespräches ist für den schizophrene Klienten oftmals

nicht gegeben, geschweige denn erkennbar. Gleich ob sie es nicht wollen oder nicht können, sie besitzen die Fähigkeit, dieses Nicht- Definieren auf andere zu übertragen, was ein Gefühl der Unfähigkeit, den Klienten emotional zu erreichen, hervorrufen kann (vgl. Haley 1996). So schwer es auch sein mag, schizophrene Menschen sind dessen ungeachtet in der Lage, sich auf emotionaler Ebene weiterzuentwickeln und etwas zu lernen, so dass eine zwischenmenschliche Bindung und Veränderung möglich ist (vgl. Binder/ Binder 1991).

Schizophrene Menschen entfernen sich oftmals der unmittelbaren Realität und somit auch dem gesellschaftlichen Leben. Das bedeutet, dass keine zwischenmenschliche Kommunikation stattfindet. Folglich muss eine Reintegration und Zurückholung in die Realität herbeigeführt werden, um den Menschen zu erreichen und um eine Beziehung eingehen zu können (vgl. Sechehaye 1986). Finke formuliert dies wie folgt: „Das Beziehungsangebot ist durch ausgesprochene Ambitendenz geprägt, wobei die Seite bemühter und manchmal kalt wirkender Distanzierung zunächst zu überwiegen scheint. Im Gegenüber kann dies Ärger hervorrufen, bis dann, meist relativ schnell, die innere Not und Angst des Patienten deutlich wird, die Angst, sich im Gegenüber völlig zu verlieren, sich auszuliefern. Der innere Konflikt zwischen Nähe- und Distanzwunsch ist dadurch bestimmt, daß Anlehnungswünsche verleugnet und z.T. projiziert werden“ (Finke 1994, 145). Die Nähe - Distanzproblematik zeigt sich in der Beziehungsgestaltung und infolgedessen auch in Konversationen, gleich ob diese verbaler oder nonverbaler Natur sind. Es lassen sich intensive Phasen der Nähe und der Distanz herauskristallisieren, die mit Bedacht und Geduld beachtet werden müssen. Zuviel Nähe wird von Klienten oft als bedrohlich und angsteinflößend wahrgenommen, weshalb sie sich nach intensiven Phasen zurückziehen und Phasen der Distanz folgen. Unter intensiven Phasen werden jene verstanden, die den Klienten in kommunikativer Weise zu sehr beanspruchen (vgl. Binder/ Binder 1991). Diese ambivalente Einstellung ist vor allem für den schizophrenen Menschen sehr einschränkend, da sie einerseits die Leere füllen wollen und einen Weg aus der Isolation finden möchten und andererseits keine Beziehungen eingehen können, da sie sich selbst nicht als Persönlichkeit

anerkennen (vgl. Sechehaye 1986). Aufgrund dieser Beschreibung liegt es nahe, dass schizophrene Menschen Personen mit einem unsicheren und brüchigen Selbstkonzept sind und somit auch ein mangelndes Selbstbewusstsein aufweisen. Das bedeutet allerdings nicht, dass sie ein solches nicht anstreben und bewundern. Menschen, die selbstbewusst erscheinen, jedoch als unvollkommen entlarvt werden, werden als Enttäuschung wahrgenommen. Fällt die Unvollkommenheit nicht auf, so entsteht ein Gefühl der Unterlegenheit bei dem schizophrenen Menschen. „Und wenn Selbstbewußtsein als anziehend, als gewissermaßen als Voraussetzung menschlicher Attraktivität erlebt wird, Vollkommenheit aber als unmenschlich, furchterregend und abstoßend, so ist die Konsequenz dieser Verknüpfung, daß niemand mehr recht ist, daß es im Prinzip unmöglich ist, sich in einer Beziehung wohl zu fühlen“ (Binder/ Binder 1991, 224). Menschen sind auf Beziehungen angewiesen und werden durch sie geprägt, gleich ob diese positiver oder negativer Natur sind. Die gewonnenen Erfahrungen werden gespeichert und vorausgesetzt. Das bedeutet, Interaktionsmuster werden so strukturiert, dass erneut enttäuschende Gefühle entstehen (vgl. Finke 2004). Man könnte hier von einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung sprechen. Da wir uns allerdings ständig in Beziehung zu Menschen befinden und wir somit fortlaufend neue Erfahrungen machen, können die Interaktionsmuster adaptiert und verändert werden, weshalb Psychotherapie auch als Beziehungstherapie verstanden werden kann (vgl. Finke 2004).

„Da es sich bei der Schizophrenie um eine Krankheit handelt, die in einem Zusammenhang von menschlichen Beziehungen be- bzw. entsteht und aufrecht erhalten wird oder auch nicht, ist unsere Beziehung zu den betroffenen Menschen und ihrer Krankheit immer auch Teil der Manifestation, Verursachung, Aufrechterhaltung und Veränderung, also mit Bestandteil des Prozesses. Unsere Wahrnehmungen, Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten sind mitbedingt durch unsere persönlichen Vorannahmen“ (Binder/ Binder 1991, 26). Da die Gesellschaft mit verantwortlich an der Situation schizophrener Menschen ist, muss auf eine Reintegration und aufkommende Beziehungsgestaltung Bezug genommen

werden. Erlebte Beziehungen rufen die schizophrene Wahrnehmung hervor und können die Wahrnehmung folgedessen wieder lockern.

3.6 Sprache schizophrener Menschen

Eine sprachliche Kommunikation ist nur im kulturspezifischen Setting gegeben und bedarf Bildern und Symbolen, denen sich das Selbst bedient und somit artikulieren kann. Unter Artikulation bei psychisch Kranken versteht Leferink (vgl. 1997b) durch Kultur vorgezeichnete Wege, welche ihnen erlauben manche zu beschreiten und ihnen manche widersagen. Dass Sprache im engen Zusammenhang zur kulturellen Umgebung steht, zeigt auch das folgende Zitat: „Die Sprache umreißt die Grenzen der Wirklichkeit, innerhalb derer wir uns gegenseitig über uns selbst verständigen, Gestalt und soziale Identität annehmen. Erst kommt die Sprache, und mit der Sprache entsteht das Verständnis eines sprechenden Subjekts in einem gegebenen, besonderen Kontext“ (Seikkula 2003, 199). Was hiermit ausgedrückt wird, kann als problematisch erachtet werden, denn nur die Sprache, die bei schizophrenen Menschen unverständlich und erschüttert ist, lässt uns ein in der Gesellschaft integriertes und identitätsausbildendes, Wesen werden. Die Sprache soll die Wirklichkeit des Individuums an die Außenwelt tragen und deren soziale Systeme spiegeln (vgl. Seikkula 2003). Bei einer schizophrenen Sichtweise erscheint dies oft prekär, da sie die Wirklichkeit selbst nicht erfassen können. Wie also kann ein Mensch, dessen sprachliche Fähigkeiten und dessen Realitätswahrnehmung gehemmt sind, eine verbale und somit auch soziale Beziehung zu anderen Individuen aufbauen? Um dies ansatzweise erreichen zu können, muss der schizophrene Klient an die Alltagssprache erneut gewöhnt werden, respektive diese erlernen (vgl. Marx 1993).

Die Sprache ist ein wesentliches Medium, das Menschen verbindet und in Beziehung treten lässt. Sie ist der Schlüssel zur Gemeinschaft, zu einem Miteinander, das Schizophrenen oft verborgen bleibt. Trotz der Vielfältigkeit und Differenziertheit dieser Krankheit gibt es gewisse Strukturen, die charakteristisch scheinen. So ist auffällig, dass eine Erkrankung im

schizophrenen Formkreis meist mit einem Defizit im Sprachgebrauch einhergeht und Kommunikationsschwächen aufweist. Dies wird als problematisch erachtet, da sich Identität und Selbstwertgefühl in unmittelbarer Interaktion und Kommunikation mit der Umwelt und Mitmenschen entfaltet. Das Ich - Bewusstsein wird im Zuge der Auseinandersetzung und der Abgrenzung anderer gebildet (vgl. Kindt/ Schecker 1998). Nun hindert jedoch die Sprachfähigkeit das Wachsen der Persönlichkeit. Wie lässt sich ein Defizit im kommunikativen Sinne in eine Gesprächspsychotherapie einbauen?

Wie schon erwähnt sind Schizophrene auf ihre Umwelt angewiesen, sie benötigen diese, um sich ihrer selbst wahrzunehmen und sich als Einheit zu spüren, weshalb sie Kritik nicht konstruktiv für sich nutzen können (vgl. Buchmüller 1993) und sich aus Angst davor zurückziehen. Dieser Rückzug, der sich auch kommunikativ äußert, führt zu Isolation und einhergehendem Verlust sozialer Kontakte. Schizophrene Menschen nehmen sich mittels ihrer Mitmenschen wahr, übernehmen deren Sichtweise und verhalten sich dem ihnen aufgezwungen Verhalten entsprechend, welches gewisse Reaktionen hervorruft (vgl. Kindt/ Schecker 1998). Die zwischenmenschliche Kommunikation kann als Brücke zur Umwelt gesehen werden. Doch kommunikative Defizite lassen diese Beziehungsgestaltung nicht zu und manövrieren den schizophrenen Menschen in die Isolation (Levander 2003, 132). Oftmals vermeiden sie bewusst Kommunikation, um ihren Mitmenschen gesünder zu erscheinen. Diese bewusste Entscheidung, ihre innere Wahrnehmung der Umwelt nicht preiszugeben, drängt sie weiterhin in eine isolierte und abgeschirmte Welt, die fern von jeglichen sozialen Kontakten ist (vgl. Levander 2001). Der sozial- kommunikative Teufelskreis ergibt sich aus einer Abkapselung zur Umwelt, die einen sprachlich - informativen Verlust birgt (vgl. Navratil 1976). Das impliziert, dass ihnen die vermittelten Informationen wertlos erscheinen.

Dem Sprachverhalten geht ein vorgeschalteter Denkprozess vor, welcher eine Fehlerhaftigkeit aufweist. Das bedeutet, dass nicht primär die Sprachfähigkeit gestört ist, sondern dass die Denkmuster das Sprachmaterial nicht ordnen und gliedern können, sodass es Sinnhaftigkeit besitzt. Folglich können schizophrene Menschen „sprachlich vollkommen

kompetent und trotzdem inkohärent sein“ (Zimmermann [2011]). Dem zugrunde liegt die schizophrene Denkstörung, die Inhalte zerfahren und zusammenhangslos aneinanderreihet, diese aus dem Kontext zieht und unpassende Inhalte produziert, sodass das Ergebnis dessen unsinnig, unverständlich und bizarr erscheint (vgl. Navratil 1976). Diese Fehlerhaftigkeit entspringt möglicherweise aus dem Gefühl des „sich - Verirrt - Habens“ und resultiert in einer Unfähigkeit, verständliche Sprache zu produzieren. Schweigen und nicht nachvollziehbare Sätze sind keine Seltenheit (vgl. Gendlin 1962a). Dem Denkprozess ist nicht zu folgen, da keine logische Reihung besteht und sprunghaft von einem Gedankengang zum nächsten kommuniziert wird. Es lässt sich kein Denkziel ausmachen und somit auch keine logische Ordnung, die die Sprache gliedern und verständlich werden lassen könnte (vgl. Navratil 1976). Hierbei ist zu beachten, dass die unverständliche Sprache ihren Ausdruck nicht nur in kommunikativer Verarmung, wie z.B. Schweigen findet, sondern auch Begriffsverschmelzungen, die oftmals widersprüchlich sind, Wort- und Satzteilwiederholungen, die als Verbigerationen bezeichnet werden oder in Abänderungen der Wörter. Eine solche Abänderung zeigt sich in der Begrüßung „Tzrarebo rrehtat netug“, was rückwärts gelesen „Guten Tag Herr Oberarzt“ bedeutet (vgl. Navratil 1976). Dem steht jedoch ein weiteres Problem gegenüber, da nämlich auch Mängel der Aufmerksamkeit vorhanden sind, die ein gewisses Desinteresse am Gesprächspartner inne haben. Das Gespräch richtet sich nicht primär an den Gesprächspartner, sondern an das Innere des schizophrenen Menschen und gleicht einem inneren Rückzug (vgl. Buchmüller 1993). Es findet dementsprechend ein kommunikativer und sozialer Rückzug statt. Die Ausdrucksmöglichkeiten schizophrener Menschen sind so mannigfaltig, dass ein Spektrum von sprachlichen Mutismus bis hin zu Konkretisierungen oder gar Symbolisierungen vorherrscht. Das bedeutet, dass Wörter zum einen nicht im übertragenen oder zum anderen nur im metaphorischen Sinne verstanden werden. Es findet dementsprechend eine sprachliche Veränderung statt, von Neologismen, also Wortneubildungen, bis hin zu Schizophasie, also Sprachverwirrtheit (vgl. Tölle 2008), die kommunikative Beziehungen erheblich erschweren.

3.7 Zusammenfassung

Es wurde versucht, die Komplexität der Erkrankung Schizophrenie aus unterschiedlichen Blickwinkeln her aufzuzeigen. So wurde zunächst eine Einführung in die Erkrankung, mit all ihren Symptomen - Positiv - als auch Negativ - Symptomatik - genannt. Des Weiteren fand eine Auseinandersetzung von Schizophrenie aus personenzentrierter Sicht statt, um in weiterer Folge auf Probleme, die im Leben eines schizophrenen Menschen auftreten, einzugehen. So wurde zunächst die Problematik der Identitätsausbildung betrachtet. Diese steht im engen Zusammenhang der sprachlichen Defizite, welche wiederum mit den verworrenen Denkmustern verknüpft sind. Denn eine Identität kann sich nur im interkulturellen und somit auch interpersonellen Kontext ausbilden. Das bedeutet, um eine Identität auszubilden oder diese zu festigen, benötigen wir zwischenmenschliche Beziehungen, welche wiederum auf kommunikative Interaktionen angewiesen sind. Um mit einem Menschen in Beziehung treten zu können, müssen kommunikative Aktionen gesetzt werden.

4. Prä - Therapie

Obwohl die Prä - Therapie historisch gesehen jünger ist als die in Wisconsin gemachten Anfänge des personenzentrierten Ansatzes mit Schizophrenen, soll das Kapitel an dieser Stelle angeführt werden, da diese als eine Vorstufe zur eigentlichen Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung zu verstehen ist. Es wird versucht, einen Zugang zu abgeschirmten und reservierten Klienten zu erlangen.

Die Prä - Therapie wurde 1966 von Prouty als eine theoretische Erweiterung der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung Rogers begründet. Sie soll jenen Personen helfen, die die erste Bedingung, nämlich, dass sich zwei Personen in einem Kontakt befinden, nicht erfüllen können (vgl. Prouty 1998a). Laut Warner verstehen Rogers und Prouty den Begriff „Kontakt“ unterschiedlich. Während Rogers den Begriff als „perceptual contact“, also einen „wahrnehmenden Kontakt“ sieht, tritt bei Prouty eher der „psychological contact“, also der psychologische, auf (vgl. Warner 2001). Um eine therapeutische Beziehung eingehen zu können, müssen Klient und Therapeut in einen psychologischen Kontakt treten. Was geschieht jedoch, sollte die Kontaktfähigkeit eingeschränkt, bzw. nicht vorhanden sein? Wie kann man jenen Personen therapeutische Hilfestellung anbieten? Aus diesen Überlegungen heraus wurde die Prä - Therapie entwickelt (vgl. Prouty 2002).

Drei Einflüsse prägten Proutys Werdegang und waren ausschlaggebend für die Begründung des neuen Ansatzes der Prä - Therapie. Zunächst die Erfahrungen mit seinem behinderten Bruder, die personenzentrierte/ erlebnisorientierte Therapeutenausbildung und weiters die Arbeit als Therapeut in einer geschützten Werkstätte für geistig behinderte und psychisch kranke Menschen. Unbewusst verknüpfte er seine Erfahrungen und formte einen Weg, Kontakt zu „kontaktunfähigen“ Menschen aufzubauen.

„Prä - Therapie arbeitet mit dem konkreten, wahrnehmbaren, unmittelbaren Erleben – es geht um diesen bestimmten Stuhl, um dieses spezifische

Geräusch, um genau dieses Gefühl“ (Prouty 1998a, 28). Es geht darum, was im Moment da ist; es geht um das Hier und Jetzt und nicht um symbolische Bedeutungen (vgl. Prouty 2002). Konkretheit ist in der Arbeit mit psychotischen Menschen sehr wichtig, da diese eine konkrete Wahrnehmungsweise aufzeigen. Dieses Konkrete bezieht sich auf das Phänomen selbst, auf das Konkrete, was jetzt eben hier ist (vgl. Prouty 2002). „Pre- therapy represents an extraordinary concrete response to extraordinary concrete cognition of retarded and psychotic clients“ (Prouty 1998b, 390). Es wird ein Zugang zu den phänomenologischen Erlebnissen der Klienten gelegt, die psychotische Erfahrungen gemacht haben (vgl. Warner 2001). Wie bereits erwähnt, verfolgt die Prä - Therapie das Ziel, Kontakt zu „kontaktgeschädigten“ Personen, also Personen, die nicht in Kontakt zur Außenwelt und anderen Personen treten können, aufzunehmen. Dieser psychologische Kontakt wird mittels dreierlei Ebenen geschaffen:

- 1.) „Die *Kontaktreflexionen* seitens des Therapeuten.
- 2.) Die *Kontaktfunktionen* der Klientin.
- 3.) Das *Kontaktverhalten*, das meßbar ist“ (Prouty 1998a, 32).

ad 1.) Unter Kontaktreflexionen seitens des Therapeuten versteht man eine einfühlende Methode, um Menschen, die nicht fähig sind, Kontakt zu sich selbst, der Realität oder anderen aufzunehmen, Kontakt anzubieten. „The therapist cannot really verbalize the client`s experienced referent, but he can refer to it, he can point his words at it, he can fashion his responses so that it is clear that he senses the specific inward experiencing, not just the spoken or conceived message“ (Gendlin 1962b, 41). Gendlin fasste dieses Vorgehen zwar nicht als „Kontaktreflexion seitens des Therapeuten“ zusammen, jedoch steht derselbe Grundgedanke dahinter. Es soll nicht nur auf die verbale Sprache Bezug genommen werden. Selbstverständlich kann der Therapeut nie sicher sein, ob er den Klienten und seine Erfahrungen richtig verstanden hat, jedoch kann er auf jene antworten und ihm somit mit seiner Umwelt in Verbindung bringen. „Kontaktreflexionen wiederholen sehr genau und konkret, was bei den Klienten zum Ausdruck kommt. Sie geben sensibel den konkreten, unverwechselbaren *Ausdruck* in ihrem *Verhalten*

wieder“ (Prouty 1998a, 33). Es soll dementsprechend ein empathischer Kontakt hergestellt werden. Das Konkrete, was im Hier und Jetzt angesprochen wird, weist den kommunikativen Weg, der, wie gesagt, sehr regrediert ist (vgl. Prouty 2002). Da eine fehlende Wahrnehmung und ein Mangel an Ich - Vitalität, also die Fähigkeit sich als Person, als lebendes menschliches Wesen zu fühlen, besteht, ist die Methodik des Verbalisierens und des Widerspiegelns von großer Bedeutung, um einen innerpsychischen Zugang zur Person selbst zu legen (vgl. Mitterhuber/ Wolschlager 2001). Die Durchführung dieses Instruments erfolgt in vier Arten und einem Prinzip.

- 1.) „Das Ansprechen der Situation: Situationsreflexion (SR)
- 2.) Das Ansprechen des Gesichtsausdrucks: Gesichtsausdrucksreflexion (GR)
- 3.) Das Wiedergeben der Körperhaltung: Körperhaltungsreflexion (KR)
- 4.) Das Wort- für- Wort- Wiederholen: Wort- für- Wort- Reflexion (WWR)
- 5.) Das Prinzip des Wiederaufgreifens: wiederaufgreifende Reflexion (WR)“
(Prouty 1998a, 33).

Situationsreflexion (SR): Bei dieser Methode ist der Therapeut aufmerksam, indem er die Situation und das Umfeld des Klienten betrachtet und wiedergibt, was er beobachtet. Er reflektiert das Verhalten des Klienten, was wiederum die affektiven Kontakte anregt. Oftmals leiden schizophrene Klienten unter affektiver Verarmung, weshalb es umso bedeutsamer ist, ihnen diesen Zugang zu bieten (vgl. Prouty 1998a).

Gesichtsausdrucksreflexion (GR): Der Therapeut spricht die Gesichtsausdrücke und Mimiken des Klienten an und versucht die darin verborgenen Gefühle darzulegen, um sie dem Klienten näher zu bringen (vgl. Prouty 1998a).

Körperhaltungsreflexion (KR): Die Wiedergabe der Körperhaltung bezieht sich einerseits auf das bloße Ansprechen und andererseits auf das Einnehmen dieser Haltung. Der Therapeut reflektiert die Körperhaltung des Klienten. Häufig haben psychotische Menschen seltsame Körperhaltungen, wie Gebärden, Bewegungen, Echopraxien, also das zwanghafte Imitieren

von Bewegungen, katatone Erstarrungen usw. Das Spiegeln dieser Körperhaltungen hilft den Klienten, sich selbst wahrzunehmen (vgl. Prouty 1998a).

Wort- für- Wort- Reflexion (WWR): Die sprachliche Kommunikation erweist sich bei schizophrenen Klienten oftmals als eine Herausforderung, da sie manchmal auf eine vorsprachliche Stufe zurückfallen oder lediglich Wortfragmente, unzusammenhängende Sätze, Satz- oder Wortketten äußern. Des Weiteren werden echolale Muster, also Wortwiederholungen und neologische Muster, also Wortneuerungen, aufgewiesen. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, sehr aufmerksam zuzuhören und jenes zu wiederholen, was ihm verständlich war, auch wenn der Sinn nicht ermittelt wurde (vgl. Prouty 1998a).

Wiederaufgreifende Reflexion (WR): Die wiederaufgreifende Reflexion beruht darauf, durch Reflexion schon stattgefundenen Kontakte erneut aufzugreifen. Hierbei gibt es zwei unterschiedliche Formen. Das unmittelbare und das spätere Wiederaufgreifen (vgl. Prouty 1998a).

ad 2.) Die Kontaktfunktionen sind Wahrnehmungsfunktionen, die einen wesentlichen Beitrag zur Prä - Therapie liefern. Sie können unter Realitätskontakt, affektive und kommunikative Kontakte zusammengefasst werden. Die Kontaktfunktionen spielen eine so tragende Rolle, da die „Wiederherstellung oder Entwicklung von Realitätskontakt, affektivem Kontakt und kommunikativem Kontakt“ (Prouty 1998a, 35) das primäre Ziel prä - therapeutischer Arbeit ist.

Unter Realitätskontakt versteht man die Wahrnehmung der „Welt“ - Menschen, Orte, Dinge und Ereignisse. Da wir ständig von Menschen umgeben sind und immer in Kontakt treten „müssen“, ist es wichtig, diese Kontaktfähigkeit zu besitzen. Wir stehen immer in Beziehung zu Menschen, sei es nun in intimeren und intensiveren Kontakten, also jene, die wir subjektiv internalisiert haben, oder auch nur in objektiver Weise, wie z.B. der Kontakt mit fremden Menschen im Supermarkt, auf Ämtern, in der Straße etc. Kontakt definiert sich jedoch nicht nur durch Menschen, sondern

auch durch Dinge, beispielsweise durch Bücher, Computer, Vasen usw. Das bedeutet, dass wir immer auch mit Dingen, die uns umgeben, in Beziehung stehen. Ein weiterer wesentlicher Faktor des Realitätskontaktes ist die zeitliche Komponente der Ereignisse, denn alles geschieht im Rahmen der Zeit (vgl. Prouty 1998a). So müssen vergangene, gegenwärtige als auch zukünftige Aspekte mit eingeschlossen werden.

Unter affektiven Kontakt versteht man „die Wahrnehmung von *Stimmungen*, *Gefühlen* und *Emotionen*“ (Prouty 1998a, 36). Der Unterschied dieser drei Begriffe liegt in der Intensität. Stimmungen sind Färbungen der Affektivität, sie sind diffus und fein. Gefühle sind deutlicherer Natur und beziehen sich auf ein Objekt und unter Emotionen bezeichnet man heftige und meist mit einem Ereignis verbundene Affekte. Jedoch liegt allen drei Begriffen eines zu Grunde, der Kontakt mit ihnen ist ein Kontakt mit dem „Selbst“ (vgl. Prouty 1998a).

Der kommunikative Kontakt ist quasi eine Kombination aus den oben genannten Kontakten und bezieht sich auf die Symbolisierung von Realität (Welt) und Affekt (Selbst), die in weiterer Folge durch Sätze oder Wörter ausgedrückt werden. Sie wird meist durch Sprache ausgedrückt, denn diese ist Teil von „In - der - Welt - sein“. Die Sprache ist ein durchaus wichtiges Medium der Menschen. Wir leben, denken und sterben in der Sprache und ihr liegt eine enorm hohe psychologische Bedeutung zu Grunde, denn in kommunikativen Kontakt stehen, bedeutet in Kontakt mit anderen Menschen zu stehen (vgl. Prouty 1998a).

Der Realitätskontakt, affektiver- und kommunikativer Kontakt gelten als Zugang zur Welt, als Verbindungstück zwischen Selbst und Umwelt, was als notwendige Bedingung der Therapie genannt werden kann (vgl. Prouty 2002).

ad 3.) Das Kontaktverhalten kann als das Resultat der Kontaktfunktionen und der Kontaktreflexionen referiert werden. Folglich sind Kontaktreflexion und eine daraus resultierende Kontaktfunktion für die Veränderung des

Verhaltens verantwortlich. Das Kontaktverhalten ist demnach das messbare Konstrukt der Prä - Therapie (vgl. Prouty 2002).

Prouty (vgl. 1998a) führt den Begriff des Prä - Symbols ein, der Halluzinationen beschreibt. So versteht er Halluzinationen als Bilder, die einem phänomenologischen und gleichermaßen einen symbolischen Zugang legen. Das bedeutet, dass die Halluzination etwas ist, was sich auf sich selbst und auf andere bezieht. Die Halluzination an sich ist ein Prä - Symbol und stellt eine konkrete Form des Selbstaudrucks dar (vgl. Prouty 1998b). „Das Bild ist da, aber es ist in seiner Bedeutung nicht verständlich, weder für den Klienten noch für den Therapeuten“ (Pörtner 2001, 139). Jede Halluzination steht in Beziehung zu einer konkreten Erfahrung (vgl. Pörtner 2001). In diesem Sinne, ist die Halluzination eine Möglichkeit, das Selbst des Betroffenen aufzubauen (vgl. Prouty 1998b). Um dem näher zu kommen, ist ein enger Bezug zu dem konkret Gesagten beizubehalten, denn es ist dem Klienten noch nicht möglich Bestimmtes auszudrücken. Der Klient ist prä - expressiv (vgl. Pörtner 2001). Um Halluzinationen dem Klienten und dem Therapeuten verständlich zu machen und jene, bestenfalls aufzulösen, muss an dem Konkreten festgehalten werden, um die Symbolik dessen zu begreifen und die traumatische Erfahrung bearbeiten zu können. In weiterer Folge ist die Integration des Aufgearbeiteten in das Selbstkonzept wichtig (vgl. Pörtner 2001).

Abschließend kann gesagt werden, dass die Prä - Therapie das Ziel verfolgt, schizophrene Klienten von einem prä - expressiven, zu einem expressiven Zustand, der mit der Realität zusammenhängt, zu führen. Dieser Zustand ist als eine Art Selbstaktualisierungstendenz zu sehen (vgl. Prouty 1998b). Um das jedoch erreichen zu können, muss der Therapeut ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen besitzen und die Bemühungen des Klienten als Selbstbestimmungstendenz anerkennen (vgl. Prouty 1998a). Dabei bedient sich der Therapeut vor allem der Strategie des Experiencing. Da Klienten sich in einem prä - expressiven Stadium befinden und dieses oftmals lange Schweigephasen mit sich bringt, lässt sich der oft einzige Zugang zum Klienten mittels Experiencing erreichen.

Die Kontaktreflexion, -funktion und das -verhalten gilt als Weiterentwicklung des psychologischen Kontakts (vgl. Prouty 2002), die in weiterer Folge eine Therapie ermöglichen soll.

4.1 Zusammenfassung

Prä - Therapie versteht sich als Art Vor - Therapie, die vor allem für jene Klienten angeboten wird, die die erste Bedingung Rogers, nämlich in Kontakt treten zu können, nicht erfüllen können. So verhilft Prouty denjenigen, die fernab von einer zwischenmenschlichen Interaktion leben und weder mit sich noch mit der Umwelt in Kontakt treten können. Um jedoch eine Brücke zwischen Umwelt und der Person zu schlagen, werden verschiedene Techniken angewandt. Diese lassen sich als Kontaktreflexion, Kontaktfunktion und Kontaktverhalten titulieren. Kontaktreflexionen, also ein behutsames Kontaktangebot seitens des Therapeuten, werden anhand von Situationsreflexionen, Gesichtsausdrucksreflexionen, Körperhaltungsreflexionen als auch Wort - für Wort - Reflexionen und wiederaufgreifende Reflexionen verdeutlicht. Unter Kontaktfunktionen versteht man Wahrnehmungsfunktionen, die Realität sowie affektive und auch kommunikative Kontakte inkludieren. Das Kontaktverhalten ist als Resultat der Kontaktreflexion und -funktion zu sehen. Diese Interventionen verfolgen das Ziel, den Menschen von einem prä - expressiven hin zu einem expressiven Zustand zu bewegen.

5. Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Schizophrenie

Die ersten personenzentrierten Erfahrungen, die Rogers erlebt hatte, fanden mit Menschen, die als Neurotiker beschrieben wurden, statt, die kaum Ähnlichkeiten zu psychotischen Menschen aufweisen. Rogers selbst, der die Meinung vertrat, dass dieser Ansatz universal anwendbar sei, hat einst geäußert, dass die Therapieform jedoch nicht für Psychotiker geeignet sei. Dessen ungeachtet hat sich der Ansatz weiterentwickelt und Erfolge, wie z.B. im Bereich der sozialen Anpassung, sind vorweisbar (vgl. Shlien 1961).

Wie schon erwähnt, ist Rogers der Ansicht, dass ein und dieselbe Einstellung unterschiedlichen Individuen helfen kann. Die Core - Conditions lassen Klienten sich selbst besser erfahren, akzeptieren und fördern die Selbstaktualisierung. Warner (vgl. 2001) spricht dem nicht entgegen, jedoch hält sie fest, dass ein positiver Effekt nur dann erzielt werden kann, wenn der Therapeut die unterschiedlichen Phänomene der Klienten wahrnimmt und auf diese Rücksicht nimmt.

Das Konzept soll nicht von Grund auf umstrukturiert werden, allerdings besteht es, vor allem im psychiatrischen Bereich, auf Assimilation. Der personenzentrierte und psychiatrische Bereich vereinen sich und bilden eine Basis für die Herangehensweise an die Erkrankung, was wiederum einen differenziellen Ansatz fordert (vgl. Teusch/ Finke 2002).

5.1 Wisconsin Studie

Das Forschungsprogramm untersuchte die einflussnehmenden Faktoren der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung auf die Persönlichkeitsentwicklung langzeithospitalisierter schizophrener Klienten. Was ist ausschlaggebend dafür? Welche Veränderungen finden wie statt? (vgl. Gendlin/ Rogers 1967a). Nicht die Technik, sondern die Einstellung der Therapeuten ist von Bedeutung und somit, deren Gefühle. Diese Annahme impliziert, dass die Core- Conditions, Empathie, Wertschätzung und Kongruenz nicht intellektuell erfasst werden können, sondern anhand von Erfahrungen gefestigt werden (vgl. Gendlin/ Rogers 1967a).

Bevor die Studie ihren Anfang nahm, formulierte das Team mehrere Hypothesen, denen es auf den Grund gehen wollte. Die drei tragenden Hypothesen wurden durch Ergänzende, die sich im Laufe der Arbeit verdichteten, erweitert. Die Grundannahmen dahinter beziehen sich auf die Gleichheit aller Menschen.

- 1.) Je ausgeprägter die Core - Conditions Anwendung finden, desto effektiver verläuft der therapeutische Prozess.
- 2.) Die Core - Conditions werden den selben Grad an Effektivität bei chronisch schizophrenen, akut schizophrenen und bei normalen Menschen aufweisen.
- 3.) Der therapeutische Prozess zeigt signifikante Unterschiede bei Klienten, denen eine Therapie in klientenzentriertem Sinne angeboten wurde.
- 4.) Der positive Erfolg ist bei Klienten der Therapiegruppe deutlicher erkennbar als bei Klienten der Kontrollgruppe.
- 4a.) Je ausgeprägter die Core - Conditions Anwendung finden, desto effektiver findet der aufbauende Erfolg statt.
- 5.) Je ausgeprägter die prozesshafte Entwicklung des Klienten, desto effektiver findet der aufbauende Erfolg statt.

Diese Hypothesen implizieren, dass zum einen Therapie an sich hilfreich ist und zum anderen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz positive Auswirkungen auf alle Individuen haben (vgl. Gendlin/ Rogers 1967a). Das Forschungsteam nahm an, „that therapists who measured highest on

realness, understanding, and liking would have patients who not only showed the most improvement at the end, but who during the course of therapy would show the highest and most increasing degree of this experiential therapy process" (Gendlin 1966, 5). Eine der Hypothesen beschäftigte sich also mit dem Gedanken, dass die Klienten jener Therapeuten, die die Core - Conditions am ausgiebigsten in die Therapie mit einfließen ließen, auch jene seien, die sich im Laufe der Therapie am meisten weiterentwickeln würden.

Diese drei Variablen, die Gendlin (1966, 5) mit „realness, understanding, and liking“ , also Echtheit, Verständnis und Gefallen, titulierte, wurden während der Therapiestunde ausgemacht. Es wurde jedoch nicht bloß die Haltung des Therapeuten gemessen, sondern auch das Verhalten des Klienten. „To what extent does the patient behave in ways that indicate an involvement in an experiential psychotherapy process?“ (Gendlin 1966, 5). Daran lässt sich erklären, dass eine Diagnose nicht von Nöten ist, da nicht die Krankheit Schizophrenie, sondern der Mensch im Blickwinkel steht (vgl. Gendlin/ Rogers 1967b). Kaum ein Klient des Mendota State Hospitals, das Klienten für dieses Forschungsunterfangen bereitstellte, wurde als akut eingestuft, weshalb die Klassifikation von akut, chronisch und normal, zu „eher akut“, „eher chronisch“ und „normal“ überging. Normal war jene Gruppe, die außerhalb des Krankenhauses lebte, sich adäquat verhielt und keinerlei Psychotherapie benötigte (vgl. Gendlin/ Rogers 1967b).

Die Wisconsin Studie lieferte maßgebende Informationen zur differenziellen Anwendung Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung. Rogers wollte primär keine Studie über Schizophrenie durchführen, sondern vielmehr eine Studie über therapeutische Beziehungsgestaltung (vgl. Gendlin/ Rogers 1967a).

Bedauernswerterweise musste Rogers die Erfahrung sammeln, dass schwer psychotische Menschen die Core - Conditions nur bedingt wahrnehmen. Empathisches Verstehen stellt für Klienten aus dem schizophrenen Formkreis ein wenig tragendes Element dar. Vielmehr sind sie auf der Suche nach vertrauensvollen Beziehung, die sie eingehen können, weshalb Kongruenz des Therapeuten und positive

Wertschätzungen einer besonderen Wichtigkeit unterliegen (vgl. Rogers 1967b). „*Our schizophrenic patients exhibited, in general, a very low level of involvement in the process of change and were decidedly remote from their own experiencing*“ (Rogers 1967b, 79). Schizophrene Klienten sind dementsprechend von ihren Erfahrungen her geprägt und gesteuert, weshalb kaum Veränderungen zu erkennen sind.

Die Ergebnisse der Wisconsin Studie sind dürftig ausgefallen, denn die Therapiegruppe hat keine signifikant bedeutenderen positiven Ausgang gefunden. Minimale Verbesserungen im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung fanden statt. „*In many respects the therapy group taken as a whole showed no greater evidence of positive outcome than did the matched and paired control group. It had, however, a slightly better rate of release from the hospital, and this differential was maintained a year after the termination of therapy. The therapy group also showed a number of positive personality changes which were not evidenced by the control group. The differences between the two groups, however, were not great*“ (Rogers 1967b, 80). Wie Rogers selbst formuliert, waren die Ergebnisse der Studie nicht großartig, dennoch aufschlussreich, denn Klienten, die zusätzlich zum alltäglichen Psychiatrieprogramm das Angebot einer Psychotherapie erhielten, wiesen eine, wenn auch nur geringe, jedoch feststellbare Persönlichkeitsveränderung auf. Des Weiteren konnte eine erhöhte Erfolgsrate der Lebensbewältigung außerhalb psychiatrischer Wände festgestellt werden. Damit einhergehend treten verbesserte Auseinandersetzungsstrategien mit den eigenen Gefühlen auf, die in weiterer Folge besser ausgedrückt werden können, sowie einen positiveren Zugang zu interpersonalen Beziehungen legen (vgl. Rogers 1967b).

Sehr enttäuschend wurde das Ergebnis der therapeutischen Haltung aufgenommen, denn es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Grad an Empathie, Kongruenz und Wertschätzung und dem Grad an Weiterentwicklung innerhalb des Klienten (vgl. Rogers 1967b). Die kongruente, empathische und wertschätzende Haltung wurde anhand der aufgezeichneten Interviews und einem Skalenschema bewertet. So gibt es, um das Maß an Empathie zu messen, neun Levels, die von einem völligen Fehlen (Stage 1), bis hin zu einem überaus delikat vorhandenen

empathischen Verhalten, das jeglicher emotionale Andeutung Aufmerksamkeit schenkt (Stage 9), variieren (vgl. Truax 1967a). Das Maß der Wertschätzung wird mittels einer fünf Stufen Skala berechnet, die beginnend bei Stage 1, welche keinerlei wertschätzende Inhalte präsentiert bis hin zur Stage 5, in der der Klient als ein zu liebendes menschliches Wesen, mit unzähligen ihm innewohnenden Potenzialen, anerkannt wird (vgl. Truax 1967b). Auch die kongruente Haltung des Therapeuten wurde einer Messung unterzogen, die sich einer fünfstufigen Skala unterordnet. So wird der Stage 1 eine Diskrepanz zwischen dem tatsächlich gefühlten und den kommunizierten Inhalten zugeschrieben und variiert bis hin zu Stage 5, in der jegliche emotionale Inhalte, die der Therapeut empfindet, offen kundgetan werden (vgl. Kiesler 1967).

Die Hypothesen konnten nur teilweise verifiziert werden, weshalb eine Modifikation des Ansatzes angedacht werden musste. Der personenzentrierte Ansatz bewegte sich schon vor der Wisconsin Studie zu einem „experimentellen“ Zugang hin (vgl. Gendlin 1967). Aus diesem Grund soll in weiterer Folge ein differenzieller Ansatz des personenzentrierten Denkens dargestellt werden soll.

5.1.1 Differenzielle Anwendung

Die Maxime der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung lassen sich in dem Satz „Gleichheit für alle“ wiederfinden. Denn eine Therapierichtung, die fortlaufend denselben Therapietechniken folgt, kann unterschiedlichen Individuen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern helfen, ihre temporär verloren gegangene Selbstaktualisierungstendenz wieder zu erlangen. Dies klingt im theoretischen Ansatz löblich, stellt jedoch Probleme im praktischen Anwendungsfeld dar. Immer lauter werden die Stimmen des Widerspruchs und der Theoriegegner. „Eine Methode für alle Fälle“ (Hutterer 2005, 2) ist aus heutiger Sicht nicht tragbar und verlangt demzufolge nach differenziellen Betrachtungsweisen. Den individuellen Unterschieden muss im therapeutischen Kontext Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Der Gesprächspsychotherapie wird oft vorgehalten, dass sie keine Theorie der Krankheitsentstehung besitze, was allerdings nicht zutreffend ist. Rogers` Ziel war es, eine Therapieform zu entwickeln, die für alle Menschen geeignet ist. Mittels der Core - Conditions hatte er diesen Zugang gelegt und aufgrund dessen keine Konsequenzen für eine Differenzierung in Diagnostik und Therapie gezogen. Jedoch ist diese notwendige Differenzierung in der Arbeit der Therapeuten sichtbar (vgl. Pfeiffer 1994). Wie bereits erwähnt spricht sich Rogers prinzipiell gegen eine Differenzialität aus, formuliert jedoch selbst immerkehrend Annäherungen. So spricht er beispielsweise von unterschiedlich effektiven Ergebnissen anhand der Persönlichkeit des Therapeuten (vgl. Hutterer 2005). Das bedeutet, in gewissen Maße bestand stets eine differenzielle Herangehensweise an Klienten - sei es auch nur durch den Therapeuten selbst.

Bei differenziellen Behandlungskonzepten werden Pathologien und Persönlichkeitsstrukturen des Klienten, aber auch die Eigenart des Therapeuten berücksichtigt. Die Vielfalt dessen bildet sich demzufolge anhand der Individualität beider aus (vgl. Hutterer 2005). „Differenzielle Konzepte können als ‚Vehikel‘ beschrieben werden, die es Therapeuten

erlauben, unter Wahrung ihrer Eigenart und im Arrangement mit ihrer (professionellen) Umwelt klientenzentrierte Prinzipien zu verwirklichen“ (Hutterer 2005, 7). Daraus wird schlussgefolgert, dass differenzielle Methoden angebracht sind, sofern die Eigenart der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung erhalten und der Therapeut sich selbst und der Richtung treu bleibt.

Unter Anlehnung an differenzielles Vorgehen wird eine kognitiv praxisorientierte Handlungsbereitschaft, die sich anhand von Vorwissen erkundet, postuliert. Differenzielle Anwendungsstrategien entwickeln sich aus zuvor gemachten Erfahrungen, die den theoretischen Weg über die Praxis gewannen. Das bedeutet, dass die Anwendbarkeit differenzieller Konzepte sich stets aus den Handlungen ergibt und dem Axiom „Handeln, dann Denken“ folgt (vgl. Hutter 2005).

Kommt es zu Mängelerscheinungen innerhalb der Therapie, anhand von ev. Nicht- bzw. nur teilweisen Realisierung therapeutischer Bedingungen, so erlaubt das differenzielle Konzept diese anhand von alternativen und differenziellen Möglichkeiten beiseite zu schieben (vgl. Hutterer 2005). Differenzielle Herangehensweisen bieten Sicherheit und verhelfen dem Therapeuten, essentielle Bedingungen herzustellen.

5.1.2 Differenzielles Inkongruenz Modell

Das differenzielle Inkongruenzmodell (DIM) nach Speierer nimmt eine Modifikation des personenzentrierten Konzepts in Anlauf, das Anspruch auf eine störungsspezifische Krankheitstheorie hat. Mit Hilfe dieser Störungslehre soll „eine theoretische Rekonstruktion gesprächspsychotherapeutischer Praxis unter Verwendung ihrer eigenen Grundbegriffe und Postulate“ (Speierer 1994, 17) entspringen. Das differenzielle Inkongruenzmodell wurde als diagnostisches Mittel entwickelt, welches den Zusammenhang von psychopathogenen Einflüssen, therapeutischen Prozessen und den Ergebnissen betrachten soll. „The differential incongruence model (DIM) is a diagnostic tool to document, evaluate, and compare psychopathology, therapeutic processes, and results of patients specifically with respect to incongruence and congruence“ (Speierer 1998, 410). Es handelt sich demzufolge um ein diagnostisches Mittel, das in klientenzentrierter Hinsicht Anklang finden soll und jene als die „Therapie der Inkongruenz“ definiert (vgl. Speierer 1998). Der Name verrät, dass eine verstärkte Integration des inkongruenten Erlebens und derer Auseinandersetzung stattfinden soll. Demzufolge kann das DIM als eine störungsspezifische Krankheitstheorie beschrieben werden (vgl. Speierer 2002).

Das DIM vertritt die Ansicht, dass sowohl psychische als auch physische Krankheitssymptome als „Folge oder Begleiterscheinung von Inkongruenzerleben“ (Speierer 2002, 168) resultieren. Des Weiteren wird eine temporäre oder gar vollständige Außerkraftsetzung der Aktualisierungstendenz anhand des psychotischen Zustandes postuliert, um bei dem Krankheitsbild dieser Diplomarbeit zu bleiben (vgl. Speierer 1998). Es werden, an Rogers notwendige und hinreichende Bedingungen, Interventionen gesetzt, die eine Persönlichkeitsentwicklung ermöglichen. Das bedeutet in weiterer Folge, dass die vorübergehend lahmgelegte Aktualisierungstendenz erneut aktiviert, eine Toleranz des Inkongruenzerlebens erzeugt und eine Copingstrategie dessen gefunden werden muss. Der Therapeut sollte sich in der Lage befinden, für den

Klienten schädliche Aktualisierungstendenzen zu kompensieren (vgl. Speierer 1998). Inkongruenzen werden im Sinne der Genesung wahrgenommen und in Übereinstimmung mit dem Selbst und der Erfahrungen gebracht (vgl. Speierer 2002). Das DIM kann als Grundlage differenzieller Anwendungsfelder der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung referiert werden. Denn Inkongruenzen entstehen aus Mangel an Respekt vor der Person. Folgt man dem Umkehrschluss, so müssten Inkongruenzen abflachen oder gar verschwinden, sofern die Person den jeweiligen Respekt erfährt. Speierer (vgl. 2002) formuliert drei Arten von Inkongruenzen, welche kurz erläutert werden sollen. Die sozialkommunikative Inkongruenzquelle basiert auf mangelnder Wertschätzung, Empathie und Kongruenz, als auch auf einer minderen verbalen bis hin zur Nonverbalität in zwischenmenschlichen Beziehungsformen. Die dispositionelle Inkongruenzquelle verweist auf eine mangelhafte Inkongruenztoleranz und eine lebensereignisbedingte Inkongruenzquelle inkludiert Erlebnisse, die dem Selbst gefährlich werden können.

Psychotische Zustände können, Aktualisierungstendenzen außer Kraft setzen und beziehen sich auf eine störungsdispositionelle Quelle, die auf fachliche Hilfe angewiesen ist (vgl. Speierer 2002). Sozialkommunikative Inhalte sind zwar gegeben, jedoch nicht primär für den psychotischen Zustand ausschlaggebend. Vielmehr resultiert dieser aus den dispositionellen Inkongruenzen. Problematisch erweist sich hierbei, der Mangel an Inkongruenzeinsicht des schizophrenen Klienten. Werden doch die primären Ziele als Inkongruenzminimierung, bis hin zur Auflösung postuliert und in weiterer Folge die Stärkung des Kongruenzerlebens (vgl. Speierer 1994).

Wie bereits Rogers erwähnte, ist ein gewisses Maß an Inkongruenzerleben unabdingbar und Voraussetzung für gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen. Speierer (1994, 117) formuliert dies wie folgt: „Bewußt erlebte oder wenigstens bewußtseinsnah empfundene, von den Patientinnen erahnte Inkongruenzen auf sozial- kommunikativer Grundlage sind also eine notwendige Bedingung für das Manifest werden und die

Psychotherapierbarkeit von psychischen Störungen“. Wie soll eine Gesprächspsychotherapie demnach in Gang gesetzt werden, verweisen Schizophrene doch jegliche Krankheitseinsicht und auffällige Inkongruenzen von sich? Auf diese Frage wird im Laufe der Bearbeitung des Themas Bezug genommen.

5.1.3 Differenzielle Anwendung bei Schizophrenen

An dieser Stelle soll nun näher auf die Besonderheiten im personenzentrierten Kontext mit Schizophrenen eingegangen werden.

Die bloße Anwendung der reinen Core - Conditions dürfte bei schweren psychischen Erkrankungen und der extremen Hilflosigkeit, die jene Klienten verspüren, oft nicht ausreichen, weshalb Finke (vgl. 1996) auf die Selbsteinbringung des Therapeuten verweist. Der Klient benötigt eine reale Person (vgl. Gendlin/ Rogers 1967a), dessen Bezugssystem er offenbart. Es kommt nicht nur zur Kommunikation der Gefühle und des Erlebens, sondern auch Lösungsvorschläge werden angeboten. Um jene tätigen zu können, muss der Therapeut auf sein individuelles Bezugssystem zurückgreifen (vgl. Finke 1996). Finke (vgl. 1996) spricht von der Notwendigkeit vieler therapeutischer Interventionen, die zum Teil der Theorie widersprechen. So betont er z.B., dass das Bestätigen, Ermutigen und Solidarisieren der Persönlichkeitsentwicklung nicht schaden und durchaus vom Therapeuten eingesetzt werden können. Anhand dieser Interventionen kommt es zu einer Adaption der Grundprinzipien, die bestenfalls kognitive und emotionale Probleme lindern sollen. Um dies zuwege bringen zu können, muss „eine stärkere Operationalisierung des therapeutischen Handelns“ (Baier/ Teusch 1997, 105) entwickelt werden. Therapeutische Interventionen müssen also messbar werden. Laut Gendlin (vgl. 1964) bedarf es allerdings keiner Adaption der Core - Conditions und so sollten folglich weder Interpretationen noch Deutungen der eigenen Gefühle seitens des Therapeuten Raum im therapeutischen Kontext finden, da diese den Klienten von seinem persönlichen Weg abbringen und einen

Stillstand des Prozesses hervorrufen würden. Demgemäß fände keine Entwicklung innerhalb des Klienten statt. „It is, after all, his process of experiencing, working through, and focusing on himself that makes therapy“ (Gendlin 1964, 172). Nichtsdestotrotz beansprucht Gendlin eine aktivere Haltung des Therapeuten bei schizophrenen Klienten. Es ist durchaus von Nutzen, die eigenen Gefühle anzusprechen und somit den Therapieprozess in Gang zu bringen (vgl. Gendlin 1964). „While the client may give me very little to go on, I have all the events going on in me to use in order to make something happen“ (Gendlin 1964, 172). Die geforderte Modifikation der Theorie ist wichtig, da Schizophrene so verworrene und diffuse Denkmuster innehaben, dass diese sehr belastend und irritierend sein können. Mittels der direktiv angelehnten Haltung kann Ordnung und Klarheit geschaffen werden.

Um einen Ratschlag erteilen zu können, muss man das Wissen dazu haben, sprich, man befindet sich auf einer höheren Ebene. Folgt man dem differenziellen Inkongruenzmodell Speierers (vgl. 2002), so ist eine Aufhebung der vollkommenen Nichtdirektivität unumgänglich, da die einem jeden Menschen innewohnende Aktualisierungstendenz verschwinden kann und der besagte Mensch somit auf Hilfe angewiesen ist. Jedoch ist einer der wesentlichen Grundsätze des personenzentrierten Ansatzes die Gleichheit von Klient und Therapeut. Dies scheint nun etwas ambivalent. Es ist zu beachten, dass eine Atmosphäre der Gleichrangigkeit der Personen herrscht. Obwohl es keine Experten geben sollte, gibt es sie doch. Der Klient ist Experte seiner selbst – seiner Lebensführung, der Therapeut Experte der Therapie, im Sinne des „In- Gang- bringen konstruktiver Veränderungsprozesse, wie sie mit der Selbstexploration des Klienten einhergehen“ (Binder/ Binder 1991, 226).

Abschließend soll nun Gendlins Hypothese angeführt werden, die eine Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung mit schizophrenen Klienten charakterisiert: „The therapeutic attitudes (...) manifest themselves in interactive behaviors through genuine therapist self- expression (...), and this open interaction itself affects the nature of the client`s present experiencing process (...) so that in spite of threat and withdrawal he may

find his experiencing occurring more optimally and in interaction" (Gendlin 1962a, 210). Die personenzentrierte Arbeit mit Schizophrenen hinterlässt Spuren, die sich im Bereich des Experiencing des Klienten deutlich machen.

Die unterschiedlichen Phasen schizophrener Menschen beeinflussen eine Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung ungemein, gleich ob diese einen differenziellen oder klassischen Ansatz verfolgt. Aus diesem Grund wird nun näher auf die akuten Phasen schizophrener Menschen eingegangen.

5. 2 Akute Phase

Schizophrenie ist ein Zustand, der nicht linear und durchgängig verläuft und demzufolge unterschiedliche Erscheinungsformen aufweist. Akute Phasen sind Phasen, in denen psychotisches Erleben präsent ist. In dieser Zeit kann das Augenmerk nicht auf der gesprächspsychotherapeutischen Intervention liegen. Vielmehr muss, falls noch nicht eingeleitet, eine medikamentöse Behandlung interveniert werden. Ob im postakutem Stadium die klientenzentrierte Haltung eingeschlagen wird, hängt vom Klienten selbst ab. Die Wahl der Methode sollte dem Klienten obliegen, denn lediglich die Methode, die dem Klienten selbst adäquat erscheint und die als förderlich erlebt wird, hat helfende Kräfte (vgl. Eckert [2011]).

Wie bereits festgestellt, kann der Personenzentrierte Ansatz durchaus für die Behandlung schizophrener Klienten angedacht werden, jedoch nur nach bzw. während des Abklingens einer akut schizophrenen Phase, da vor allem durch das empathische Verhalten des Therapeuten eine Verschlechterung hervorgerufen werden kann (vgl. Speierer, 1994). Mehr dazu im Subkapitel 5.3.2 Empathie. „Die Gesprächspsychotherapie mit Personen, die von psychotischen Störungen betroffen sind, gibt diesen eine Beziehungserfahrung und Informationen, die den Patientinnen nach dem Abklingen der akuten Symptome hilft, Selbstabwertung und Selbstzweifel zu verringern, ihr Selbstverständnis zu verbessern und die Krankheitserfahrung selbstverträglicher zu machen“ (Speierer, 1994, 193). Speierer formuliert in

diesem Zitat eindrücklich, dass eine Gesprächspsychotherapie nur im subakuten Stadium anzuraten sei.

Psychotische Erlebnisse zu durchleben ist kräfteraubend und beängstigend, sodass der Wunsch nach Distanz nicht abwegig erscheint. So haben Binder und Binder (vgl. 1991) beobachtet, dass Klienten nach einer akuten Phase oft Abstand und Ruhe zur psychotischen Wahrnehmung brauchen. In diesen Phasen sind sie meist ruhig und leise und sprechen nur über belanglose Dinge, um weder sich noch den Therapeuten zu erschrecken. Diese Beobachtung zeigt uns, dass psychotisches Verhalten vor allem für den Betroffenen selbst, sehr schwer aushaltbar ist. Für Binder und Binder (vgl. 1991) gibt es therapiegünstige Phasen, in denen eine Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung bestimmt von Vorteil für die Betroffenen ist. Wie schon erwähnt, ist eine Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung im akuten Stadium nicht ratsam, da sich Symptome eventuell verschlechtern können und Klienten möglicherweise noch weiter in die Psychose gedrängt werden können. „Eine gesprächspsychotherapeutische Inkongruenzbearbeitung ist dann weder nützlich, noch möglich wegen der störungsdispositionell bedingten Behinderung des Selbst; i. e. der störungsdispositionellen Beeinträchtigung der Aktualisierung und der Beeinträchtigung der reflexiven Fähigkeiten des Selbst bei der Erfahrungsverarbeitung, der Erfahrungsbewertung und der Inkongruenzbewältigung“ (Speierer 1994, 214). In akuten Phasen ist der betroffene Mensch so von wahnhaften und/ oder halluzinatorischen Erlebnissen geprägt, dass eine kritische Reflexion dessen nicht möglich ist und sich demzufolge keine Krankheitseinsicht, die für die Wahrnehmung von Inkongruenzen notwendig ist, einstellen kann. Daraus ergibt sich, dass eine gesprächspsychotherapeutische Behandlung in akuten Phasen suboptimal, kontraproduktiv und ineffizient wäre.

Trotz der angeführten Argumente sollte man Generalisierungen unterlassen, da auch hier auf jede Person einzeln und deren Individualität Rücksicht zu nehmen ist. So verweist Teusch (vgl. 1990) auf die Möglichkeit, eine Verbindung zum Klienten aufzubauen, vorausgesetzt jener berücksichtigt die akute Phase des Klienten und modifiziert seine Handlungsstrategie. Viele Klienten brauchen z.B. eine Therapiepause. So

ist eine innere Dynamik der Therapie zu nennen, die keinerlei äußeren Regeln folgt, sondern sich an der Gefühlswelt des Klienten orientiert (vgl. Binder/ Binder 1991). Befindet dieser sich in einer akuten Phase, lassen sich oft Anzeichen von Überforderung aufzeigen. Die psychotischen Erlebnisse vereinnahmen den Klienten in einem Ausmaß, dass er therapeutische Hilfe nicht annehmen kann. Des Weiteren verweist Eckert (vgl. [2011]) auf die teilweise Notwendigkeit psychotischer Zustände, um Gefühle und Erfahrungen thematisieren zu können. Demnach können akute Phasen als Kommunikationsfenster gedeutet werden, denn psychotische Ausdrucksmittel können zu mehr Verständnis führen.

5.3 Empathie, Wertschätzung und Kongruenz bei schizophrenen Menschen

Die Core - Conditions sind ein wesentlicher Faktor für die Herstellung einer therapeutischen Beziehung mit Schizophrenen (vgl. Teusch 1994). Da empathisches, kongruentes und wertschätzendes Verhalten einen markanten Einfluss auf die Integration der Selbsterfahrung in das Selbstkonzept aufweisen (vgl. Biermann- Ratjen 2002), sind jene Prinzipien vor allem im Umgang mit schizophrenen Klienten unumgänglich. Jedoch gilt hierbei spezielle Vorsicht, da Menschen mit Schizophrenie leicht Schaden zugefügt werden kann, anstatt ihnen zu helfen (vgl. Binder/ Binder 1991). Grenzverletzende als auch zu reservierte therapeutische Kontaktaufnahme sind kontraproduktiv und werden zu keiner Bewältigung der schizophrenen Störung führen (vgl. Teusch/ Finke 2002). „Um den Anforderungen kongruent, empathisch und akzeptierend zu sein gerecht zu werden, versuchen wir durch ständige Rückbesinnung und Introspektion während einer Therapiestunde die in uns sich vollziehende Gefühlsansteckung so weit zuzulassen, wie wir sie zur Einfühlung brauchen und so weit unter Kontrolle zu halten, wie wir es für unsere konstruktive, emotionale Sicherheit brauchen“ (Binder/ Binder 1991, 100). Da schizophrene Menschen sehr fordernd und vereinnahmend in ihrem Handeln sein können und der zwischenmenschlichen Beziehung sehr viel abverlangen, muss

man sich als Therapeut gut abgrenzen können. Die Inhalte sollen zugelassen werden, sofern sie erträglich sind. Es ist wichtig, auf seine Grenzen zu achten, da ein überforderter Therapeut keinerlei Nutzen hat. Binder und Binder (vgl. 1991) sind der Meinung, dass eine konstruktive Beziehung mittels der Core - Conditions erreichbar ist, wobei sie jedoch auf eine differenzierte und fachspezifische Anwendung bestehen. Bei einer Therapie mit Schizophrenen werden die Core - Conditions eingehalten, jedoch kommt es zu Modifikationen, welche in weiterer Folge kurz geschildert werden sollen.

5.3.1 Empathie

Die empathische Haltung des Therapeuten verlangt ein sich vollkommenes Einfühlen in die Welt des Klienten und dessen Sichtweise anzunehmen, als ob sie seine eigene wäre. Um empathische Fähigkeiten entwickeln zu können, bedarf es einer gefestigten Persönlichkeit, denn nur wenn man sich seiner Selbst sicher ist, kann man sich in die Persönlichkeit anderer hineinversetzen, ihre Erlebnisweise verstehen und ihren Motivationen folgen. Da Menschen mit Schizophrenie ein labiles Selbstbild und eine brüchige Persönlichkeit haben, sind sie nicht, bzw. nur sehr eingeschränkt in der Lage, Empathie zu versenden und auch zu empfangen. Nichtsdestotrotz spielt die empathische Haltung des Therapeuten eine enorme Rolle im Verlauf der Therapie und so erwähnt auch Teusch (vgl. 1994), dass ein Bedarf an Empathie besteht, der aufklärerische Tätigkeiten im behavioristischen Bereich, der oftmals verschlüsselt und verworren ist, vollzieht. Der Therapeut verfolgt das Ziel, die Persönlichkeit von innen aus zu reorganisieren (vgl. Teusch 1994). Die Wahrnehmungswelt schizophrener Menschen ist so phänomenologisch in ihrer Art und liegt außerhalb des kulturellen Kreises, sodass sie von der Umwelt nicht verstanden wird. Mittels des empathischen Verstehens des Therapeuten wird dem Klienten ein kulturgeprägtes Verständnis entgegengebracht, was ihn Teil dieser soziokulturellen Welt sein lässt. Nicht die Symptome werden gesehen, sondern der Mensch, der Teil unserer Gesellschaft ist, was

wiederum „Voraussetzung für weitere Interaktionen innerhalb einer Bindung/ Beziehung“ (Binder 1996b, 191) ist. Auch Binder und Binder (vgl. 1991) sind der Meinung, dass Empathie ein Weg ist, um in Kontakt und Beziehung mit schizophrenen Menschen zu treten. Empathie lässt es zu, dass wir uns schwerverständlichen Äußerungen auf der Gefühlsebene annähern können, ohne ein Risiko, den Verlust der Nähe zum Klienten, einzugehen. Gendlin (vgl. 1966) macht auf die neue empathische Herangehensweise aufmerksam. Sei zuvor nur auf tatsächlich Gesagtes und Verstandenes eingegangen und dieses empathisch kommentiert, so wird nun auf das Innere des Klienten geachtet. Gefühle müssen nicht tatsächlich ausgesprochen werden, um empathische Reaktionen vom Therapeuten zu bekommen. Aussagen wie z.B. „Sie sehen traurig aus. Fühlen sie sich traurig?“ lassen Klienten das warmherzige Einfühlen spüren und helfen schizophrenen Klienten sich selbst wahrzunehmen. „I can always refer to his concrete feelings, although crudely, roundly, vaguely, stupidly, sentimentally, imaginatively, foolishly, roughly, inconsiderately, wrongly, but I can point at whatever *is* going on in him. It may be altogether different than I guess or very vague to him, but I refer to (*that* in him,) whatever he *does* feel, and I show in what spirit I view such feelings“ (Gendlin 1966, 9). In diesem Zitat wird deutlich, dass der Therapeut unbedingt den Klienten verstehen und wahrnehmen möchte. Das, was in der Person vorgeht, wird thematisiert. Dies sind zuerst nur Vermutungen, die jedoch, gleich ob sie richtig oder falsch sind, eine wohlwollende Haltung offerieren.

Dass die empathische Haltung einen wesentlichen Einfluss auf das Erleben schizophrener Klienten hat, wurde bereits geschildert. Es muss jedoch auf die Gefahr aufmerksam gemacht werden, dass auf Klienten mit psychotischem Erleben besonderes empathisch zugegangen werden muss, da ein zu tiefes Einfühlen sehr beängstigend und verwirrend für Schizophrene sein kann (vgl. Finke 2004). Versetzt sich der Therapeut zu tief in die innere Welt des Klienten, so kann Verwirrung entstehen, da dem Klienten der Zugang des „sich in - jemanden Hineinzusetzens“ nicht verständlich ist. Zu viel Empathie kann also Angst und Panik im Klienten auslösen, einen Verfolgungswahn herbeirufen und somit

störungsverstärkend wirken (vgl. Speierer 1995). Empathisches Verbalisieren kann dementsprechend den Zustand des Klienten verschlechtern und ihn in einen erneuten Schub manövrieren, dessen sich der Therapeut bewusst sein und sein empathischen Angebot behutsam dosieren muss (vgl. Finke 1994). Empathie soll auch laut Binder und Binder (vgl. 1991) sensibel eingesetzt werden, da Klienten mit psychotischer Symptomatik sehr empfindlich auf Kritik reagieren, gleich ob diese negativ oder positiv ist. Anhand fehlender empathischer Fähigkeiten und die damit einhergehend mangelnde Kompetenz, sich in andere Menschen hineinzusetzen, macht das empathische Verhalten seitens des Therapeuten unverständlich und kann im Klienten Gefühle der Durchsichtigkeit und Schutzlosigkeit entstehen lassen.

Finke beschreibt unterschiedliche Interventionen des empathischen Verstehens mit Schizophrenen. Es handelt sich um einführendes Wiederholen, konkretisierendes Verstehen und selbstkonzeptbezogenes Verstehen. Die Fähigkeit, sich selbst kritisch gegenüberzutreten, seine Wahrnehmungswelt zu ordnen und in weiterer Folge autonom handeln zu können, wird ermöglicht. „Nicht die äußere Welt macht etwas mit mir, sondern ich selbst bin Ursprung und Zentrum meines Denkens, Fühlens und Wollens“ (Finke 1994, 147). Um diese Erkenntnis zu erlangen, bedarf es einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Klient und Therapeut (vgl. Finke 1994).

Die empathische Haltung des Therapeuten ist auch unverzichtbar, da sie eine Brücke zwischen Klient und Umwelt schlägt. Interaktion wird hergestellt und aufrechterhalten und wirkt währenddessen weder bedrohlich noch überwältigend auf den Klienten (vgl. Warner, [2011]).

5.3.2 Wertschätzung

Um einen positiven Verlauf der Therapie gewährleisten zu können, bedarf es einer vollkommen vorurteilsfreien Einstellung seitens des Therapeuten. Der Therapeut muss einen offenen Zugang zu seinen Gefühlen haben (vgl. Binder/ Binder 1991). Dem Klient wird verdeutlicht, dass der Therapeut ihn in seinem So - Sein wahr- und annimmt und ihm so den Weg aus der Isolation weisen soll. Dem Klient wird somit ein Beziehungsangebot untermauert, das Nähe offeriert. So sehr der schizophrene Klient sich nach Nähe und Beziehungen sehnt, so sehr fürchtet er diese auch. Ein zwiespältiges Gefühl, das die ersehnte Nähe als Ich - Auflösung des Selbst definiert, tritt auf (vgl. Finke 1994) und wird somit als gefährlich kategorisiert. Daraus resultierend bedarf das Nähe - Distanz Bedürfnis einer sehr sensiblen Annäherung. Dem Klienten wird Wertschätzung und Respekt für seine Bedürfnisse entgegengebracht. Aussagen, die ich - bezogen formuliert werden, aber trotz allem den Klienten tangieren, können ein Gefühl des Angenommen - Werdens vermitteln und gleichermaßen auf mögliche Kontaktbarrieren, die der Klient aufbaut, verweisen (vgl. Finke 2004). Die Wertschätzung der Person als Ganzes, mit all seinen negativen, wie positiven Eigenschaften und mit all seinem fehlerhaften Erleben, lässt den Klienten sich selbst annehmen, Selbstvertrauen fassen, einen Blick in sein Inneres wagen und somit selbstexplorative Gedanken anregen. Man kann demzufolge auf die Aktualisierungstendenz des Klienten vertrauen (vgl. Finke 2004) Schizophrene Klienten erfahren im alltäglichen Leben kaum Akzeptanz und stoßen auf Unverständnis, was ihr Vertrauen erschüttert. Aus diesem Aspekt heraus ist die akzeptierende Einstellung des Therapeuten dem Klient gegenüber so wichtig, dass dieser sich sicher und angenommen fühlen kann. Nur dann kann es zu einer Öffnung und Selbstexploration und somit zu einer Persönlichkeitsentwicklung kommen. Da eine psychische Erkrankung teilweise aus mangelnder Wertschätzung der Person und ihrer Gefühle gegenüber entsteht, bzw. diese eine verzerrte Wahrnehmung von Erfahrungen schafft (vgl. Stumm/ Keil 2002a), ist anzunehmen, dass die therapeutische Grundhaltung der positiven Beachtung einen konstruktiven Input auf den Klienten ausübt.

5.3.3 Kongruenz

Das Prinzip der Echtheit beinhaltet wahrhaftes Empfinden des Therapeuten. Seine Aussagen, Taten und Handlungen sollten in Übereinstimmung zu seinem inneren Gefühlszustand stehen. Unglücklicherweise haben viele Menschen Hemmungen, sich schizophrenen Menschen gegenüber zu öffnen und kongruent zu verhalten, sei es aus Unsicherheit oder Angst vor der Person. Denn je mehr Schizophrene sie selbst sind und sich nicht an gesellschaftliche Richtlinien anlehnen, desto mehr verschließen sich anderen Menschen. Das bedeutet, dass umso weniger konstruktives Verhalten seitens des Therapeuten aufkommt (vgl. Binder/ Binder 1991). Dieser Teufelskreis kann als Art Ablehnung verstanden werden, der zu einem verstärkten Verhalten der schizophrenen Aspekte führen kann. Die Angst, die der Therapeut verspürt, strahlt auf den Klienten über und wirkt sich somit negativ aus. „Relative Angstfreiheit in der Beziehung ist eine Vorbedingung für Echtheit“ (Binder/ Binder 1991, 101). Dieser Angst kann mittels Erfahrung und Wissen, sowie einem breiten Blickwinkel, bezüglich Normen des Verhaltens, die eingehalten werden müssen, was schizophrene Menschen dementsprechend nicht tun, gegen gewirkt werden. Alles, was anormal ist, macht Angst. Normal ist das, was wir kennen, d.h. um angstfrei in die Beziehung schreiten zu können, brauchen wir Wissen darüber (vgl. Binder/ Binder 1991). Das bedeutet weiters „Unerfahrenheit, Pessimismus und Pathogenität sind geeignet, Angst, Verschleierungstendenzen, Spannungszustände und mangelnden Kontakt zu den eigenen Gefühlen zu fördern und haben damit eine negative Auswirkung auf die Verwirklichung von Kongruenz“ (Binder/ Binder 1991, 102). Denn nur wenn wir den Ursprung der Angst erkennen und diese aufnehmen, kann sie angesprochen werden und somit kongruentes Verhalten fördern. Ängste des Klienten können auch minimiert werden, indem der Therapeut konfrontierende Hinweise in Ich - Botschaften verpackt. Somit wird dem Klienten nicht das Gefühl von Transparenz der eigenen Person suggeriert und der Therapeut wird nicht als allwissende Instanz betrachtet (vgl. Finke 1994). Die Transparenz des Therapeuten gibt dem Klienten Raum, um sich mit sich selbst und dem Gegenüber, also den Therapeuten,

auseinandersetzen und führt in weiterer Folge zu Identitätsfestigung (vgl. Finke 1994).

Die Durchführung der Echtheit ist zwar in der Theorie dieselbe, jedoch verhalten sich Therapeuten unterschiedlich. Sie sind aktiver, positiver und treiben Interaktionen an (vgl. Gendlin 1966). So formuliert Binder und Binder (vgl. 1991), dass die Haltung sehr wohl als aktiv bezeichnet werden kann, da Zuwendungsbedürfnisse, die vom Klienten gefordert werden, welche sich nicht negativ auf die Selbstständigkeit und das Selbstwertgefühl auswirken, durchgeführt werden, sofern sie sich mit der Person des Therapeuten in Einklang bringen lassen. Damit soll ausgedrückt werden, dass ein gewisser Grad an Zuwendung sehr hilfreich sein kann, um Klienten ein positives Gefühl zu vermitteln, ohne damit eine überfürsorgliche Haltung einzunehmen, die eventuell regressiv Auswirkungen annehmen kann. Wichtig ist, dass der Therapeut sich nicht verstellt und seine Handlungen wahrhaftig gerne ausübt. Die Echtheit, die der Therapeut ausstrahlt, bewirkt ein Wohlfühlen beim Klienten, was wiederum die Beziehungsgestaltung fördert. Im Sinne der Echtheit und des authentischen Verhaltens beziehen Binder und Binder (vgl. 1991) in therapeutischen Situationen ihr intuitives Gespür mit ein. Klient und Therapeut sind in diese Situation involviert und reagieren individuell darauf.

5.4 Gesamtplan

Die Modifikation der therapeutischen Haltung lässt sich mit dem Begriff „Gesamtplan“ (Speierer 1994, 192), der von etlichen Autoren gefordert wird, verdeutlichen. Selbstverständlich versinnbildlichen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz die Grundhaltung, die jedoch mittels pharmakologischer und sozialpsychiatrischer Hilfe Unterstützung findet (vgl. Teusch 1994). Auch verhaltenstherapeutische und pädagogisch - lenkende Ansätze können im therapeutischen Kontext mit Schizophrenen von Vorteil sein (vgl. Finke 1994), sowie die Berücksichtigung nonverbaler Therapieansätze, wie z.B. Gestaltungs- und Bewegungstherapien (vgl. Teusch/ Finke 2002). Eine Kombination diverser Ansätze, die sich außerhalb des klientenzentrierten Spektrums befinden, ist demzufolge wünschenswert (vgl. Teusch/ Finke 2002), denn „[e]s bedarf einer Kombination von Psychopharmakotherapie, sozialpsychiatrischen Maßnahmen und psychotherapeutischen oder psychoedukativen Ansätzen, um eine völlige oder weitgehende restitutio ad integrum zu erreichen“ (Teusch/ Finke 2002, 482f). Die bejahende Haltung des Therapeuten ist das Fundament der Therapie und zweifelsohne auch bei schizophrenen Klienten von enormem Wert. Dessen ungeachtet muss speziell bei jener Klientengruppe den individuellen Besonderheiten Aufmerksamkeit geschenkt werden (vgl. Finke 1994). Da Schizophrenie eine sehr individuelle Erkrankung ist, die Symptomatik und der Schweregrad unterschiedlich ausfällt und eine einheitliche Erfassung nicht möglich erscheint, ist auch der Behandlungszugang von Klient zu Klient verschieden. Wesentlich erscheint, dass ein auf die Bedürfnisse abgestimmter Behandlungsplan entworfen wird (vgl. Kissling/ Pitschel- Walz 2003).

Ein optimaler Gesamtplan inkludiert sowohl therapeutische und medikamentöse Maßnahmen, als auch ein Training der sozialen Kompetenzen (vgl. Puschner et al. 2006). Es sollen Ziele im Sinne sozialer Fertigkeiten gesetzt werden, die den Klienten aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen lassen und ihn mobilisieren ein unabhängiges Leben führen zu können (vgl. Cullberg 2008). Dieser hier beschriebene

Gesamtplan kann laut Zaumseil und Leferink (vgl. 1997) auch als Modernisierung der schizophrenen Erkrankung gedeutet werden. Unter Modernisierung verstehen die Autoren, eine „soziale und psychische Einbettung der Krankheit“ (Zaumseil/ Leferink 1997, 9). Es handelt sich um das Erleben der Symptome sowie um die Auseinandersetzung des alltäglichen Lebens, um die Biografie und um die Integration der Identität.

Eine psychotherapeutische Behandlung schizophrener Klienten ist längst nicht mehr auf eine Symptombehandlung und Persönlichkeitsentwicklung ausgerichtet, da Schizophrenie eine derart gravierende psychische Erkrankung ist und den betroffenen Menschen Kraft und Energie entzieht, dass es sich lohnt, ja sogar unentbehrlich ist, sich mit der alltäglichen Situation, der sozialen Kompetenzen und dem Training von Lebensgestaltung zu befassen und eine Erhöhung der Lebensqualität anzustreben.

Eine Kombination der Therapieformen wird als effektiv erachtet und weist positive Ergebnisse, die eine Wiederherstellung der Lebensfähigkeit deklariert auf (vgl. Finzen 2002).

5.4.1 Medikamentöse Behandlung schizophrener Menschen

Ein essentieller Bestandteil des therapeutischen Gesamtplans bildet die medikamentöse Behandlung. „Medikamente sind sinnvoll, um Leiden zu lindern, um zu schützen und zu stabilisieren und um möglichst ein Leben außerhalb der Klinik zu gewährleisten. Medikamente zu geben, anstatt sich mit Patienten zu beschäftigen und mit ihnen zu reden, ist eine gefährliche Haltung. Dient die Behandlung mit Medikamenten jedoch dazu, besser mit ihnen reden zu können, so ist sie hilfreich“ (Binder/ Binder 1991, 64). Eine medikamentöse Einstellung ist demzufolge wünschenswert und in gewissem Maße auch unabdingbar, sofern sie der besseren Verständlichkeit dient. Jedoch werden Medikamente zu oft missbraucht und es scheint, als ob der Mensch, der die Symptome durchlebt, vergessen wird. So schreibt Gendlin (1962b): „(...) society seems more to want to tranquilize its schizophrenics – and itself – so as to avoid, rather than restore, personal interaction and optimal physical interaction“. Folgt man diesem Gedanken, so ist eine pharmakologische Behandlung nicht nur schädlich, sondern auch menschenunwürdig. Das schizophrene Verhalten wird demzufolge als unzumutbar definiert und soll der Gesellschaft fern gehalten werden. Folgt man jedoch dem Gedanken, ihnen eine Stütze sein zu wollen und dem Leben Stabilität einzuräumen, so sind Medikamente von Nöten. Eine medikamentöse Behandlung bei Schizophrenen ist im Grunde unentbehrlich, denn es bedarf einem Mindestmaß an Vertrauen, um einen konstruktiven Therapieprozess in Gang zu setzen. Klienten, die ständig von Wahnvorstellungen getrieben sind, werden sich nicht auf den Therapieverlauf konzentrieren und einlassen können. Um also eine Beziehung mit dem Therapeuten eingehen und aufrechterhalten zu können, benötigt man ein Grundvertrauen, das mittels Medikamente unterstützt wird. Dem zu entnehmen rufen Medikamente keine vollkommene Heilung hervor, dennoch verhelfen sie zu einer Minimierung bzw. Abschwächung der Symptome (vgl. Kissling/ Pitschel- Walz 2003). Aufgrund der Medikamente fühlen sich schizophrene Menschen stabiler in ihrem Sein, nicht mehr allzu fragil, was wiederum bedeutet, dass sie belastbarer sind. Therapeuten müssen folglich keine übervorsichtige Haltung einnehmen, die ohnehin

kontraproduktiv auf das geringe Selbstwertgefühl des Klienten wirken würde (vgl. Binder/ Binder, 1991).

Obwohl die Medikamentenbehandlung in den Aufgabenbereich des Psychiaters fällt, sollte der Therapeut aufmerksam sein, um etwaige Veränderungen beim Klienten zu bemerken. Der Therapeut ist aufgefordert mitzudenken und Rücksprache mit dem jeweils behandelnden Psychiater zu halten, natürlich nur im Sinne des Klienten. Auch wenn Psychotherapeuten nicht befugt sind Medikamente zu verschreiben, erscheint es dennoch wichtig, mögliche Nebenwirkungen zu kennen, um Veränderungen oder Unregelmäßigkeiten im Verhalten zu deuten und diese nicht sofort auf einer psychischen Ebene zu interpretieren (vgl. Binder/ Binder 1991). Daraus ist nicht schlusszufolgern, dass die Wirkung der Medikamente therapeutisch betrachtet werden soll, jedoch sollen die Aspekte, die im Zusammenhang damit auftreten thematisiert werden. Viele Klienten haben Angst, durch Medikamente beeinflusst zu werden, sie haben Angst, nicht Herr ihrer Selbst zu sein und wie eine Marionette durch das Leben zu gehen. Diese Ängste, die als generelle Beeinflussungsängste verstanden werden, müssen im therapeutischen Kontext reflektiert werden (vgl. Binder/ Binder 1991). Die Angst vor Medikamenten ist nicht ganz ungerechtfertigt, da rasch nach der Einnahme der Medikamente Gefühle der Unlust und Beunruhigung sowie auch motorische Nebenwirkungen auftreten (vgl. Cullberg 2008).

Nicht alle Schizophrene scheuen sich vor Medikamenten. Viele wollen sich nicht mit ihrer Krankheit auseinandersetzen und haben Angst vor erneuten psychotischen Schüben, sodass sie bei jeglichen Missstimmungen und angespannten Gefühlen eine medikamentöse Behandlung fordern. Hierbei ist es wichtig, dass der Therapeut dem Klienten zu verstehen gibt, welche Gefühle normal und somit aushaltbar sind und welche krank und somit weiterer Hilfe bedürfen (vgl. Binder/ Binder 1991). Die Auseinandersetzung mit Medikamenten und die Zusammenarbeit von Klient und Psychiater gibt ihm das Gefühl wahrgenommen zu werden und zeigt dem Klienten, dass Veränderung und somit einhergehende Sicherheit stattfinden kann, womit das Gefühl der Ohnmacht schwindet (vgl. Binder/ Binder 1991).

Eine medikamentöse Behandlung bei schizophrenen Klienten darf jedoch nicht als grundlegend angesehen werden, denn primär ist eine Psychose

eine Persönlichkeitsstörung, die aus mangelnder Integrationsfähigkeit von Reizen entspringt (vgl. Cullberg 2008). Denn der fehlende Reizfilter führt zu einer Wahrnehmungsüberforderung, die erhebliche Angst auslöst und diverse Symptome hervorruft. So führt die Reizüberflutung in eine Isolation, die mit Negativ - Symptomen zu kämpfen hat. Die Annahme, dass Medikamente der Weg aus der Erkrankung sind, ist falsch und auch schädlich für den Betroffenen. Nichtsdestotrotz verpflichtet sich der Therapeut, Verantwortung zu übernehmen, welche auch den Bereich der Medikamenteneinnahme beinhaltet. Das bedeutet, dass jener die medikamentöse Behandlung vertreten soll, auch wenn diese vom Klienten selbst als Beeinflussung gedeutet wird (Teusch/ Lange 1982, 101).

5.4.2 Psychoedukation

Unter Psychoedukation versteht man psychotherapeutische Interventionen, die einem aufklärerischen Sinn nachgehen. Es kommt zur Wissenserarbeitung und Bildung mittels systematisch - didaktischer Handlungen. Psychoedukative Maßnahmen sollen Aufklärung im Bereich der Erkrankung und der Behandlung bieten. Diese Aufklärung findet mittels Erfahrungsaustausch von Betroffenen in Informationskreisen, sowie der Erarbeitung krankheitsspezifischer Aspekte statt. Das Ziel ist ein selbstverantwortlicher Umgang mit der Krankheit, der die Person stärken soll. So sollen dem Klienten Entscheidungsfreiheiten geboten werden. Anhand von Informationen kommt es zu emotionaler Entlastung, da die Krankheit besser verstanden werden kann. Klienten können sich besser annehmen, da sie ihr Verhalten verstehen. Das gilt auch für ihre Angehörigen. Prinzipiell kann gesagt werden, dass psychotisches Verhalten besser verstanden wird. Die didaktisch - psychotherapeutischen Inhalte sind vorgefestigt und sollen Sicherheit bieten. Aus diesem Grund sollte sowohl Psychoedukation bei Schizophrenen als auch Psychotherapie an sich gewissen Ritualen folgen. Denn Struktur bietet Sicherheit und Orientierungshilfe, die von schizophrenen Klienten gerne angenommen werden. Des Weiteren können mediale Unterstützungen als Hilfestellung

herangezogen werden, denn ein mehrdimensionaler Zugang ist selbstverständlich von Vorteil (vgl. Bäuml/ Pitschel- Walz 2008).

5.4.3 Gestalttherapie

Inkludierend im Gesamtplan ist auch die Gestalttherapie zu erwähnen. Sie bietet die Möglichkeit eines angstfreien und spielerischen Zugangs zu Themen und Inhalten, die das Erleben und Empfinden verdeutlichen und dem Klienten diese Themen und Inhalte spüren lassen. Die Kreativität findet Raum und pathologische Zustände treten in den Hintergrund. Nicht dem Symptom wird Aufmerksamkeit geschenkt, sondern dem kreativ entstanden Werken und den gesunden Anteilen des Menschen. Die Phantasien können wahrgenommen und somit reintegriert werden. Dem Klienten wird die Möglichkeit des angstfreien Zugangs zu Phantasien und Inhalten geboten und anhand der kreativen Medien gelingt der Übergang eines nonverbalen, zu einem verbalen Empfindungs- und Erlebnisstadium. Das bedeutet, dass das kreative Medium die Brücke von innen nach außen schlägt und somit die Welt des Klienten mit der Umwelt verbindet. Die entstandenen Bilder werden weder gedeutet noch interpretiert, sondern als das Ergebnis des Klienten betrachtet. Das bedeutet, dass die Realität des Klienten so angenommen wird, wie sie dem Klienten präsent ist und nicht versucht wird, die eigene aufzudrängen. Der Therapeut verfolgt das Ziel, eine Beziehung zu dem Klienten aufzubauen, was sich als problematisch darstellt, da Menschen aus dem schizophrenen Formkreis an Auflösung innerer Grenzen leiden und somit Defizite im Beziehungsaufbau zu sich selbst und zu anderen aufweisen. Es gilt, während der gesamten Therapie, den Klienten nicht zu überfordern und Schritt für Schritt voranzuschreiten (vgl. Ventouratou- Schmetterer 1996).

Die Gestalttherapie liefert wertvolle Beiträge im Zusammenhang mit Schizophrenen, da sie sehr im Hier und Jetzt verhaftet ist, kann aber nicht als alleinige Therapieform angewandt werden. Besonders Klienten vom schizophrenen Formkreis benötigen ein methodisches Vorgehen, welches sich in der Lage befindet, Bezüge zur Gegenwart, der Vergangenheit als

auch der Zukunft herzustellen (vgl. Besems/ van Vugt 1996). Denn der Mensch ist ein historisches Wesen, dessen Identität sich mittels der erlebten Erfahrungen, die sich in der Vergangenheit abgespielt haben, ausbildet. Die Vergangenheit übt sich auf die Gegenwart aus und formt auch die Zukunft.

5.5 Unmotivierte Klienten

Schon Rogers musste die mangelnde Motivation schizophrener Klienten feststellen und kam zu dem Schluss, dass dies ein gravierenderes Problem für die psychotherapeutische Situation als die Psychose selbst darstellt. Er fordert entsprechende Konzepte, Theorien und Techniken für Klienten, die keine Hilfe fordern und wollen (vgl. Rogers 2007). Das bedeutet, dass Rogers selbst differenzielle Herangehensweisen anstrebte. Gendlin beschäftigt sich mit dem Problem, wie man „unmotivierte Klienten“, die keinen Kontakt zum Therapeuten pflegen wollen, zu einer Therapie bewegen kann. Jene Klienten, worunter auch Schizophrene gezählt werden können, sind ängstlich, meiden Kontakte, bieten dem Therapeuten Widerstand, so dass sich eine Therapie als sehr zeit- und energieaufwendig gestaltet. Der Fokus liegt bei dem Nicht - Wollen des Klienten (vgl. Gendlin 1961). Man kann Klienten nicht zwingen, die therapeutischen Maßnahmen für sich zu nutzen und das Potenzial daraus zu schöpfen, daher ist es wichtig, keinerlei Druck auszuüben. Man kann schließlich niemanden zwingen in Beziehung zu treten. Zweifelsohne werden die Core - Conditions angewandt und etwaige Interpretationen, welche als individuelle und persönliche Äußerungen gedeutet werden könnten, angeboten. Da Gespräche zwischen Therapeut und Klient etwas sehr Intimes sind, muss dem Klienten Vertrauen vermittelt werden. Vertrauen über die Sicherheit der Intimität. Was in der Therapie geschieht, wird nur an Dritte weitergetragen, sofern der Klient das möchte.

Der Therapeut muss sich auf den Klienten einstellen und dessen Selbstvertrauen respektieren, um möglichen Überforderungen, die fatale Auswirkungen auf unmotivierte Klienten haben können, zu entgehen. Denn

eine emotionale Öffnung des Klienten wird in Situationen des unter Druck-Setzens nicht stattfinden (vgl. Gendlin 1961). Um eine Beziehung herzustellen, wird der Therapeut seine eigenen Gefühle und Gedanken offenbaren (vgl. Gendlin 1963) und die passive Intention des Klienten, sich dem Therapeuten anzuvertrauen, akzeptieren, jedoch mittels der aktiven Haltung seinerseits versuchen diese zu durchbrechen. Dem Klienten muss die Chance geboten werden, die Beziehungsangebote des Therapeuten nutzen zu können, wenn er sich bereit für jene fühlt. Kein ängstlicher Mensch würde offen auf andere Menschen zugehen, denn um sich anderen gegenüber zu öffnen, bedarf es einem Gefühl der Sicherheit. Weiters muss der Therapeut eine Regelmäßigkeit in den Therapiesitzungen anbieten. Er als Therapeut hat die Macht, dieses Angebot zu setzen, darf jedoch auch hier Klienten nicht unter Druck setzen, dies auch zu nutzen (vgl. Gendlin 1961).

Gleich ob ein Klient eine Therapie benötigt oder nicht, die Selbstbestimmung ist eine der Fähigkeiten, die keinem Menschen abgesprochen werden sollte. Jedem Klienten soll die Zeit, die er bedarf, gegeben werden (vgl. Gendlin 1961), denn nur wenn er sich selbst bereit fühlt, wird der Prozess konstruktive Wege einschlagen.

5.6 Störungsspezifische Ansätze

Die Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung folgt den Prinzipien der humanistischen Psychologie und vertritt die Meinung, dass jeder Mensch einzigartig und eine eigenständige, sowie auch wertvolle Persönlichkeit ist. Sie vertritt die Meinung, dass kein Mensch dem anderen gleicht, auch wenn das selbe Krankheitsbild besteht. Demzufolge wird die Persönlichkeit und auch die Andersartigkeit des Menschen respektiert (vgl. Pörtner 2001/ 2005), d.h. dass in therapeutischen Verfahren individuell und differenziell gearbeitet werden muss, um Menschen bestmögliche Unterstützung anbieten zu können. Der störungsspezifische Ansatz arbeitet in Anlehnung an das störungsspezifische Verhalten und Erleben des jeweiligen Klienten, welches sich auf seine Lebens- und Persönlichkeitsproblematik auswirkt. Das besondere Merkmal der Therapie weist die Klassifiziertheit, Strukturiertheit und Differenziertheit auf. Den Symptomen wird mittels systematischer Annäherung eine spezielle Aufmerksamkeit geschenkt. Das soll selbstverständlich nicht bedeuten, dass die Gesamtheit des Menschen nicht mehr erfasst wird, sondern dass lediglich ein Fokus auf Eigentümlichkeiten gesetzt wird, welcher als Teil der Persönlichkeitsproblematik gesehen werden kann (vgl. Finke/ Teusch 2002). Obwohl die Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung seit Beginn an einen differenziellen Ansatz vertritt, sprach sich Rogers gegen eine diagnostische Vorgehensweise aus. Jene ist jedoch notwendig, um schwer psychisch kranken Menschen helfen zu können. „Rogers vertrat aber wohl die Ansicht, daß sich dieses differenzierende, auf die Individualität des einzelnen Patienten eingehende Moment unmittelbar aus dem Hier und Jetzt der therapeutischen Situation, also unmittelbar aus dem intuitiven Erfassen dieser Situation durch den Therapeuten ergeben müsse“ (Finke 1996, 107). Die Ablehnung einer Diagnostik begründete er mit der Angst, die Individualität eines Menschen nicht mehr sehen zu können und infolgedessen ein statisches Therapieverfahren anzubieten.

5.6.1 Bedeutung von Diagnose

Um differenziell arbeiten zu können, bedarf es einschlägigen Fachwissens, welches im Therapieverlauf Anwendung findet, denn das Ziel differenzieller Krankheitslehre besteht im Aufdecken fremder und bisher unverständlicher Zugänge und Erlebnisse (vgl. Mitterhuber/ Wolschlager 2001). Diagnose wird im personenzentrierten Ansatz schon fast als Synonym von Schimpfwörtern benutzt. Es existiert die Angst, dass eine Diagnose den Menschen auf seine Defizite beschränkt und ein Kategoriendenken, das einen außerordentlich komplexen Zustand in ein paar Worten festhalten möchte und der Individualität keinen Platz mehr einräumt, einsetzt (vgl. Stumm/ Keil 2002a). Die Individualität eines Menschen spiegelt sich darin wider, dass ein jeder seine ganz persönliche Erfahrungswelt aufweist, die nur derjenige Mensch selbst erfahren und wissen kann (vgl. Biermann-Ratjen 2002). Mit diesem Hintergrund ist es nicht verdenklich, dass diagnostisches Wissen, zu Beginn nicht willkommen war. Jedoch weist Schmid (vgl. 2002) darauf hin, dass eine Diagnose auch im personenzentrierten Kontext hilfreich und wünschenswert sein kann, wenn diese sich auf den phänomenologischen Bereich bezieht und dadurch eine bessere Verständlichkeit und Anerkennung gewinnt. Gefährlich wird ein störungsspezifischer Ansatz dann, wenn jener in das Therapieschehen einfließt und der Therapeut keine personen- sondern vielmehr eine diagnosezentrierte Haltung einnimmt, denn mittels der Klassifizierung findet eine Einschränkung der Core - Conditions statt (vgl. Schmid 2002).

Teusch (vgl. 1994) hält fest, dass die Gesprächspsychotherapie bei Schizophrenen durchaus hilfreich und effektiv sein kann und zwar unter Berücksichtigung der Krankheitstheorie. Es sei in den letzten Jahren gelungen, eine Basis der therapeutischen Interventionen zu bilden, die zugleich individuelle und auch störungsspezifische Elemente berücksichtigen. „Im Personenzentrierten Verständnis ist die Diagnose ein kommunikativer Akt, der möglichst auf der Selbstexploration des Klienten basieren sollte (...)“ (Stumm/ Keil 2002a, 41). Das bedeutet, dass dem Klienten die Inhalte der Diagnose verständlich sein müssen und er diese bestenfalls selbst definiert. Um Struktur und Sicherheit ausstrahlen zu

können, muss der Therapeut ein spezifisches Wissen über die Krankheit besitzen. Das Verhalten schizophrener Klienten kann oftmals unkontrolliert und beängstigend, sowie auch unstrukturiert sein, was den Therapeuten verunsichern kann und von seiner eigentlichen Tätigkeit ablenkt (vgl. Binder/ Binder 1991). Um ein adäquates Beziehungsangebot leisten zu können, sollte, laut Speierer (vgl. 1994), genügend Information über die schizophrenen Verläufe des Klienten vorhanden sein. Das differenzielle Inkongruenzmodell bedient sich einer diagnostischen Herangehensweise, um psychischen Störungen bestmöglich entgegenzutreten. So bedarf es bei dispositionellen, lebensereignisbedingten und auch sozialkommunikativen Inkongruenzen Informationen, die eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Therapeut und Klient erlauben. Es kommt zu einer inkongruenzdiagnostischen Behandlung (vgl. Speierer 1994). Auch Gaebel (1994, 71) vertritt die Ansicht, dass eine störungsspezifische Anwendung personenzentrierter Handlungen Diagnostiken nicht außer Acht lassen kann und eine individuelle Rücksichtnahme bedarf. Um also einen Erfolg erzielen zu können, ist es durchaus ratsam bzw. unabdingbar, ein kompetentes und breites Fachwissen der Erkrankung zu besitzen. Die oftmals verbreitete Diagnosefeindlichkeit, ist hier weder hilfreich noch angebracht, da es dem Therapeuten zu viel Kraft kosten würde, die Diagnose, die ohnehin offensichtlich ist, auszublenden (vgl. Binder/ Binder 1991). Bellak (vgl. 1975) versteht darunter eine Hypothese, die sich mit Ursache, Krankheitsverlauf und therapeutischer Methoden befasst und den Weg hin zu einem optimalen Therapieprozess weisen soll. Folgt man dieser Annahme, so separiert man die Therapie als Prozess von dem Klienten als Person. Eine Integration der Individualität des Klienten in die diagnostische Sichtweise ist nicht außer Acht zu lassen. Eine Diagnose ist kein starres Konstrukt, das sich nicht verändern lässt. Vielmehr ist es ein „vorläufiger Sammelbegriff für das, was wir zu einem gegebenen Zeitpunkt relativ übereinstimmend wahrnehmen und beschreiben und auch ansatzweise erklären können“ (Binder/ Binder 1991, 35). Der Therapeut, der eine Diagnose als starr festlegt, sieht darin Endgültigkeit und Unheilbarkeit, was ein Misslingen einer Therapie in sich birgt. Diagnosen sind schädlich, wenn sie Therapeuten eingrenzen und ihn schemenartig denken lassen, jedoch

bereichernd, wenn sie Therapeuten mehr Sicherheit verschaffen (vgl. Rogers in van Blarikom). Berghofer (vgl. in van Blarikom) formuliert es sogar als eine Annäherung an die Person, währenddessen Shlien die Meinung vertritt, dass Diagnosen „not good, not even neutral, but bad“ (Shlien in van Blarikom) sind. Eine wesentliche Aufgabe des Therapeuten ist es doch, zuzuhören und das aufzunehmen, was der Klient von sich gibt, gleich ob dieses krankheitsspezifisch gedeutet werden kann oder nicht. Befindet man sich mit einem schizophrenen Menschen in Beziehung, so merkt man, dass sein Verhalten anders ist. Die Diagnose kann dementsprechend nicht ausgeblendet werden.

5.6.2 Gefahren

Gefahren, die bei störungsspezifischen Ansätzen auftreten können, sind die eben genannte schematische Haltung des Therapeuten, der in vorgeformte Verhaltensmuster verfallen kann, ohne die Einzigartigkeit des Klienten zu entdecken. Der Therapeut verliert seine Flexibilität und sieht die vorgeschlagenen Leitlinien als Behandlungsanleitung an (vgl. Finke 1996). Vorgefertigte bzw. präskriptive Verhaltensmuster laufen stets der Gefahr aus Erlebnisse nicht zu berücksichtigen und zu entfalten (vgl. Finke/ Teusch 2002). Dem Klienten wird die Fähigkeit abgeschlagen auch anders zu sein und engt ihn in seinem „So - Sein“ ein (vgl. Finke 2004). Diese Gefahr bringt uns zur nächsten Gefahr, der zu elementaristischen Haltung. Aufgrund des diagnostischen Wissens ist es dem Therapeuten nicht möglich, die Gesamtheit des Menschen zu sehen und die Symptomatik außer Acht zu lassen. Probleme und Fragen, die sich im Klienten auftun, können vom Therapeuten nicht beantwortet werden, da jener einem starren Muster folgt und somit der Klient mit Hindernissen alleine gelassen wird. Auch ein zu instrumentalisierter Zugang des Therapeuten kann hinderlich sein. Die Core - Conditions sollten ein Beziehungsangebot innehaben. Wird dies jedoch instrumentalisiert, so werden therapeutische Beziehungen ausgeschlossen (vgl. Finke 1996). Jene Problematiken und die erhöhte Direktivität durch strukturiertes und detailliertes Vorgehen des störungsspezifischen Konzepts

stellen für die humanistische Psychotherapie gravierende Probleme dar (vgl. Finke/ Teusch 2002).

5.6.3 Möglichkeiten

Die störungsspezifische Herangehensweise erleichtert Therapeuten, Klienten besser zu verstehen, zu achten und adäquat zu handeln (vgl. Binder/ Binder 1991), da Verhaltensweisen kategorisiert werden können. Pathologisches Verhalten wird erklärbar und damit können verbundene Problematiken wahrgenommen und behandelt werden. Dies bietet selbstverständlich Sicherheit, was vor allem unerfahrenen Therapeuten zu Gute kommt, denn Phänomene können begrifflich festgemacht und in weiterer Folge bewertet werden (vgl. Finke/ Teusch 2002).

Wichtig ist, dass, gleich ob Diagnostik als Bereicherung oder Gefahr gesehen wird, der Therapeut einen hermeneutischen Zugang legt, da das Vorwissen immer in Beziehung zur Wirklichkeit des Klienten zu setzen ist (vgl. Finke 2004). Das bedeutet, dass der Klient nicht nur im Hier und Jetzt betrachtet werden muss, sondern vielmehr als Wesen mit einflussnehmenden historischen Bezug. Denn sein gesamter vergangener Bezugsrahmen, alles was ihm je widerfahren ist, spielt auf das Hier und Jetzt mit.

5.7 Störungsspezifische Defizite

Störungsspezifische Defizite sind vor allem in der Therapie mit Schizophrenen nicht außer Acht zu lassen. Wie bereits erwähnt haben sie Einfluss auf das Verhalten des Therapeuten, auf die jeweilig angesprochenen Themen und selbstverständlich auf die Beziehungsgestaltung selbst (vgl. Binder/ Binder 1991). „Wir haben es sowohl mit Erlebnis- und Verhaltensweisen und Gefühlen zu tun, die als Reaktion auf tiefer liegende Defizite bzw. als Reaktion auf die Krankheit zu verstehen sind, als auch mit tiefer greifenden Störungen in der Entwicklung von Identität und der Fähigkeit, Beziehungen einzugehen und zu leben“ (Binder/ Binder 1991, 78). Die störungsspezifischen Defizite bei Schizophrenen beziehen sich auf Problematiken, die mit Nähe und Distanz, Unter- bzw. Überlegenheit oder anderen ambivalenten Themen zusammenhängen. Genannte Defizite können aus Mangel an Anpassungsfähigkeit oder Lernmöglichkeit entstehen, die das Erlernen von adäquaten Reaktionsverhalten erschweren. In diesem Fall werden Übungen, Erklärungen und Informationen als sehr hilfreich erachtet, wenn sie im Zuge einer vertrauensvollen Beziehung stattfinden. Diese therapeutische Herangehensweise fällt unter den Bereich der Psychoedukation.

In therapeutischen Situationen werden störungsspezifische Defizite bei Schizophrenen als Erfahrungslücken, Probleme bei Konfliktbewältigung, sowie als eine Problematik der Integration widersprüchlichen Verhaltens u.v.m. gedeutet (vgl. Binder/ Binder 1991). Der bei schizophrenen Menschen oft bestehende Totalitätscharakter schließt die Gefühls- sowie die Erlebniswelt mit ein, der nur ein Entweder - Oder zulässt. Entweder die Erlebnisse erfüllen die gesamte Person oder extreme Mängelerscheinungen werden wahrgenommen (vgl. Binder/ Binder 1991). Die störungsspezifische Auseinandersetzung muss vor allem auf die nicht vorhandene Strukturierung achtgeben, da Schizophrene Stabilität und Sicherheit brauchen, um ihren ambivalenten Sichten standzuhalten.

In weiterer Folge werden nun einige gängige Problematiken näher erläutert.

5.7.1 Nähe - Distanz - Problematik

Wie schon erwähnt leiden Menschen mit Schizophrenie oft an Nähe - Distanz - Problemen, die ihre gesamte Interaktion mit ihren Mitmenschen beeinflussen. Sei es nun verbal oder nonverbal, die Klienten schwanken zwischen einem Gefühl der Nähe und Distanz, was mittels Aussagen, Handlungen oder Gestik deutlich gemacht wird. Um dem Klienten dieses Phänomen besser verständlich zu machen, kann sich ein wissenschaftlich gelegter Zugang als hilfreich beweisen. Denn mittels der Erläuterungen und des informativen Zugangs wird der Einsamkeitscharakter widerlegt und ein Gefühl der Gruppenzugehörigkeit kann entstehen. Ich bin nicht alleine. Zu erwähnen gilt auch, dass man das Phänomen zwar kennt, jedoch nicht zu hundert Prozent erklären und demzufolge lösen kann. Dieser Wissensstand nimmt dem Klienten die Angst und die Unheimlichkeit dessen. Weiters wird der Klient auf einer erwachsenen Ebene wahrgenommen und eine intellektuelle und distanzierte Auseinandersetzung bezüglich der Problematik findet statt.

Die vergangenen Beziehungserfahrungen sind meist von symbiotischen Bindungen gekennzeichnet, welche eine Abhängigkeit innehaben, die vor allem Individualität untersagt. Diese symbiotische Bindung strahlt Sicherheit aus und ist demzufolge auch in therapeutischen Situationen nachzugehen. Zweifelsohne ist hiermit nur eine anfängliche Anlehnung daran gemeint, die dem Klienten Sicherheit vermittelt, da Veränderung als bedrohlich gedeutet werden. Zeitgleich ist Abgrenzung, die Wahrung der Intimität als auch ein distanzierter Zugang beizubehalten (vgl. Binder 1996b).

In der Therapie ist die Entscheidungsfreiheit des Klienten, inwiefern er sich dem Geschehen nähert bzw. davon distanziert, maßgebend für die Kontrolle, die eine sichere Umgebung schafft. Diese Kontrolle muss vom Therapeuten behutsam und geduldig beachtet und behandelt werden.

Wie bereits erwähnt hat das Nähe - Distanz - Problem mit Sicherheit und Kontrolle zu tun und wie auch jede andere Angst schwindet diese, sofern sie kontrollierbar ist. Für den Therapeuten bedeutet das, dass eine

ausgewogene Waage geschaffen werden muss. Nähert sich der Klient verbal zu sehr an, muss auf nonverbaler Ebene Distanz geschaffen werden und umgekehrt, um einer emotionalen Abhängigkeit und somit einhergehend, Kontrollverlust der eigenen Entscheidungsfreiheit, zu entgehen. Ein intuitives Gespür für ein Maß an Nähe und Distanz ist für eine konstruktive Beziehungsgestaltung wesentlich (vgl. Binder/ Binder 1991). Schizophrene Klienten fühlen sich oft einsam und leiden an quälenden Selbstzweifeln, wer sie denn seien. Um ihnen hierbei behilflich zu sein, muss versucht werden, die Einsamkeit, die sie verspüren, als überwindbar zu betrachten und ihr Nähe - Distanz - Problem nicht mit Beziehungskonsequenzen zu beantworten. Der Totalitätscharakter soll im therapeutischen Rahmen aufgehoben werden, weshalb eine Flexibilität der Nähe und Distanz initiiert werden soll, indem der Klient als eigenständige Person angesprochen wird (vgl. Binder / Binder 1991).

5.7.2 Ich - Abgrenzungsproblematik

Die Problematik der Ich - Abgrenzung besteht bei schizophrenen Klienten nicht nur bei äußeren Eindrücken, sondern auch bei inneren Erfahrungen (vgl. Binder/ Binder 1991). Die Grenze zwischen Ich und Du und zwischen Ich und Umwelt schwimmt bzw. hebt sich ganz auf und verfügt dementsprechend über keinerlei Schutzmechanismus. Gefühle und Gedanken sind nicht nur der eigenen Person zugänglich, sondern finden den Weg zur Außenwelt, was bedeutet, dass sich die Person in einem Status des Ausgeliefertseins befindet. Aus Angst getriebene Reaktionen, wie z.B. sich abzuschotten oder schutzartige Barrieren aufzubauen, können daraus resultieren. Die Vorstellung, jeder weiß, was ich fühle und denke, ist so erdrückend, dass eine Verrückung nicht abwegig erscheint (vgl. Mitterhuber/ Wolschlager 2001).

5.7.3 Problem der Ohnmacht

Dieses Problem tritt nicht nur bei Therapie mit Schizophrenen auf, sondern gilt als generelles Problem. Sich in Therapie zu begeben bedeutet Hilfe zu brauchen und sich somit in die Position des Schwächeren zu drängen (vgl. Binder/ Binder 1991). Doch es gilt, speziell der äußerst ambivalenten Empfindungen schizophrener Klienten Aufmerksamkeit zu schenken, da sie neben Gefühlen der Machtlosigkeit extreme Allmachtsphantasien, die bis hin zu Identifikation mit z.B. berühmten Persönlichkeiten führen können, in sich haben (vgl. Buchmüller 1993). Diese Identifikation geht dementsprechend mit einem Realitätsverlust, der Betroffene noch weiter in eine soziale Isolation treibt, einher. Selbstverständlich wirkt sich solch ein Empfinden auf Beziehungen aus und betrifft folglich auch die therapeutische Situation. Anhand fehlerhafter Selbst- und Fremdwahrnehmung finden sich Menschen, die an Schizophrenie leiden, oft in Situationen der Abhängigkeit wieder. Stärke und Schwäche dominieren Beziehungen und werden demzufolge versucht ausfindig zu machen. Das bedeutet, dass die Stärke des Gegenübers ausgetestet wird (vgl. Binder 1996b).

Schafft es der Therapeut eine Gleichrangigkeit herzustellen, so löst sich die Problematik der Macht - Ohnmacht in der Beziehung, welche sie angstfreier, offener, entspannter und freundlicher werden lässt. Dadurch können sowohl Klient als auch der Therapeut diese Erfahrung positiv für sich nutzen. Schizophrene Klienten reagieren extrem sensibel auf Nichtgleichrangigkeit, da sie jene oftmals erfahren, vermuten, schwer ertragen und leider auch durch ihr Verhalten, das für die Außenwelt häufig schwer verständlich ist provozieren (vgl. Binder/ Binder 1991).

Das positiv vermittelte Gefühl der Gleichstellung innerhalb der Beziehung kann Eigenschaften wie Bösartigkeit, Feindseligkeit oder Arroganz, Geringschätzung anderer und den vehementen Durchsetzungswillen der eigenen Interessen des Klienten, die stets im Zusammenhang der Gleichrangigkeit stehen, verschwinden lassen (vgl. Binder/ Binder 1991). Ist die Gleichberechtigung in der Beziehung gegeben, so verringern sich die schädlichen Verhaltensweisen des Klienten und eine konstruktive Beziehungsbildung, die für die Selbstexploration des Klienten unabdingbar

ist, kann stattfinden. Die Gleichrangigkeit innerhalb der therapeutischen Beziehung ist jedoch nur bedingt möglich, da, wie bereits erwähnt, zwei Experten aufeinandertreffen. Es handelt sich um den Klienten, als Experte seiner eigenen Person und um den Therapeuten, als Experte der konstruktiven Entwicklungsfähigkeit innerhalb des therapeutischen Rahmens (vgl. Binder/ Binder 1991). Das bedeutet, dass eine Gleichrangigkeit anzustreben ist, diese jedoch nie vollkommen erreicht werden kann.

5.7.4 Sensibilität der Affekte

Schizophrene Personen weisen eine enorm hohe Sensibilität im Bezug auf unbewusste Inhalte andere auf. Ihnen wohnt ein besonderes Geschick inne, unbewusste Erwartungen und Bedürfnisse wahrzunehmen (vgl. Binder/ Binder 1991). Die hohe Affektivität und die sensible Ausrichtung auf die eigene Person ist im Therapeutischen großer Bedeutung zuzuschreiben. Der Therapeut sollte Gefühle offen ansprechen und nicht versuchen den Klienten zu schonen, da besonders Schizophrene ein sehr ausgeprägtes Gespür für versteckte bzw. unterdrückte Emotionen haben. Das Ziel dieser Offenheit ist, eine Realität zu schaffen, die dem Klienten zeigt, dass der Therapeut sich abgrenzen kann. Viele schizophrene Klienten haben Angst davor beeinflusst und gelenkt zu werden oder auch begrenzt in ihrem Handeln zu sein. Es ist wichtig, dass der Therapeut Distanz einnimmt, wenn es dem Klienten zu viel wird. Des Weiteren ist die Offenheit gut, um möglichen Fehlinterpretationen seitens des Klienten keinen Raum zu geben, um die Beziehung zu festigen und dem Klienten Sicherheit zu vermitteln (vgl. Binder/ Binder 1991). Die oftmals fehlende Einsicht seitens der Klienten entspringt dem Misstrauen gegenüber Beziehungen und Menschen. Sie fürchten sich davor Hilfe anzunehmen und somit als Marionette anderer zu dienen. Infolgedessen ist der psychotische Mensch nicht gewillt, sich auf die Welt einzulassen und diese zu erleben (vgl. Cullberg 2008). Diese durchaus beängstigende Einstellung Schizophrener muss Beachtung geschenkt werden und verweist auf die wesentliche Rolle

des Vertrauens im therapeutischen Kontext. Denn je mehr Vertrauen der schizophrene Klient aufbringt, desto weniger psychotische Erlebnisse treten auf (vgl. Cullberg 2008).

In dieser Arbeit wurde bereits darauf hingewiesen, dass Schizophrene Probleme haben, soziale Regeln einzuhalten und Signale adäquat zu deuten, weshalb es von größter Notwendigkeit erscheint Grenzen klar abzustecken und diese dem Klienten auch deutlich mitzuteilen, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass jener diese nonverbal versteht. Schizophrene mögen zwar äußerst ungeschickt im Erkennen von Grenzen sein, jedoch haben sie ein sehr feines Gespür für negative Affekte, die ausgestrahlt werden. Daraus kann schlussgefolgert werden, dass im Fall von negativen Affekten, die durch die Nicht - Einhaltung der Grenzen entstehen können, ein Leidensdruck beim Klienten auftreten kann, da dieser das Verhalten und die Gefühle des Therapeuten nicht versteht, jedoch wahrnimmt (vgl. Binder/ Binder 1991).

5.7.5 Beziehungsprobleme während des therapeutischen Kontakts

Die bei Menschen mit Schizophrenie fehlende Kompetenz, Brücken zu schlagen, stellt ein gravierendes Problem für psychotherapeutische Beziehungen dar. Schon Rogers beschrieb die Wichtigkeit dessen in den Bedingungen der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung. Aus diesem Grund sei nun ein wenig mehr über die Problematik dargestellt.

Bevor schizophrene Klienten Vertrauen fassen können, testen sie ihre Therapeuten auf unterschiedlichsten Wegen. Sie sind oftmals verängstigt, dass ihre Erfahrungen den Therapeuten einschüchtern oder verletzen können und vor allem, dass sie ihm Macht über sich selbst erteilen und somit leichter kontrollierbar sind (vgl. Warner [2011]).

Damit sich schizophrene Klienten öffnen und mit dem Therapeuten in Kontakt treten können, muss eine angenehme Atmosphäre herrschen, die ihnen erlaubt, sich und ihre Prozesse wahrzunehmen und ihnen die Sicherheit gibt, akzeptiert zu werden, sowie auch respektiert in ihrem

„Bedürfnis nach Abgrenzung“ (Baier/ Teusch, 1997, 107). Auch Binder und Binder (vgl. 1991) vertreten die Meinung, dass sich eine natürliche und offene Stimmung fortschrittlich auf die Selbstöffnung des Klienten auswirkt und infolgedessen einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehungsgestaltung hat. Um dieses Ziel zu erreichen und weil sie viel Zeit in ihrem Arbeitszimmer verbringen, ist es innenarchitektonisch persönlich ausgestattet. Dies weist den Klienten auf eine Bereitschaft der Öffnung seitens des Therapeuten hin (Binder/ Binder 1991, 67). Die Angst, verletzt zu werden, verringert sich selbstverständlich, wenn das Gegenüber sich auch verletzbar macht. Das heißt allerdings nicht, dass der Therapeut nicht auf seine Bedürfnisse achten muss, denn ein überforderter Therapeut, der dies seinem Klienten verübelt, stellt keine Hilfe dar (vgl. Warner [2011]). Die Notwendigkeit einer wohlwollenden und authentischen Atmosphäre ist gegeben, um anhand von Spontaneität und Kongruenz selbstexplorative und unmittelbar erlebte Inhalte in Gang zu setzen und wahrzunehmen (vgl. Binder/ Binder 1991). Aufgrund der störungsspezifischen Aspekte wirkt das Stärke - Dominanz Problem auf die Beziehungsgestaltung und verursacht Erschwernisse, die Klienten Unmut und Unsicherheit verspüren lassen.

Die Art und Weise, wie der Therapeut sich dem Klienten gegenüber verhält und preisgibt, ist sehr wichtig und sollte mit Vorsicht gestaltet werden, vor allem wenn man bedenkt, dass schizophrene Klienten eine extreme soziale Angst aufweisen und diese Angst sie sehr hellhörig und misstrauisch stimmt. Die Beziehungsqualitäten werden sensibel aufgenommen und „die erhöhte Wahrnehmung von Bedrohlichem steigert wiederum die Angst“ (Binder/ Binder 1991, 84). Es ist ein Teufelskreis, der durchbrochen werden muss, denn die durch soziale Angst gesteigerte Bedrohlichkeit hindert den Klienten sich offen und entspannt auf die therapeutische Situation einzulassen. Die Haltung, die der Klient hier einnimmt, ist von Abwehr und Protektion gekennzeichnet. Der Therapeut wird nicht als Person, die helfen möchte, sondern vielmehr als Feind betrachtet. Das bedeutet, dass der Therapeut sehr behutsam beziehungsklärende Interventionen setzen muss, die für den Klienten leicht verständlich sind. Ich - Botschaften sind in diesem Kontext sehr hilfreich und unmissverständlich (vgl. Baier/ Teusch 1997).

„Gehen wir davon aus, daß Therapeuten es mit ihren Patienten gut meinen, hilfreich und fördernd sein wollen und keine Interesse daran haben, ihre Patienten zu verletzen, zu demütigen oder zu verwirren, so ist anzunehmen, daß sie sich bemühen, Verhaltensweisen zu zeigen, die sie selbst nicht als verletzend oder verwirrend oder entwürdigend empfinden. Es ist also anzunehmen, daß Therapeuten gemäß ihren eigenen Empfindlichkeiten und zwischenmenschlichen Bedürfnissen sensibel für ihre Patienten sind“ (Binder/ Binder 1991, 86). Das therapeutische Verhalten, das hier beschrieben wird, basiert auf den Grundgedanken von Respekt und Gleichheit aller Menschen. Behandle Menschen so, wie du selbst behandelt werden möchtest. Dieser Ansatz ist gewiss nicht die Lösung aller Probleme und nimmt sich dieser nicht zur Gänze an, doch solange der Therapeut authentisch und echt ist, fügt er dem Klienten keinen Schaden zu und der Therapieverlauf wird nicht gestört (vgl. Binder/ Binder 1991).

5.7.5.1 Beziehungsgestaltung mittels Augenkontakt

Die Augen sind das „Fenster zur Seele“ und bilden somit das Fenster zum Inneren des Menschen. Sie versinnbildlichen Bewusstsein, Erkenntnis, Intelligenz und Aufgeschlossenheit. Primär nutzen wir die Augen als Sehorgan, jedoch schaffen sie auch zwischenmenschliche Kontakte und vereinen den Menschen und seine Umwelt (vgl. Hammer 2002). „Der Augenkontakt gehört zu den stärksten und intensivsten Begegnungen zweier Menschen“ (Hammer 2002, 14) und dient als Selbstaussdruck. Um einem anderen Menschen tief in die Augen schauen zu können, bedarf es einer gefestigten Persönlichkeit und der Fähigkeit, sich selbst durchzusetzen. Wie schon erwähnt, haben schizophrene Klienten oftmals ein gebrochenes Selbstkonzept und sind sich ihrer Identität unsicher, weshalb es nicht verwundert, dass Augenkontakt nur sporadisch vorkommt und oft vermieden wird. Blickkontakt herzustellen und aufrechtzuerhalten, bzw. diesen zu erlernen, fällt ihnen unendlich schwer (vgl. Binder/ Binder 1991). Durch das Vermeiden des Blickkontaktes wird eine weitere Distanz

zwischen Umwelt und Mensch geschaffen, die sich auf sein gesamtes Leben und seine Handlungsweise ausübt.

Um Klienten jedoch hilfreich beizustehen und diese zu unterstützen, weist Binder und Binder (vgl. 1991) auf einen wohlwollenden, freundlichen und interessierten Blick seitens des Therapeuten hin. Sowohl Klient als auch Therapeut fühlen sich wohler und können diese Erfahrung positiv für sich nutzen. Dem Klienten wird vermittelt, dass, wenn er bereit ist, der Therapeut für Blickkontakt zur Verfügung steht. Es wird auf nonverbaler Ebene eine absichtslose, positive und unaufdringliche Nähe präsentiert (vgl. Binder/ Binder 1991).

Dieser wohlwollende Blickkontakt wird jedoch nicht nur gemacht, um Kontakt herzustellen, sondern auch um Klienten Verständnis und Akzeptanz mitzuteilen. So werden Klienten mit diesem freundlich - interessierten Blick betrachtet, wenn jene sich beispielsweise inadäquat (starke Schaukelbewegungen, extremes In - sich - Kehren, sich kratzen etc.) verhalten. Diese Interaktion hat zum Ziel, dass ein Miteinander entsteht, welches das unbedingte Interesse der Person, ohne diese beeinflussen oder manipulieren zu möchten, in den Mittelpunkt rückt (vgl. Binder/ Binder 1991). Durch die ständig zur Verfügung stehenden Möglichkeit und vor allem der Freiwilligkeit stellt sich ein vermehrter Blickkontakt in Therapiesitzungen ein. Selbstverständlich sind sie zu Anfang vorsichtig, doch steigt das Gefühl der Sicherheit erst mal, wird auch der Blickkontakt häufiger (vgl. Binder/ Binder 1991). Das bedeutet, dass die Sicherheit, so angenommen zu werden und so sein zu dürfen, wie man ist, dem Klienten den Rückhalt gibt, um einer anderen Person in die Augen schauen zu können und somit Kontakt mit der Umwelt aufnehmen kann.

5.7.6 Kommunikationsschwierigkeiten während des therapeutischen Kontakts

Wie der Name Gesprächspsychotherapie schon sagt, wird mittels Gesprächen Psychotherapie betrieben. Jedoch ist bei Klienten mit Schizophrenie eine Störung der Kommunikation zu berücksichtigen, die ihnen oft nicht erlaubt, sich selbst auszudrücken und Selbstexploration nur im geringen Maße, wenn überhaupt, herstellen zu können. Selbstverständlich lassen sich auch im Bereich der Kommunikationsschwierigkeiten keine Normen aufstellen, sondern die Individualität selbst ist wieder einmal zu erwähnen. Ob und wie gut ein Klient mit seinem Therapeuten in Beziehung treten kann, hängt zum einen vom Charakter des Klienten und zum anderen von dem des Therapeuten ab. Denn lassen sich Ähnlichkeiten zwischen Klient und Therapeut erkennen, so findet eine verstärkte Interaktion statt, die Auswirkungen auf die Ausübung der Core - Conditions hat und sich folglich auf die Beziehung reflektiert (vgl. Rogers 1967b). Klienten benötigen vor allem am Anfange der Beziehungsgestaltung viel Sicherheit. Sicherheit darüber, dass sie wahrgenommen werden, als das, was sie sind, nämlich Menschen mit bestimmten Bedürfnissen und nicht als Schizophrene mit Symptomen. Sicherheit darüber, dass der Therapeut sie versteht und annimmt. Diese Sicherheit wird oftmals in Übereinstimmungen von Ansichten und Interessen gesucht, weshalb Smalltalk, der oftmals bedeutungslos erscheint, eine sehr wichtige Rolle in der Therapie mit Schizophrenen spielt. Diese „belanglosen Konversationen“ können unterschiedlichen Hintergründen entspringen. So ist zum einen der Wunsch nach Normalität zu nennen, der eine stressfreie Konversation miteinschließt, die gleichzeitig das Gefühl von Akzeptanz vermittelt. Zum anderen wird der Therapeut einer Prüfung unterzogen, ob er denn wahrhaftes Interesse an der Person und reichlich Stabilität für eine mögliche Beziehung aufbringt. Auch der Wunsch nach einer distanzierten Auseinandersetzung mit gewissen Inhalten, die emotional zu belastend sind, um sie in tiefgreifende Gespräche mit einfließen zu lassen, führt zu Smalltalk (vgl. Binder/ Binder 1991). Diese sprachlichen Barrieren sind tiefgreifende Hürden für den therapeutischen

Prozess, der Gefahr ausläuft, ein nonverbales oder gar vorsprachliches Gebiet zu erreichen, welches vielen Therapeuten unbekannt ist. Es gilt, gleich ob verbal oder nonverbal, die Sprache zu übersetzen und in weiterer Folge die Sprache des Gegenübers zu finden und in jene einzutauchen (vgl. Pörtner 2002). Die Unverständlichkeit der Kommunikation muss gelöst und übersetzt werden. Der Therapeut nimmt dementsprechend eine dolmetschende Position ein, um sich und den Klienten selbst Verständnis zu verschaffen und die oft obsoletere Sprache zu modernisieren (vgl. Marx 1993). Wenn Menschen miteinander kommunizieren, geschieht dies auf mehreren Ebenen. Sie nehmen eine Rolle des Senders, aber auch des Empfängers ein und nehmen Signale vor allem auditiv und visuell auf. Zweifelsohne werden diese Signale oftmals missverstanden oder fehlinterpretiert, sei es aus kulturspezifischen oder krankheitsbedingten Gründen. Ausschlaggebend hierfür ist das minimale Symbolverständnis schizophrener Menschen, denn sie tendieren dazu Aussagen wörtlich und nicht im übertragenen Sinne zu verstehen (vgl. Marx 1993). Auch die bereits genannte Inkompetenz, emotionale Gesichtsausdrücke zu verstehen und richtig einzuschätzen, erschwert die therapeutische Arbeit, da mimische Ausdrücke nicht adäquat gedeutet werden können und das vom Therapeuten verfolgte Ziel, nämlich seine Gefühle gegenüber dem Klienten und dessen Situation, auszudrücken, missglückt. Der Therapeut tappt demnach im luftleeren Raum und versucht eine Beziehung zum Klienten aufzubauen (vgl. Gaebel 1994).

Weiters ist noch hinzuzufügen, dass schizophrene Klienten nicht nur in der Deutung, sondern gleichermaßen auch Probleme in der Darstellung von Gesichtsausdrücken vorweisen und somit dem Therapeuten keine offensichtlich und eindeutig emotionale Gestimmtheit präsentieren können, da sie selbst kaum in der Lage sind, ihre Gefühle wahrzunehmen. Der Therapeut muss sich mit mehreren kommunikativen Problematiken auseinandersetzen und befindet sich zeitweilen im Ungewissen, da er die emotionale Situation des Klienten auf Grund der desintegrierten Verhaltensformen nicht einschätzen kann (vgl. Gaebel, 1994). Die fehlende Wahrnehmungsfähigkeit von Gesichtsausdrücken spiegelt sich in der sozialen Kompetenz wider und ihr sollte im Therapieverfahren besondere

Bedeutung zukommen (vgl. Klingberg/ Buchkremer 2009). Diese gestikulative Untermauerung ist nennenswert, da Kommunikation auf mehreren Ebenen stattfindet und sowohl verbale als auch nonverbale Äußerungen miteinschließen.

Gendlin (vgl. 1967) hat im Rahmen der Wisconsin Studie die Arbeit mit schizophrenen Klienten zur Gänze kennengelernt und hat ein immer wieder auftretendes Phänomen der Sprechfrequenz ausfindig gemacht. So beschreibt er drei Arten von Verhalten, die auch bei Schizophrenen im therapeutischen Setting zum Vorschein kommen können. Diese Arten sollen in knapper Ausführung angeführt werden:

- 1.) Der Klient ist still und unempänglich, was sich nicht nur im Ausdruck, sondern auch in der Körperhaltung widerspiegelt. Es kommt weder zu kommunikativen noch zu gestischen Reaktionen.
- 2.) Dieser Typ lässt sich als still, jedoch empfänglich beschreiben. Es kommt zu Schweigephasen, die doch von mimischen Gesten untermauert werden. Eine minimale interaktive Fähigkeit lässt sich aufzeigen.
- 3.) Klienten dieses Typs lassen sich als verbal und externalisierend beschreiben. Belanglose, äußere Situationen werden verbalisiert, subjektives Empfinden und Gefühle jedoch völlig ausgespart.

Wie reagiert der Therapeut auf diese unterschiedlichen Typen?

Gendlins unterschiedliche Typen verlangen nach unterschiedlicher Behandlungsweisen. Während der Typ 1 eine vorsichtige Herangehensweise an Vorstellungen über den Klienten sowie interaktive Maßnahmen und Kontaktaufnahme als auch die Verdeutlichung der Anwesenheit der zweiten Person, bedarf, so fordert Typ 2 die Akzeptanz des Therapeuten, zurückgewiesen zu werden, sowie die Funktion des Brückenbauers zu übernehmen und eine aktive Haltung einnehmen. Der Therapeut muss stetig den Versuch unternehmen, die Interaktion voranzutreiben, ohne zu viel Druck auf den Klienten auszuüben. Dem Typ 3 soll mittels Verbalisierung von Annahmen seine eigene Gefühlswelt offenbart werden. Affektive Bedeutungen sollen dem Klienten vermittelt werden und es soll zur Beantwortung von Fragen in klientenzentriertem Sinne kommen. Klientenzentriert bedeutet in diesem Zusammenhang, Fragen zu beantworten und in gleicher Folge den Grund der Frage

herausfinden, da sich Fragen meist mit dem auseinandersetzen, was Menschen beschäftigt (vgl. Gendlin 1967).

Teusch (vgl. 1994) setzt sich mit den kommunikativen Erschwernissen, die innerhalb therapeutischer Situationen bei Menschen mit Schizophrenie auftreten, auseinander und führt stichpunktartig unterschiedliche Interventionsformen an:

Während autistisch beeinträchtigte Klienten und Menschen, die am Verlust der Ich- Grenze leiden, viel Positives aus vermehrten Ich - Botschaften ziehen, hilft das Zusammenfassen der Leitgedanken und die Strukturierung der Geschehnisse bei Klienten, die in ihrer Kommunikation sehr sprunghaft erscheinen und desorganisiertes Denken aufweisen. Menschen, deren Kommunikation an Autismus erinnert, kämpfen mit einer innerlichen Abschirmung, die sich unter anderem im sprachlichen Gebrauch äußert. Menschen, deren Denken desorganisiert erscheint, legen eine sprunghafte und nicht nachvollziehbare Sprache an den Tag, die weder einem roten Faden folgt noch einem logischen Denken zu Grunde liegt. Die Thematisierung von Grundgefühlen, die dem Klienten zeitgleich eine Struktur im Erleben und Denken anbietet, ist vor allem bei desorganisierter Emotionalität von Vorteil. Wahrnehmungsdifferenzierung und Konfrontation mit dem Erlebten sowie auch Konfrontation mit der Realität ist bei Menschen ratsam, die keine bzw. eine mangelnde Distanz zu paranoiden Erleben ausweisen. Oftmals kommt es zu unverständlichen Äußerungen, denen der Therapeut bestmöglich durch Konkretisierung und Wahrnehmungsdifferenzierung entgegentritt (vgl. Teusch 1994, Teusch/ Finke 2002).

Häufig auftretend in therapeutischen Situationen mit Klienten aus dem schizophrenen Formkreis wird ein sowohl für Klient als auch Therapeut bedrückendes Schweigen erwähnt. Dieses soll ihm nächsten Subkapitel genauer betrachtet werden.

5.7.6.1 Schweigen

In jeder Therapie gibt es Momente des Schweigens. Schweigen ist nicht zwanghaft etwas Negatives, sondern vielmehr die Zeit, in der der Klient in sich geht und sich selbst erforscht. Der Klient braucht diese Schweigephasen, um sich näher zu kommen. Die Schweigephasen, die jedoch bei schizophrenen Klienten auftreten, entstehen nicht aus selbstexplorativen Hintergründen, sondern vielmehr aus Einsamkeit und Unfreiwilligkeit heraus. Der Klient weiß sich selbst nicht zu helfen und benötigt die aktive Unterstützung des Therapeuten, um jenen den enormen Druck, der das Schweigen auflädt, zu nehmen (vgl. Gendlin 1964). Üblicherweise werden Schweigephasen in der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung eingehalten, da sie dem Klienten verhelfen, einen inneren Prozess aufzunehmen. Jene Phasen werden als unbedrohlich und Chance für den Klienten erachtet. Der Therapeut stellt sich auf den Gefühlszustand ein und erlebt die Schweigephasen mit dem Klienten (vgl. Buchmüller 1993). Die Therapie benötigt Phasen der Ruhe. „But, with schizophrenic people we met a different kind of silence, one in which a patient is simply cut off, in which little is happening, clearly an impasse“ (Gendlin 1966, 8). In den schweigsamen Perioden schizophrener Klienten werden keinen selbstexplorativen Elementen nachgegangen, sondern es kommt zu einem fast unerträglichen inneren Kampf, der mittels der inneren Abspaltung vonstatten geht. Der Klient ist in diesen schweigsamen Phasen nicht in der Lage, einen Zugang zu sich selbst zu finden, weshalb eine aktive Unterbrechung des Schweigens angebracht ist. Der Therapeut kann seine Gefühle darlegen, dass er sich zerrissen fühlt, Wünsche äußern, wie z.B. dass er gerne etwas vom Klienten hören würde, oder Vorstellungen deutlich machen, was der Klient wohl zurzeit empfinden mag - Ängste, Zweifel etc. (experiencing) (vgl. Gendlin 1966). „I do not say many different things at one moment. I stand or sit for a few silent minutes. I have many feelings. I express one feeling that seems all right to express. A few silent minutes later, I may again say something of what is going on in me. I find that when I am not getting anywhere with a patient, quite a lot is going on in me. I can be very frustrated, I can be very concerned to do

something with him, and I can feel very badly that I do not know what to do. I can be very curious, personally interested. I can get quite angry because so much of my own welcoming for this patient is wasted. He is not getting any of it. He has no sense of my waiting for him" (Gendlin 1966, 8). Hier beschreibt Gendlin in sehr ehrlichen Worten, wie sich ein Therapeut fühlen kann, wenn er gegen eine Wand, die hier den schizophrenen Klienten darstellt, läuft. Dieses Gefühls - Wirr - Warr darf angesichts der sensiblen Affektwahrnehmung nicht unausgesprochen bleiben. Darüber hinaus wird, auch wenn der Klient weiterhin schweigend an der Therapie teilnimmt, eine Beziehung, die Klient und Therapeut miteinander verbindet, gestaltet. Dem Therapeuten liegt die Macht inne, eine Beziehung zu gestalten (vgl. Gendlin 1966). Dies führt uns zu einem erneuten Problem, nämlich der mangelnden Fähigkeit, Selbstexploration durchzuführen. Fragen, die das Innere des Klienten betreffen, werden kaum gestellt, infolgedessen keine Auseinandersetzung und Klärung auftritt. Fragen werden nicht an das eigene Innere gerichtet und folglich nicht behandelt. Das bedeutet, dass der Prozess stillsteht. Im Idealfall zieht es beide, Therapeut und Klient, in eine Richtung der Exploration. Dieser „self- propelled- process“ wie Gendlin (vgl. 1964) ihn nennt, findet bei Klienten mit schizophrenen Zügen nicht statt. Wie schon erwähnt, ist Schizophrenie eine Krankheit, die sich im Wahrnehmungsfeld abspielt und den Menschen sich und seine Umwelt nicht in Interaktion treten lässt. Aus diesem Grund hält Gendlin (vgl. 1964) fest, dass die Therapie von Anfang an eine Wiedervereinigung von Mensch und Umwelt anbahnen sollte und dies auch dem Klienten mitteilt. Die Isolation, welche es gilt aufzuheben, ist wohl eines der schlimmsten Erlebnisse für den Menschen. Dem Klienten wird die Sicherheit vermittelt, dass er aus dieser Situation befreit wird und er die Hilfe des Therapeuten annehmen kann. „I'll reconnect you to the world and to me, and in a different way than you were before because that failed – there you were isolated“ (Gendlin 1964, 171).

Um diesem Phänomen eine praktische Darlegung zu erlauben, wird eine sehr schweigsame Therapiesitzung Rogers teilweise zitiert. Die Beziehung zwischen dem Klienten, der das Pseudonym James Brown erhielt und

Rogers galt als gut und erwies sich als wichtiger Bestandteil von Mrs. Browns Leben. Da das Interview im Originaltext in Englisch ist, wird dieses im Sinne der Authentizität nicht übersetzt.

Interview

„T: I see there are some cigarettes here in the drawer. Hm? Yeah, it is hot out.

[Silence of 25 seconds]

T: Do you look kind of angry this morning, or is that my imagination?

[Client shakes his head slightly.] Not angry, huh?

[Silence of 1 minute, 26 seconds]

T: Feel like letting me in on whatever is going on?

[Silence of 12 minutes, 52 seconds]

T: *[softly]* I kind of feel like saying that 'If it would be of any help at all I'd like to come in.' On the other hand if it's something you'd rather - if you just feel more like being within yourself, feeling whatever you're feeling within yourself, why that's O.K. too - I guess another thing I'm saying, really, in saying that is, 'I do care. I'm not just sitting here like a stick.'

[Silence of 1 minute, 11 seconds]

T: And I guess your silence is saying to me that either you don't want to or can't come out right now and that's O.K. So I won't pester you but I just want you to know, I'm here.

[Silence for 17 minutes, 41 seconds]

T: I see I'm going to have to stop in a few minutes. (...)

[Silence of 20 seconds]

T: It's hard for me to know how you've been feeling, but it looks as though part of the time maybe you'd rather I didn't know how you were feeling. Anyway it looks as though part of the time it just feels very good to let down and - relax the tension. But as I say I don't really know - how you feel. It's just the way it looks to me. Have things been pretty bad lately?

[Silence of 45 seconds]

T: Maybe this morning you just wish I'd shut up - and maybe I should, but I just keep feeling I'd like to - I don't know, be in touch with you in some way.

[*Silence of 2 minutes, 21 seconds*] [*Jims yawns.*]

T: Sounds discouraged or tired.

[*Silence of 41 seconds*]

C: No. Just lousy.

T: Everything's lousy, huh? You feel lousy?

[*Silence of 39 seconds*]“ (Rogers 1967a, 403f).

In der eben zitierten Therapieeinheit gab es 38 Minuten und 35 Sekunden Phasen der Ruhe, in denen weder Klient noch Therapeut sich verbal äußern. Diese nicht vollständig zitierte Therapieeinheit war geprägt von salopp ausgedrückt, sehr einseitiger Kommunikation. Der Therapeut versuchte anhand von Experiencing einen Zugang zum Klienten zu finden. Aussagen wie „I do care“ lassen auf uneingeschränkte Wertschätzung deuten und wahrhaften Empfinden.

5.8 Der Therapeut als Person

Dieses Subkapitel soll dem Therapeuten gewidmet werden, denn dessen befindlicher Zustand ist nicht außer Acht zu lassen. Um Klienten helfen zu können, ist es unumgänglich, dass er seine Gefühle und Erfahrungen aufgearbeitet hat, um völlig frei, zugänglich und aufnahmebereit für die oftmals extremen Erfahrungen der Klienten zu sein (vgl. Warner 2001). Der Therapeut muss seine Ängste, die er für den Klienten empfindet, separieren. Nur wer seine eigenen Ängste und Gefühle wahrnimmt und sich damit auseinandersetzt, dem offenbaren sich helfende Kräfte, die eine Selbstexploration erlauben. Nur derjenige nimmt die Probleme anderer wahr. Folglich kommt es zu einem gemeinsamen Wachstum von Klient und Therapeut (vgl. Gendlin 1964). Das bedeutet, dass ein ausgeprägtes selbstexploratives Streben des Therapeuten wichtig ist, denn dieses ist oftmals der einzige Zugang zum Klienten. „Die Offenheit des Therapeuten für sein eigenes Erleben ist die Voraussetzung für ein ansatzweises

Verstehen dessen, was im Patienten vorgeht“ (Binder/ Binder 1991, 94). So können die Gefühle, die der Therapeut in sich selbst wahrnimmt, oft einziger Schlüssel zum Verständnis des Schizophrenen sein.

Die starke Persönlichkeit des Therapeuten ist maßgeblich am Erfolg der Therapie beteiligt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass jene Therapeuten „reifer, integer oder stärker sein müssen als andere Psychotherapeuten, wohl aber, daß sie in der Lage sein müssen, diese Eigenschaften für den Patienten glaubwürdig, erkennbar und annehmbar zu kommunizieren (...)“ (Binder/ Binder 1991, 221). Die gestärkte Persönlichkeit des Therapeuten, die nicht auf aggressive, dominierende, sowie per- und submissive Handlungen angewiesen ist, ist Basis der Vertrauensbeziehung und ausschlaggebend für den Ausbruch aus destruktiven zwischenmenschlichen Erfahrungen (vgl. Binder/ Binder 1991). Der Therapeut muss eine kongruente Persönlichkeit sein, die Transparenz und Kompetenz ausstrahlt, die sich nicht eigennützig verhält, sondern Gleichrangigkeit ausstrahlt (vgl. Mitterhuber/ Wolschlagler 2001). Miteinschließen lässt sich die professionelle Haltung des Therapeuten, die dank seines Fachwissens und dem diagnostischen Blick Sicherheit ausstrahlt. Sicherheit, die keinerlei Autorität inne hat, sondern vielmehr neutral auf den Klienten wirkt. Denn ein Therapeut, der sein Handwerk beherrscht, strahlt Sicherheit aus, ohne als allwissender Übermensch zu fungieren. Die Professionalität kann als Ausweg aus dem bereits erwähnten Teufelskreis gedeutet werden und Stärke und Überlegenheit somit als therapeutisches Hilfsmittel beschrieben werden (vgl. Binder/ Binder 1991).

Eine irritierte Selbst- und Fremdwahrnehmung ist kein außergewöhnliches Erscheinungsbild schizophrener Menschen. Sie treten ihren Mitmenschen mit Misstrauen, Missverständnis und Enttäuschung gegenüber und schlittern immer weiter in eine Beziehungsunfähigkeit hinein. Um dem Klienten bei der Wahrnehmung seiner Selbst und seiner Mitmenschen behilflich zu sein, tritt der Therapeut als reale Person auf (vgl. Finke 2004), der schützende Wirkungen auf den Klienten ausübt. So werden zum einen Entscheidungen innerhalb und zum anderen Entscheidungen außerhalb des therapeutischen Settings getroffen (vgl. Binder/ Binder 1991). Der

Therapeut als aktiv beteiligte Person, der unter anderem Schweigephasen, die für den Klienten unangenehm sind, unterbricht, ist hier gefordert. Passivität wird als Nicht - Wollen oder Desinteresse interpretiert. Es ist von enormer Wichtigkeit, dass man den Klienten Sicherheit und Zuverlässigkeit vermittelt, was mittels eines geregelten und kontinuierlichen Therapieverlaufs erfolgen kann.

Schizophrene Klienten sind sehr feinfühlig und deuten schon geringe Missstimmungen als Ablehnung ihres Selbst. Sie interpretieren verminderte Aufmerksamkeit seitens des Therapeuten als Verstoßung ihres ganzen Körpers. Es ist also besonders bei Klienten mit schizophrenen Zügen wichtig, die Rahmenbedingungen, was im therapeutischen Setting möglich ist und was nicht, vorweg zu klären und keinerlei Versprechungen zu äußern, die eventuell nicht eingehalten werden können. (vgl. Binder/ Binder 1991).

5.8.1 Aktive Haltung

Dem Therapeuten schizophrener Klienten wird eine aktivere Haltung abverlangt, die teilweise der traditionellen personenzentrierten Richtlinien widerspricht. So liegt in der anfänglichen Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung die Verantwortung ausschließlich bei dem Klienten selbst. Er als Experte entscheidet die Richtung. Dies scheint in manchen Fällen mit Schizophrenie allerdings nicht vertretbar. Der Therapeut nimmt eine bestimmende Haltung ein, um den Klienten zu schützen. Selbstverständlich muss der Gedanke dahinter immer in Bezug auf den Klienten und dessen Wohlwollen sein. Das bedeutet, es gibt Situationen, in denen der Therapeut dem Klienten die Selbstverantwortung nicht abspricht, jedoch Ratschläge erteilt, was dem Ansatz in seiner fundamentalen Weise widerspricht. Verhalten, das einen Aufenthalt in einer geschlossenen Psychiatrie zur Folge haben könnte, sollte in der Öffentlichkeit vermieden werden. Ratschläge wie diese haben nichts mit Befürwortung zu tun, sondern vielmehr mit einem sich wahrhaften Kümmern. Handlungen wie diese lassen den Klienten die aufrichtige

Fürsorge von Seiten des Therapeuten spüren (vgl. Binder/ Binder 1991). Um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, scheint eine aktive Haltung des Therapeuten hilfreich, was bedeuten kann, dass für den Klienten unangenehme Schweigepausen mittels aktiver Kontaktaufnahme, Experiencing und Selbsteinbringung unterbrochen werden. (vgl. Baier/ Teusch 1997).

Der Unterschied der klassischen Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung zu der mit Schizophrenen ist die fortlaufende Aufrechterhaltung der Interaktion. Der Therapeut muss diese initiieren und aufrechterhalten. „With schizophrenics, the therapist must often not only initiate the interaction, but also keep on making it happen all the time. It does not just develop and continue of its own momentum. When it gets started, that does not mean it will be there next time. At least it may not be at all visible next time. Over and over again the therapist must *make* a moment of interaction. If he does not, nothing happens” (Gendlin 1966, 9). Das bedeutet, dass der Therapeut eine sehr aktive Haltung an den Tag legen muss, um eine Interaktion zu starten und diese auch beizubehalten, da der schizophrene Klient nicht von selbst interagiert.

Des Weiteren wird eine aktivere Haltung bezüglich der Beantwortung von Fragen erwünscht. Die traditionelle Grundhaltung der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung besagt, dass man auf Fragen von Klienten eingehen, diese allerdings nicht beantworten sollte, denn jene verbergen meist unerkannte und noch unbewusste Problembereiche, die mittels einer Antwort beiseitegeschoben werden würden, ohne jenen näher auf den Grund zu gehen. Auch hier bedarf es einer Adaption des Ansatzes, da sich der Therapeut als Person mehr einbringen muss, um mögliche Fehlinterpretationen seitens des Klienten zu verhindern. Werden also Fragen gestellt, sollten diese beantwortet werden, um anschließend auf sie einzugehen. Obwohl diese Haltung ambivalent zur Theorie erscheint, verfolgen beide dasselbe Ziel, nämlich den Klienten auf seinen Weg zu bringen (vgl. Gendlin 1964).

Schon Gendlin (vgl. 1967) sprach von einer aktiveren Haltung im Umgang mit schizophrenen Klienten. So lädt er sie beispielsweise auf ein Cola ein

oder geht mit ihnen im Garten spazieren, denn Interventionen wie die eben genannten bedeuten Interaktion. Interaktion mit einem Menschen - Interaktion mit der Umwelt.

5.9 Gesprächsregeln und Methodik

Finke (vgl. 2004) formulierte Gesprächsregel für psychotherapeutische Maßnahmen mit Klienten aus dem schizophrenen Formkreis, die die Grundprinzipien der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung innehaben und in weiterer Folge kurz angedeutet werden sollen, um einen praktischen Zugang und eine Idee dessen zu erlangen, wie die therapeutische Situation verlaufen sollte.

- Die Gedanken, die der Klient äußert, müssen verstanden, angenommen und akzeptiert und der Person zugehörig empfunden werden. Das kann bedeuten, dass diese zumal übersetzt werden müssen.
- Zurückweisungen und Bedürfnisse nach Distanz müssen angenommen werden und sind nicht als Ablehnung der Person zu verstehen.
- Die Gedanken, die im Klienten aufkommen, sind oft konfus und unstrukturiert, weshalb der Therapeut Hilfestellung beim Benennen, Unterscheiden und Ordnen dieser Gedanken anbieten muss.
- Um das Selbstkonzept des Klienten aufrechtzuerhalten bzw. zu festigen, muss vermittelt werden, dass Äußerungen, Inhalte vom Klienten selbst sind. Er, der Klient selbst, ist stellungsnehmende Instanz.
- Das Verhalten, das der Therapeut dem Klienten entgegenbringt, muss dem Klienten erlauben Vertrauen sich selbst gegenüber zu fassen und eine Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit sowie der Selbstkritik hervorzurufen.
- Der Therapeut folgt den Core - Conditions und präsentiert dem Klienten seine Sichtweise der Geschehnisse (vgl. Finke 2004).

5.10 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde der differenzielle Ansatz der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung bei schizophrenen Menschen durchleuchtet. Es wurde versucht, die Besonderheiten, die zu beachten sind, herauszukristallisieren und darauf einzugehen. So wurde unter anderem ein spezifischer Zugang der Core - Conditions referiert, der die störungsspezifischen Defizite, die das Leben des Schizophrenen berühren, mit einbezieht. Themen wie Nähe- und Distanz, die Auflösung der Ich-Grenzen und Ohnmachtsgefühle können nicht ignoriert werden, weshalb eine vertiefende Auseinandersetzung der Diagnostik und des pathologischen Krankheitsbildes vorausgesetzt wird. Damit einhergehend ist vermehrt auf die sensible Auffassung von Affekten zu achten, die sich wiederum in der Transparenz des Therapeuten wiederfindet. So muss dieser jegliche Gefühle offenbaren, um Fehlinterpretationen gegen zu wirken. Sollte es zu Unbehagen kommen, die Ängste auslösen, zieht sich der Klient zurück und entfernt sich weiter. Das Resultat ist eine soziale Isolation, die zwischenmenschliche und kommunikative Verarmung als Folge hat. Dieser Rückzug wirkt sich auch auf die Identitätsentwicklung und dessen Stärkung aus. Es scheint demnach nicht verwunderlich, dass Therapiesitzungen oft von Phasen des Schweigens geprägt sind, da Klienten sich entweder auf einer fast schon vorstufigen Ebene der Sprache befinden oder aus Angst, abgelehnt zu werden, ihre Gedanken nicht mit dem Therapeuten teilen.

6. Therapieziele

Laut Gendlin (vgl. 1966) ist Schizophrenie ein Zustand des Nicht - verbunden - Seins mit der Umwelt. Man ist isoliert und Interaktion findet nicht statt. Aus diesem Grund sollte ein Hauptaugenmerk der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung darauf liegen, jene Personen erneut mit der Welt zu verbinden und sie wieder lebensfähig zu machen. Wie schon erwähnt, hat der schizophrene Klient keinen Platz auf der Welt. Er fühlt sich ihr ausgeschlossen und kann sich ein „normales“ Leben nicht vorstellen. Um den Klienten die Angst, ein fortlaufend psychotisches Leben zu leben, zu nehmen, kann von zukünftigen Plänen und Perspektiven gesprochen werden. Wohn- und Arbeitssituation kann in Phasen der Verzweiflung angesprochen werden. Dem Klienten muss eine Perspektive geboten werden, in der er sich mit der Welt in Einklang sieht und keine Angst vor ihr hat. Auch wenn Sie es nicht glauben, ich bin der festen Überzeugung, dass Sie wieder einen Job und, wenn Sie wollen, auch eine eigene Wohnung haben werden und ich werde Ihnen dabei behilflich sein. Zusprüche wie die eben formulierten durchbrechen die Barriere zwischen Mensch und Umwelt (vgl. Gendlin 1966). Parallel dazu sollte eine Entfaltung der Selbstkongruenz und der Selbstfindung sowie auch der Beziehungsfähigkeit stattfinden (vgl. Finke 1994). Die Befähigung, Krisen zu überstehen und adäquat mit ihnen umzugehen (vgl. Finke 1994) und im Zuge dessen einen Alltagsbezug aufzubauen, ist von enormer Wichtigkeit. Denn aus solch einem Überlebenstraining resultiert eine Identitätsfestigung, die als leitendes Ziel der Therapie genannt werden kann. Die Identitätsfestigung inkludiert auch die Wahrnehmung der Krankheit (vgl. Finke 1994) und deren Akzeptanz. Der Betroffene integriert die Krankheit in sein Selbstkonzept und festigt somit seine Identität. Angestrebt wird ferner die Fähigkeit, sich anderen zu öffnen und in gleicher Maßen sich zu schließen und abzugrenzen (vgl. Pfeiffer 1995), denn weder eine vollkommene Transparenz und Offenheit noch eine absolute Verslossenheit wirken sich gut auf die Entwicklung der Person aus.

Eine reine Symptombehandlung wäre mit dem personenzentrierten Konzept nicht vertretbar, weshalb der Fokus nicht auf deren Beseitigung liegt. Selbstverständlich ist eine Minimierung wünschenswert, welche jedoch ohnehin bei der Erforschung der Ursache eintritt. Vielmehr geht es um jene Merkmale, die die vorhandene psychische Störung ausgelöst und verursacht haben. Nennenswert sind vor allem die Ablehnung der eigenen Person und die mangelnde Fähigkeit Beziehungen eingehen zu können (vgl. Finke 2004). Diese Ziele sind enorm wichtig für ein zwischenmenschliches Miteinander, denn nur derjenige, der sich selbst annimmt, akzeptiert und sich als Person bejaht, ist in der Lage, andere zu bejahen und eine konstruktive Beziehung einzugehen (vgl. Finke 2004). Nicht nur die psychischen Probleme des Klienten stehen im Vordergrund und verdienen es, die Aufmerksamkeit des Therapeuten auf sich zu ziehen, sondern auch Schwierigkeiten des alltäglichen Lebens (vgl. Speierer 1994). Da der Heilungserfolg bei Schizophrenie eher gering ist, ist jegliche Steigerung der Lebensqualität ein Erfolg.

Exkurs: Alltag im schizophrenen Formkreis

Der Begriff Alltag bedeutet eine Routine inne zu haben, die das Leben schon fast automatisch regelt und nicht allzu viel Kraft und Energie benötigt. Stellt man diesen Begriff also der Erkrankung Schizophrenie gegenüber, so lässt sich eine Ambivalenz feststellen, da, wie bereits erwähnt, Schizophrenie etwas Außergewöhnliches, Unerklärbares, Kräfteraubendes und Bedrohliches sowie Spektakuläres ist (vgl. Leferink 1997a). Wie also kann ein Mensch mit schizophrenen Zügen einen Alltag aufbauen? Obwohl es zu einer Minimierung der alltäglichen Lebensweise kommt und der schizophrene Mensch sich immer weiter von ihr entfernt, bedeutet es nicht, dass es unmöglich ist, eine Struktur in den Alltag zu bekommen und danach zu leben. Es wird ein der Psychose naheliegender Alltag geformt, der, vor allem bei chronisch schizophrenen, sehr abweichend erlebt wird. Der Automatismus, das alltägliche Wissen und die Selbstverständlichkeit bleiben einem schizophrenen Menschen fern. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Problematik der Alltagsbewältigung bei allen Klienten eine wesentliche Rolle spielt und einer besonderen Betrachtung gebührt.

Nichtsdestotrotz dürfen keine vorschnellen Verallgemeinerungen definiert werden, da, so wie die schizophrene Erkrankung selbst, auch der Aufbau des Alltages eine enorme Heterogenität an den Tag legt (vgl. Leferink 1997a).

In weiterer Folge soll nun der Bezug des Alltags schizophrener Menschen auf die Therapie gezogen werden.

Klienten mit schizophrenen Zügen weisen oft ein nicht verwunderliches Planungsdefizit im Alltag auf, welches im Therapieprozess strukturiert werden sollte (vgl. Klingberg/ Buchkremer 2009). Damit einhergehend ist die Katastrophenvermeidung zu nennen. Der Klient muss lernen, mit seiner Krankheit umzugehen und den Alltag zu regeln. In diesem Sinne müssen Warnzeichen und Frühsymptome, die auf einen erneuten Schub hinweisen, ausgemacht werden können (vgl. Binder 1996b). Eine Auseinandersetzung mit dem Alltag ist auch aufgrund der Isolationsproblematik nicht außer Acht zu lassen. Der wirre und beängstigende Alltag birgt eine „soziale Entbundenheit“ (Leferink 1997a, 119), die es gilt aufzuheben. Es handelt sich um ein soziales Ausgeschlossen - Sein der Gesellschaft, um eine Minimierung der sozialen Kontakte als auch um einen Verlust von „Zeit-, Raum- und Intentionalitätsstruktur“ (Leferink 1997a, 119), die einem jeden Menschen innewohnt. Verbunden mit sozialer Isolation, die teilweise alltagsbedingt entsteht, ist weiters Unverständlichkeit für affektive Verhaltensweisen der Mitmenschen zu nennen. Im therapeutischen Rahmen werden affektive Störungen behandelt, die zu emotionaler Entlastung führen (vgl. Baier/ Teusch 1997). Die in der Therapie erworbenen Copingstrategien, die die Klienten ihren Alltag besser meistern lassen, werden zusammen erarbeitet, korrigiert und verbessert (vgl. Baier/ Teusch 1997). Hierbei ist es wichtig, dass der Therapeut nicht versucht seine eigenen Wertsätze zu transportieren und den Klienten somit versucht zu manipulieren (vgl. Frieda Fromm- Reichmann in Binder/ Binder, 1991), sondern vielmehr versucht den Klienten anzuregen, selbstständig herauszufinden, welchen Maßstäben er folgen möchte. Um dieses Ziel zu erreichen, muss der gesprächspsychotherapeutische Weg mehrdimensional eingebettet sein (vgl. Finke 1996). Psychotherapie bei Schizophrenen soll

im Allgemeinen eine Verbesserung der kognitiven, wie auch emotionalen Fähigkeiten hervorrufen (vgl. Baier/ Teusch 1997). Klingberg und Buchkremer (vgl. 2009) vertreten die Meinung, dass keinerlei effektive Behandlungsansätze der Negativ - Symptomatik aufweisbar sind und diese fortlaufend ein ungelöstes Problem darstellen, was jedoch den Erkenntnissen von Binder und Binder, Finke und Teusch widerspricht. Weitere positive Entwicklungen, die anhand der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung verfolgt werden, sind „Autonomieentwicklung und die Festigung des Identitätserlebens“ (Finke 2004, 2). Die Autonomieentwicklung ist ein sehr ernstzunehmendes Ziel der Therapie, da zum einen jeder Mensch autonom ist und uneingeschränkte Entscheidungsfreiheit über sich selbst haben sollte und zum anderen, da psychische Beschwerden resultierend der Entwicklungsstörungen auftreten. Die personenzentrierte Psychotherapie und Beratung folgt dem Ansatz des Humanismus, was bedeutet, dass der Kern des Menschen als Wesentlich betrachtet wird und jenen fördern möchte (vgl. Finke 1996). Dem Menschen liegt eine Selbstaktualisierungstendenz zu Grunde, die den Wachstum anregt (vgl. Pörtner 2001). „Die Leiden, die Beschwerden, die Symptome des Patienten werden als Folge einer Entwicklungsstörung bzw. einer oft konflikthaft bedingten Entwicklungshemmung dieses personalen Zentrums gesehen, so daß die Therapie darauf abzielen muß, die Autonomie und Freiheit, die Kongruenz und Identität, die Beziehungsfähigkeit und die Erfahrungsoffenheit der Person zu fördern“ (Finke, 1996, 107).

6.1 Bezug zur Realität

Der soziale Rückzug schizophrener Klienten und der damit verbundene Abbruch zur Realität stellt ein einschneidendes Problem dar. Halluzinationen, wie z.B. Stimmenhören, lässt Menschen noch weiter von der Gemeinschaft und der Realität abkommen und ist aus diesem Grund, wenngleich viele Betroffene damit leben können und diese sogar als angenehm empfinden, zu reduzieren und dagegen anzukämpfen. Menschen distanzieren sich immer mehr und eine intensive Auseinandersetzung mit ihren Ideen findet statt. Medikamentöse Behandlung bietet im Fassen von Vertrauen und somit in der Reintegration mit der Gemeinschaft eine wesentliche Unterstützung, wenngleich dadurch keine vollkommene hergestellt werden kann (vgl. Kissling/ Pitschel- Walz 2003). Der Therapeut bildet die Verbindung zur Umwelt und ist somit ein Repräsentant der Realität (vgl. Eckert/ Biermann- Ratjen 1998). Das ist wiederum wichtig, da ein Bezug zur Realität nur mittels der Verbindung zur Umwelt herstellbar ist.

6.1.1 Verbindung mit der Umwelt

Das Miteinander verbindet die Menschen und ist enorm wichtig, da ein Bezug zur Wirklichkeit hergestellt wird. Die vorhandene Nicht - Begegnung entspringt aus Angst, Unsicherheit und Verwirrung (vgl. Macnab 1965) und wird anhand von Denkstörungen verstärkt, welche sich auf die Selbstwahrnehmung auswirkt und in weiterer Folge zu einem isolierten Dasein führt. Eine Kommunikation mit der Umwelt wird dementsprechend erschwert (vgl. Kissling/ Pitschel- Walz 2003).

Um schizophrene Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion zu bringen und diese in Verbindung treten zu lassen, hat Gendlin (vgl. 1964) drei Stufen von sprachlicher Interaktion, die nun kurz dargestellt werden sollen, benannt. Diese drei Stufen sind als Antwort auf eine andere Person gedacht.

- 1.) Die erste Stufe beschäftigt sich mit dem tatsächlich Gesagten und deren Inhalte. Der Therapeut kann jenes aufgreifen und darauf antworten.
- 2.) Auf der zweiten Ebene fragt sich der Therapeut, was mit dem Gesagten gemeint war. Es handelt sich dementsprechend um eine inhaltliche Auseinandersetzung.
- 3.) Die dritte Ebene ist die abstrakteste und beschäftigt sich mit dem Therapeuten selbst. Der Therapeut versucht herauszufinden, was er als Person dem Klienten entgegenbringen kann (vgl. Gendlin 1964).

Dieses dreistufige System bildet eine Brücke zwischen der Umwelt und dem Inneren des Klienten. Jede Kommunikation wird anhand dieser drei Interpretationen durchleuchtet.

6.2 Identitätsstärkung

Die personenzentrierte Haltung verfolgt den Ansatz, jedem Menschen so viel Selbstverantwortung in seinem Handeln einzuräumen, wie es ihm seine Fähigkeiten zusprechen. Diese Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen bedeutet, ernstgenommen zu werden und nicht einer vollkommenen Abhängigkeit Anderer zu unterliegen. Dieses erhellende Gefühl bringt eine Erhöhung der Lebensqualität und des Selbstwertgefühles (vgl. Pörtner 2001). Ein gestärktes Selbstwertgefühl ist für die Festigung der Identität ausschlaggebend, denn eine Identität bildet sich nur dann aus, wenn man in Interaktion mit anderen ist und sich mittels dieses kulturellen und kommunikativen Austausches selbst wahrnimmt. Um jedoch in Interaktion treten zu können, muss man Mut aufbringen - es bedarf an Selbstbewusstsein. Nur wer ein Bild seiner eigenen Person hat, kann sich anderen Menschen gegenüber verständlich ausdrücken und in Interaktion treten (vgl. Zaumseil 1997). Die warme und wertvolle Haltung des Therapeuten vermittelt Sicherheit, aus der kommunikativen Isolation austreten zu dürfen (vgl. Teusch/ Lange 1982), was wiederum essentiell ist, da die Sprache der Schlüssel der Identität ist. Denn nur durch interpersonaler Auseinandersetzung findet ein Individuum zu seinem

inneren Selbst und bildet eine Selbstidentität (vgl. Benedetti 1975). Die symbolische Sprache, die bei schizophren Erkrankten auftritt, spiegelt sich im Selbst wider und kann nur mittels Zuwendung eines realen Selbstgefühls entwickelt werden (vgl. Marx 1993). Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, weisen ein brüchiges Selbstkonzept auf. Sie haben mit Zuständen der Verunsicherung und Angst ihrer eigenen Person gegenüber zu kämpfen, es kommt zu einer Kluft zwischen der Person und der Umwelt, sprachliche Defizite treten auf und soziale Interaktionen minimieren sich. Schizophrenie stellt sich als eine geheimnisvolle, indiskret grenzüberschreitende, furchteinflößende und irreversible Krankheit dar (vgl. Leferink 1997b), die eine starke Identitätsausbildung kaum ermöglicht. Der Identität sind gewisse Eigenschaften zugeschrieben, die sich mit dem pathologischen Bild schizophrener Menschen nicht übereinstimmen lassen. Es wird von einer Einheit, die Kontinuität und Struktur beinhaltet, gesprochen (vgl. Zaumseil 1997). Diese Einheit wird doch gegen Abhängigkeit und Hilflosigkeit ausgetauscht (vgl. Binder 1996b). Die Entwicklung einer Identität und das sich - Annehmen - Können hat einen kulturellen Einfluss, denn was von der Gesellschaft als anormal definiert wird, dem wird anders entgegengetreten. Diese Andersartigkeit wirkt sich auf die Person aus und lässt sie sich nicht mehr annehmen (vgl. Zaumseil 1997). Die Paradoxie zeigt, dass die Identitätsausbildung erschwert wird, denn die Andersartigkeit grenzt Menschen aus und lässt sie dementsprechend keine vertrauten Beziehungen eingehen, welche wiederum Sicherheit und Informationen übermitteln und für eine Identitätsausbildung- und -stärkung erforderlich sind (vgl. Binder 1996b). Das bedeutet, das „anormale“ Verhalten, das von gesellschaftlichen Normen geprägt ist, wird anhand gesellschaftlicher Antworten noch weiter geprägt und äußert sich in noch unverständlicheren Verhaltensmustern.

Mittels der transparenten Haltung des Therapeuten wird zum einen ein Realitätsbezug zum Therapeuten geschaffen, der von subjektiven Erfahrungen und Erlebnissen spricht und zum anderen eine erhöhte Selbstwahrnehmung vorangetrieben. Der Therapeut steckt metaphorisch gesehen die Grenzen zwischen „Ich“ und „Du“ ab und bietet dem Klienten

hilfreiche Strukturierungsmöglichkeiten, die für sein Identitätserleben wesentlich sind (vgl. Finke 2004).

Wegen der isolierten Lebensweise stellt der Therapeut oftmals die einzige vertraute Bezugsperson dar und übernimmt demzufolge die Funktion des Informationsübermittlers. Das bedeutet eine modifizierte Version der Gesprächspsychotherapie im Umgang mit dem Klienten. Es treten unterschiedlichste Fragen auf, die von Seiten des Therapeuten konkrete Antworten beanspruchen. Klienten versuchen sich selbst zu finden und zu verstehen, wer sie sind. Die Rolle des Therapeuten ist es, eine wertfreie, dennoch subjektive Stellung einzunehmen und zu vermitteln (vgl. Binder 1996b).

6.3 Schwierigkeiten des personenzentrierten Ansatzes bei Schizophrenen

Um die Gesprächspsychotherapie effektiv nutzen zu können, wird die erneute Wiederherstellung der Aktualisierungstendenz angestrebt. Dieses Ziel, die Aktualisierungstendenz zu fördern und das Inkongruenzerleben zu beseitigen, wird anhand der Core - Conditions sowie mittels Focusing erreicht, wodurch sich krankheitsbedingte Blockaden bestenfalls lösen (vgl. Speierer 2002). So wird dem Krankheitsbild theoretisch Einhalt geboten. Beschäftigt man sich jedoch mit Klienten aus dem schizophrenen Formkreis, so lassen sich einige Schwierigkeiten definieren, denn eine Gesprächspsychotherapie im Sinne des DIMs kann bei schizophrenen Klienten zu Komplikationen führen, da jene meist ein fehlendes Inkongruenzerleben und eine eingeschränkte Krankheitseinsicht aufweisen. Dem ungeachtet ist ein Mangel an Motivation erkennbar, als auch die Ausbreitung einer sozialkommunikativen Unerreichbarkeit. Optimalerweise wird gleichermaßen an der Beziehung zwischen Therapeut und Klient als auch an der direkten und indirekten inkongruenzbedingten Symptomatik, gearbeitet.

Eine gesprächspsychotherapeutische Inkongruenzbewältigung verlangt drei Schritte:

- 1.) Die Inkongruenz muss fokussiert werden. Das bedeutet, dass der Therapeut eine Wahrnehmungssensibilität für inkongruente Erlebnisse aufweisen muss und dem Klienten Raum gibt, diese zu erleben. Anhand von gerichteten Fragen, soll eine Selbstexploration vorangetrieben werden. Unterstützend bietet der Therapeut Prozesshinweise an (vgl. Speierer 2002).
- 2.) Inkongruente Erlebnisse sollen bearbeitet werden. Um die Bedeutung dieser Erlebnisse für das Selbst ausfindig zu machen, müssen diese zugelassen und verbalisiert werden. Die dem Klienten eigene ressourcenorientierte Bewältigungsstrategie soll aufgezeigt werden und neue erprobt (vgl. Speierer 2002).
- 3.) Selbstverträgliche Lösungen, die eine Selbstaktualisierung und somit kongruente Erlebnisse ermöglichen, sollen gefunden werden (vgl. Speierer 2002).

Mit den Schwierigkeiten der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Schizophrenie einhergehend, treten gewisse Risiken auf, die unbedingt vom Therapeuten erkannt und wahrgenommen werden müssen. Abgesehen von der Resistenzfähigkeit schizophrener Klienten besteht die Gefahr des erneuten psychotischen Schubes. Trotz therapeutischer Interventionen und möglicher Persönlichkeitsentwicklung kann es zu wiederholten schizophrenen Erlebnissen kommen. Dieser Rückfall ist partiell nicht aufhaltbar, da unerlaubte Erfahrungen nun erlebt werden dürfen. Diese Erfahrungen können Weiten annehmen, die den Klienten in eine psychotische Welt manövrieren. Das bedeutet, dass psychotische Rückfälle dem Ziel der Genesung nicht widersprechen (vgl. Eckert [2011]). Selbstverständlich können auch Fehlinterventionen oder das Übersehen von wichtigen Inhalten den auslösenden Faktor weisen. Des Öfteren sind Zusammenhänge der Zuneigungs- und Abwehrgefühle und der Missinterpretation derer erkennbar (vgl. Eckert [2011]). Der Therapeut muss sehr wachsam sein und Inhalte gut prüfen, um einem Schub gegenzuwirken. Lässt der Therapeut zu viel Nähe zu, können Zuneigungsgefühle entstehen, die mit den Abwehrgefühlen korrelieren und einen inneren Kampf auslösen. Wird dieser innere Kampf als Bedrohung

angesehen, der einen erheblichen Druck innehat, so können erneute psychotische Erlebnisse auftreten, um sich den quälenden Inhalte nicht auszuliefern.

Empathisches Verstehen ist eines der „delikatesten und zugleich machtvollsten Mittel“ (Rogers/ Rosenberg 1980, 75) und dennoch kann es störungsverstärkende Wirkungen aufweisen. Delikat sollte auch das Maß der empathischen Intervention sein, denn ein zu tiefes Eintauchen in die Person kann Ängste der Transparenz und des Ausgeliefertseins hervorrufen (vgl. Binder/ Binder 1991, Finke 1994, Speierer 1995).

Schwierige Klienten, die dem Therapeuten nicht völlig verständlich sind, sind prädestiniert für negative Therapieverläufe. Um jedoch jeden Klienten die Chance zur Genesung zu ermöglichen, sind Gesprächspsychotherapeuten zu regelmäßigen Supervisionsstunden verpflichtet (vgl. Eckert [2011]). Das Gefühl der Machtlosigkeit und das Unverständnis prallt nicht an dem Klienten ab und wird demzufolge aufgenommen, was anhand der sensiblen Affektivität störungsverstärkend wirkt.

6.4 Effektivität des personenzentrierten Ansatzes bei Schizophrenen

Die Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung vertritt die Meinung, dass die Aktualisierungstendenz, die jeder Mensch in sich trägt, als Entwicklungsprinzip fungiert und infolgedessen den Organismus vorantreibt. Des Weiteren besitzt jeder die Fähigkeit, Realität wahrzunehmen und Selbsterfahrung zu durchlaufen (vgl. Biermann- Ratjen 2002). Anhand dieser Aussage wird deutlich, dass der Ansatz nicht ohne weiteres auf schizophrene Klienten übertragbar ist, da jene Schwierigkeiten mit dem Wahrnehmen ihrer Selbst aufzeigen, sowie mit einem Mangel an Realitätsprüfung zu kämpfen haben. Der personenzentrierte Ansatz, so wie ihn Rogers entwickelte, bedarf demzufolge einer Modifikation. Das bedeutet, dass die differenzielle Anwendung Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung einen höheren Grad an Effektivität erzielen

und somit Wirkungsgrenzen bis zu einem gewissen Grad sprengen kann (vgl. Hutterer 2005). Denn anhand der differenziellen Herangehensweise an den Klienten kann jener sich vollkommen auf seine Gefühle besinnen, ohne auf die Erarbeitung der passenden Situation Rücksicht nehmen zu müssen (vgl. Hutterer 2005). Die therapeutischen Bemühungen, das Selbst zu stärken und ein Leben ohne „vollkommene“ Anpassung an die Mitmenschen (vgl. Braun 1983) zu formen, ist jedoch sehr hilfreich im Bezug auf schizophrene Erkrankungen. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass nicht der Therapeut, sondern der Klient selbst, den Weg weisen sollte, denn nur jener weiß, was gut für ihn ist - gleich ob dieses Wissen zum gegebenen Zeitpunkt zugänglich ist oder verborgen (vgl. Pörtner 2001). Dieser Annahme nach, entfalten Menschen und somit auch Menschen mit schizophrenen Zügen Tendenzen, Gutes herbeizuführen und sich selbst anzuregen. Nichtsdestotrotz vertritt Finzen (vgl. 2002) die Ansicht, dass alleinige Psychotherapie - gleich welcher Richtung sie angehört - nicht ausreichend ist als auch, dass nicht das therapeutische Verfahren, sondern die Therapie an sich positiv auf den Klienten wirkt (vgl. Finzen 2002). Wie auch Finzen betont Teusch, dass ein mehrschichtiges Denken gefordert werden muss. „Wenn die allgemeinen und individuellen Besonderheiten schizophrener Störungen beachtet werden, kann das gesprächspsychotherapeutische Vorgehen mit seiner bejahenden Grundhaltung einen wertvollen und effektiven Beitrag leisten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans, der in der Regel psychopharmakologische und sozialpsychiatrische Maßnahmen einschließt“ (Teusch 1994, 95). Das bedeutet in weiterer Folge, dass eine gesonderte Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung nicht anzuraten ist, da Einschränkungen im Leben eines schizophrenen Menschen kategorienübergreifend stattfindet und somit eine mehrdimensionale Behandlung anzudenken ist.

„When psychotherapy was thought of as chiefly cognitive, it seemed that schizophrenics were not amenable to psychotherapy“ (Gendlin 1962b, 41). Sollte es sich um eine rein kognitive Behandlung handeln, so wäre diese Psychotherapie für schizophrenen Klienten nicht zugänglich, denn Einsicht und Selbstexploration erweisen sich als schwierig. Die oft ruhigen, bzw. nicht - motivierten Klienten benötigen aktive Hilfe. Wartet der Therapeut auf

Interaktionen seitens des Klienten, so wird die Entwicklung der Therapie stillstehen und weder zu einem Beziehungsaufbau noch zu Selbstexploration kommen (vgl. Binder 1996b). Es besteht die Annahme, dass die Selbstwahrnehmung in signifikantem Zusammenhang mit positiver Wertschätzung von wichtigen Anderen steht (vgl. Biermann- Ratjen 2002) und demzufolge ein wesentliches Merkmal in der Therapie mit Schizophrenen spielt, denn wie schon erwähnt, ächzt der schizophrene Mensch nach Anerkennung, um sich selbst anzuerkennen. Er nimmt sich selbst nicht wahr und benötigt Hilfe, um sich seiner selbst zu erfassen. Mittels der angstfreien und an die Core - Conditions angelehnte Auseinandersetzung des Therapeuten mit dem Klienten und dessen Erfahrungen ist es auch dem Klienten selbst möglich, jenen Eindrücken angstfrei gegenüberzutreten (vgl. Biermann- Ratjen 2002). Die Symptome, die zu dem Menschen gehören, müssen anerkannt werden, sollten sie jedoch nicht definieren. Trotz der Krankheit ist der Mensch, der an Schizophrenie erkrankt ist, primär ein Mensch und kein Schizophrener. Das Humane steht im Vordergrund und soll Anerkennung finden. Deshalb ist die Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Schizophrenie förderlich, indem sie „keine symptom- bzw. verhaltensorientierten Absichten verfolgt oder gar normative Bewertungen vornimmt“ (Binder 1996b, 186). Auch Speierer erkannte die Effektivität einer konstruktiven Beziehung und formulierte: „Das Beziehungsangebot einer entsprechend den Kriterien der Gesprächspsychotherapie wertschätzenden, einführend verstehenden und aufrichtigen Kommunikation hilft nach dem Abklingen bzw. noch während des Abklingens des akuten Krankheitszustand denjenigen Patientinnen, die zusätzlich an sozialkommunikativen und lebensereignisbedingten Inkongruenzen bzw. deren Folgesymptomen leiden, diese zu bearbeiten und zu verringern“ (Speierer 1994, 191f).

Die Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung mit schizophrenen Klienten scheint ein sehr persönlicher und aussagekräftiger Prozess zu sein (vgl. Gendlin 1962a). Es reicht nicht aus, dem Klienten empathisch entgegenzutreten, vielmehr muss der Therapeut ein wahrhaftes Interesse an den Motiven aufzeigen (vgl. Binder 1996b).

Die Effektivität der Therapie steigt immens, wenn der Therapeut auf Deutungen verzichtet, was ohnehin der Theorie widersprechen würde (vgl. Binder 1996b).

Die zuvor genannte Isolation zur Außenwelt schizophrener Menschen stellt eines der prekärsten Probleme dieser Krankheit dar, die durch therapeutische Hilfe minimiert werden kann, denn geht ein Mensch eine therapeutische Beziehung ein, so ist er in Interaktion mit einem anderen Menschen und die Isolation wird aufgehoben. Es besteht ein direkter Kontakt zu einem anderen Individuum. Auch wenn schizophrene Menschen nicht in der Lage sind, die Beziehung einzugehen, so ist der Therapeut stets für den Klienten da und immer bereit in Kontakt zu treten (vgl. Gendlin 1962a). Die Psychotherapie im Allgemeinen befähigt Klienten Bezug zu ihrem Inneren zu nehmen. Sie erlernen Emotionen wahr- und anzunehmen und mit diesen in Austausch zu stehen (vgl. Finzen 2002). Des Weiteren minimieren sich körperliche Begleiterscheinungen und Depressivität, die sich negativ auf die Beziehungs- und Kontaktfreudigkeit des Menschen ausüben (vgl. Teusch/ Finke 2002).

Grundlegend ist festzuhalten, dass eine völlige Heilung von Schizophrenie eher auszuschließen ist und deshalb jegliche Verbesserung der Lebensweise als ein anzustrebendes Ziel erscheint.

Die affektiven Störungen schizophrener Klienten zeigen sich meist in Form von Depressionen, minderes Selbstwertgefühl, sowie auch Erschöpfungsanzeichen die anhand der Core - Conditions aufgezeigt, erkannt und wahrgenommen werden. Die Auseinandersetzung mit dem Selbstbild führt zur Integration der Psychose und folglich zu einem Sich - Annehmen (vgl. Baier/ Teusch 1997), was wiederum positive Auswirkungen auf das emotionale Empfinden des Klienten selbst hat. Die Empathiefähigkeit des Menschen entwickelt sich nur, wenn der Person selbst empathisches Verstehen entgegengebracht wurde. Binder (vgl. 1996a) verweist auf die Verbindung von Empathiebewusstsein und psychischer Erkrankung, sowie der Fähigkeit, zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen. Je deutlicher Empathie wahrgenommen und weitergereicht werden kann, desto ausgeprägter sind die Fähigkeiten der sozialen Interaktion. Diese Empathiefähigkeit kann während des

therapeutischen Prozesses, mit Hilfe von spezifischem Wissen gefördert werden. Was wiederum zur Persönlichkeitsveränderung und -entwicklung beiträgt, die anhand empathischer Haltung initiiert wird. Anhand der in der Beziehung gemachten Erfahrung angenommen zu werden, können Gefühle des Respekts für die eigene Person gefördert werden (vgl. Eckert/ Biermann- Ratjen 1998). Denn Veränderung kann nur dem subjektiven Erleben, das sich auf die Persönlichkeit auswirkt, entspringen (vgl. Pörtner 2001).

Um Fortschritte in der Therapie zu erlangen, ist, wie schon erwähnt, eine positive Atmosphäre und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Klient notwendig; es ist also offensichtlich, dass die „Effektivität etwas mit der Person des Therapeuten, seinem Menschenbild, seinen Ängsten und Intuitionen zu tun hat“ (Binder/ Binder 1991, 83).

Abschließend kann gesagt werden, dass der Schweregrad der Krankheit einen wesentlichen Beitrag zur Effektivität leistet, denn wie schon Rogers betonte, sind schwer psychotische Menschen nur mäßig in der Lage, die Core - Conditions wahrzunehmen und positiv für sich zu nutzen. „Evidently the deeply disturbed psychotic is simply not able to perceive or report understanding, warmth, and genuineness to the same degree as the less disturbed person, even when these qualities may be objectively present in the relationship“ (Rogers 1967b, 75). Der Grad der Erkrankung steht im engen Zusammenhang zu Dauer der Therapie, denn je schwerer die Störung, desto länger sollte die Therapie angesetzt werden (vgl. Binder/ Binder 1991).

Eine personenzentrierte Psychotherapie und Beratung bei Schizophrenen kann nur im Rahmen eines Gesamtplans und im nicht akuten Zustand von Nutzen sein. Der Klient muss zumindest ansatzweise Wille und Motivation aufbringen. Sind diese Voraussetzungen gegeben, so profitieren Klienten von einer personenzentrierten Unterstützung. Verminderungen der psychopathologischen Auffälligkeiten, die eine Symptomreduktion miteinschließen, treten ein, die folglich auch eine verbesserte soziale Haltung hervorrufen, sowie eine positive Veränderung des

Selbstwertgefühls und der Selbstbewertung, die für ein stabileres Selbst sorgt (vgl. Teusch 1990/ 1994).

6.5 Zusammenfassung

Das sechste Kapitel beschäftigt sich mit den Zielen, die innerhalb der Therapie angestrebt werden. Wesentlich erscheint die Wiederverbindung des Klienten mit seiner Umwelt und eine Rückholung in die reale Welt. Die soziale Isolation und das Abgeschirmt - Sein ist nur schwer erträglich. Der schizophrene Mensch ist auf die Hilfe des Therapeuten angewiesen, um ihn aus dieser Isolation zu befreien, indem er eine Brücke zwischen Klient und Umwelt schlägt. Des Weiteren wird die Stärkung der Identität verfolgt, damit einhergehend eine Integration der Krankheit in das Selbstbild auftritt. Denn nur wenn alle Aspekte des Menschen in das Selbstbild integriert sind, kann sich eine Identität ausbilden und der Mensch sich als Einheit wahrnehmen. Selbstverständlich wird auch eine Symptomreduzierung erhofft, welche jedoch ohnehin eintritt, sofern man die Ursache der Erkrankung aufdeckt.

7. Genesung schizophrener Menschen

Schizophrenie ist eine so vielfältige und komplexe Erkrankung, die mannigfache Bereiche des Lebens und der Person betreffen und ein Leben so mysteriös erscheinen lässt, dass die Zurückholung in die vollkommene Realität und der Bezug zum Selbst eher unwahrscheinlich ist. Da sich die Ursachenfindung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich als diffizil herausstellt, scheint ein Mangel an Heilungserfolg nicht verwunderlich. Bestenfalls kommt es zu einer Minderung oder gar Ausmerzungen der Symptome und der Beruhigung des Seelenzustandes, der mittels der Fähigkeit, mit der Krankheit adäquat umgehen zu können, eintritt. Der Versuch, die Aktualisierungstendenz zu initiieren und eine Persönlichkeitsentwicklung voranzutreiben, ist stets im Zentrum der Therapie (vgl. Finzen 2002). Das bedeutet allerdings nicht, dass der schizophrene Klient nicht selbst in der Lage ist, sich zu heilen, denn etwa ein Drittel aller an Schizophrenie erkrankten Menschen erleben einen einmaligen Schub (vgl. Finzen 2002), der sich der Aktualisierungstendenz bedient und zweifelsohne durch die Mithilfe des Therapeuten, den Weg in ein gesundes und schizophreniefreies Leben zurückfindet. Festzuhalten gilt, dass je früher therapeutische oder psychiatrische Interventionen gesetzt werden, desto milder treten Isolationen und vermehrte Wahnvorstellungen auf und desto größere Chancen bestehen auf eine Heilung der Krankheit. Die Erkrankung zieht immer auch einen Verlust des sozialen Netzwerkes mit sich, den es gilt aufzuhalten. Während der Erkrankung und auch nach jener bildet sich eine unsichtbare Mauer, um den Betroffenen, die überwiegend aus Angst resultiert. Angst vor dem Ungewissen, Angst vor den Erfahrungen, die man gesammelt hat, Angst vor einem erneuten Schub. Diese soziale Isolation und das Bündnis von Ängsten erhöht die Rückfallchance, bzw. das in - einen - neuen - Schub - Hineinmanövrieren (vgl. Cullberg 2008). Um dem Betroffenen nach Abklingen der Akutphase zu helfen, Normalität wiederzuerlangen, ist die Schaffung einer ruhigen und entspannten Umgebung ausschlaggebend, in der sich ein Gefühl des Geborgenseins einpendelt (vgl. Kissing/ Pitschel-Walz 2003).

Selbstverständlich können Änderungen, wie in der hervorgegangenen Arbeit beschrieben, auftreten, wenn ein psychotherapeutischer Gesamtplan eingehalten wird und ein Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehung zwischen zumindest Therapeut und Klient gelingt.

Die empathische und verstehende Grundhaltung wird wohl in jeglichen psychotherapeutischen Kontexten als bedeutungsvoll erachtet. Um Verständnis aufbringen zu können, muss der Therapeut sich der speziellen Sprache des Klienten bemächtigen (vgl. Marx 1993), denn nur wer sein Gegenüber versteht, kann ihm Verständnis entgegenbringen. Die Wirksamkeit der therapeutischen Bejahung des Klienten ist zweifelsohne ein beruhigendes und entspannendes, als auch tröstendes Gefühl, das jedoch nicht bedeutet, eine Erkrankung vollkommen aufzuheben (vgl. Finzen, 2002). Es gilt, die vorhandenen Ressourcen zu nutzen und jene im Sinne der Selbstheilung zu fördern (vgl. Besems/ van Vugt 1996), denn, die Selbstaktualisierungstendenz liefert die Basis der psychischen Genesung, die das Selbst regulieren und psychische Probleme heilen kann.

Laut Cullberg (vgl. 2008) muss ein gemeinsames Zusammenspiel von Persönlichkeit, sozialem Netzwerk und Medikation stattfinden, um eine Genesung hervorzurufen. Folgt man dementsprechend dem therapeutischen Vorgehen der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung und versucht die Persönlichkeit des Betroffenen zu festigen, nimmt sich demnach noch den vorab genannten Gesamtplan zu Herzen und integriert die Mitmenschen, alles basierend auf einem medikamentösen Grundbett, so sollte der psychische Zustand verbessert werden und eine Heilung eintreten. Jedoch muss grundsätzlich festgehalten werden, dass viele psychisch Kranke, dementsprechend auch Schizophrene, selten gesund werden und meist Höhen und Tiefen erleben, dessen Dauer unterschiedlich lange sein kann (vgl. Finzen 2002).

7.1 Zusammenfassung

Ob eine völlig Heilung der Erkrankung Schizophrenie eintreten kann oder nicht, ist bis heute nicht zur Gänze geklärt. Es lassen sich unterschiedliche Auffassungen referieren, die von einem unheilbaren, über eine teilweise Ermöglichung, bis hin zu vollkommenen Heilung variieren. Der Mensch als selbstheilende Instanz ist nennenswert. So wird zumal auf die Selbstaktualisierungstendenz des Menschen verwiesen, die ihn gesund werden lassen möchte (vgl. Finzen 2002). Um also eine Genesung hervorzurufen, müssen die vorhandenen Ressourcen aufgedeckt und gefördert werden. Daraus kann nicht schlussgefolgert werden, dass die Förderung der Selbstaktualisierungstendenz zu einer psychischen Gesundung führt, denn wie Finzen (vgl. 2002) aufzeigt, erleben psychisch erkrankte Menschen Höhen und Tiefen.

8. Zusammenfassung und Ausblick

Ver(-)rückt? Der Titel dieser Arbeit scheint auf den ersten Blick fragwürdig, doch bei genauerer Betrachtung ist er doch sehr aussagekräftig. Ver(-)rückt im Sinne von sich nicht am rechten Platz befindend und im Sinne von wahnsinnig. Beides Zustände, die auf Menschen mit Schizophrenie zutreffen. Sind sie nun ver- rückt oder verrückt? In gewisser Weise beides, denn sie sind ver- rückt in ihrer Wahrnehmung, die sie nach außen verrückt erscheinen lässt. Diese Verrücktheit ver - rückt sie immer mehr und mündet in sozialer Isolation. Wie kann man Menschen aus dem schizophrenen Formkreis individuell leben lassen, trotz oder gerade wegen ihrer Ver- rücktheit, ohne sie jedoch verrückt zu machen? Was kann ich tun, um das Ver - rücktsein nicht tragende Kraft und handelndes Axiom meines Lebens werden zu lassen? Was brauchst du, damit dein Ver - rückt sein nicht so verrückt erscheint und dich folgedessen nicht ausschließt? Diese Fragen sind bewusst in der zweiten Person Singular formuliert, da gleich wie verworren und pathologisch Menschen sein mögen, ihnen doch stets die Entscheidungskraft inne bleiben soll. Er, der Mensch selbst, ist Experte seiner Selbst. Die Grundannahmen Rogers sind dementsprechend beizubehalten, wie jedoch in der vorhergegangenen Arbeit deutlich gemacht, muss auf einen modifizierten - differenziell - krankheitstheoretischen Zugang verwiesen werden.

Die vorliegende Arbeit setzte sich mit der Fragestellung auseinander, ob denn eine Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Schizophrenie eine Persönlichkeitsentwicklung in Gang setzt und wenn ja, welche Besonderheiten zu berücksichtigen sind. Die Frage kann insofern teilweise positiv beantwortet werden, da sehr wohl eine Persönlichkeitsentwicklung eintritt, jedoch nur unter Berücksichtigung eines Gesamtplans. Nach den bisher dargestellten Kriterien erweist sich eine einzig gesprächspsychotherapeutische Behandlung als unzureichend. Wesentlich ist, dass der an Schizophrenie erkrankte Mensch so gut wie möglich in seine unmittelbare Umwelt integriert wird und Unterstützung erfährt. „Die gesprächspsychotherapeutischen Hilfen werden nicht isoliert, sondern in einem therapeutischen Gesamtplan in Verbindung mit

Krankheitsinformationen und Hilfen für die Gestaltung und Bewältigung der Aufgaben des täglichen Lebens ggf. mit Einnahme von störungsspezifisch wirkenden Medikamenten, die für die Patientinnen zustandsangemessenen und realitätsgerecht sind, verwirklicht“ (Speierer 1994, 192). Speierer nimmt auf die alltäglichen Situationen Rücksicht, da diese den Menschen maßgebend beeinträchtigen. Copingstrategien müssen erarbeitet werden, die zu einer emotionalen Entlastung führen (vgl. Baier/ Teusch 1997). Auch Teusch weist darauf hin, dass die alleinige Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung schizophrener Klienten nicht ausreichend ist. Vielmehr bezeichnet er sie als Baustein „in einem mehrdimensionalen Behandlungsplan“ (Teusch 1994, 94). Bei Personen mit Schizophrenie ist also ein mehrdimensionaler Behandlungsplan unumgänglich, wobei besonderes Augenmerk auf die Einnahme von Medikamenten liegt.

Da erst im subakuten Stadium ein gewisses Maß an Krankheitseinsicht auftritt, sind gesprächspsychotherapeutische Interventionen zuvor nicht anzuraten. Sollte keine Krankheitseinsicht und damit einhergehendes Inkongruenzerleben vorhanden sein, so kann eine Gesprächspsychotherapie nicht durchgeführt werden. Die Frage, wie denn ein Mensch, der an Schizophrenie erkrankt ist, wieder gesund werden kann, wenngleich er doch keinen erkenntlichen Leidensdruck durchlebt, findet ihre Beantwortung im subakuten Zustand. Die fehlende Krankheitseinsicht stellt sich im Laufe der Zeit ein und kann im therapeutischen Kontext erarbeitet werden. Wie Finzens (2002, 119) sagt „Wer krank ist, will gesund werden“. Um die Möglichkeit der Genesung aufrechtzuerhalten, müssen krankheitsspezifische Interventionen gesetzt und diagnostisches Wissen verlangt werden. Das bedeutet, dass ein differenzieller Ansatz die Grenzen der Personenzentrierten Psychotherapie erweitern kann (vgl. Hutterer 2005).

Es ist die Aufgabe des Therapeuten, eine sichere Basis zu bieten. Ausgehend von dieser kann der Klient die Erfahrung einer sicheren Beziehung machen und Empathie, Wertschätzung und Akzeptanz erfahren. Im Kontext mit einer mehrdimensionalen Behandlung kann der Klient eine konstruktive Verhaltensänderung erleben. Um diese Basis, die eine wohlwollende Atmosphäre impliziert, schaffen zu können, muss auf

störungsspezifische Defizite geachtet werden. Ambivalenzen wie Macht und Stärke, Nähe und Distanz müssen ausgehalten werden und in differenzieller Weise Betrachtung finden. Die Besonderheiten, die sich im therapeutischen Kontext ergeben, verweisen auf störungsspezifische Defizite schizophrener Klienten.

Da ein Leben mit Schizophrenie sehr verwirrend, beängstigend und einsam sein kann, ist eine Auseinandersetzung damit wichtig. Sie sind Teil unserer Gesellschaft und werden anhand gesellschaftlicher Normen zu einem einsamen Leben gedrängt. Das bedeutet, dass weitere Forschungen und die Erarbeitung eines effektiven Gesamtplans nicht stagnieren darf.

Da Schizophrene vor allem aufgrund der Negativ - Symptome leiden und die soziale Isolation sie innerlich verkümmern lässt, muss eine verstärkte Reintegration in die Gesellschaft angedacht werden. Das bedeutet jedoch nicht, eine vollkommene Anpassung und Adaption der gesellschaftlichen Werte und Richtlinien, sondern vielmehr eine Unterstützung derer, die die Richtlinien nicht einhalten können. Symptome, die ein zwischenmenschliches Miteinander erschweren, sind vor allem die fehlende Kompetenz, Beziehungen einzugehen und damit verbunden kommunikative Interaktionen durchzuführen. Wie bereits erläutert, weisen Menschen mit Schizophrenie eine sehr eingeschränkte bis hin zu einer völlig unverständlichen Sprache auf, die jedoch nicht aus Mangel an Sprachvermögen, sondern aus Ängsten und verworrenen Denkmustern resultiert. Das bedeutet, dass Ängste, verrückt erlebt zu werden, minimiert werden müssen und Denkmustern logischen Schlüssen folgen müssen. Es gilt demnach vermehrt auf eine Strukturierung im kognitiven Bereich zu achten und etwaige Übungen zu machen. Denn wenn die Gedankengänge besser strukturiert und geordnet werden können, kann eine verbesserte sprachliche Fähigkeit festgestellt werden, die wiederum zwischenmenschliche Beziehungen und Kommunikationen erleichtern und somit den an Schizophrenie erkrankten Menschen mit seiner Umwelt verbindet. Diese Verbindung, interpersonale Auseinandersetzung und das sich als Teil einer Einheit zu fühlen, führen zur Identitätsstärkung.

Angst hat man nur vor Unbekannten. Weshalb eine Art Psychoedukation nicht nur für Erkrankte und deren Familienmitglieder angeboten werden sollte, sondern für jedermann. Das bedeutet, dass Informationen den Weg zur breiten Masse finden müssen, um Verständnis und Akzeptanz für das teilweise irritierende Verhalten schizophrener Menschen zu erlangen, was wiederum den Baustein eines Miteinanders bildet, der jeden und somit auch den schizophrenen Menschen interaktiven Teil der Gesellschaft werden lässt. Damit verbunden sind freizeitorientierte Einrichtungen und Gestaltungen zu nennen. Denn es gilt den Menschen in seiner vollen Entfaltung zu betrachten, was nicht nur den therapeutischen Kontext beinhaltet. Die vorherrschende Angst in Interaktion zu treten und sich der Welt zu offenbaren, erschwert selbstverständlich auch die Freizeitgestaltung, die jedoch wesentlich für ein ausgeglichenes Befinden erscheint. Der Therapeut sollte demnach eine aktive Haltung einnehmen und die Thematik und Gestaltung der Freizeit bewusst mit einbeziehen. Prinzipiell gilt, an den mehrdimensionalen Therapieplan festzuhalten und auf die Individualität des Menschen zu achten. Es kann keine schlussfolgernden Worte geben, ob denn eine Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für Menschen mit Schizophrenie geeignet ist oder nicht. So individuell der Mensch ist, so individuell soll auch die Auswahl der Therapierichtung sein. Nur der Klient selbst kann entscheiden, welche Therapie für ihn als Person annehmbar scheint.

8.1 Kurzzusammenfassung

Diese Diplomarbeit befasst sich mit dem Bereich der differenziellen Anwendung der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Schizophrenie. Zu Anfang wurde der personenzentrierte Ansatz im Allgemeinen erläutert, um anschließend auf die Modifikation dessen einzugehen. Es kristallisiert sich rasch heraus, dass die psychotherapeutische Behandlung schizophrener Klienten einige Hürden zu überwinden hat. So stellt die soziale Isolation, die unter anderem aus mangelnder Wertschätzung der Umwelt der Person gegenüber auftritt, ein gravierendes Problem dar. Damit zusammenhängend muss auch Bezug auf die sprachliche Inkompetenz, die sich folglich auf die mangelnde Beziehungsfähigkeit auswirkt, eingegangen werden. Das bedeutet, dass die erste Bedingung Rogers, nämlich in Kontakt treten zu können, schizophrene Menschen den Zugang zur klassischen Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung untersagt und folglich einer Adaption bedarf. Es gilt, eine Adaption der Grundhaltungen anzustreben, die einen mehrdimensionalen Behandlungsplan verfolgen, der sowohl eine medikamentöse Therapie inne hat, Alltagsbewältigungshilfe anbietet als auch sozialtherapeutische Maßnahmen berücksichtigt. Der Mensch soll als Einheit, die in mehreren Ebenen fungiert, wahrgenommen und geschätzt werden. Vertritt der Therapeut diese Haltung, kann der Klient sich besser annehmen und sich als Person, die ein Gesamtbild darstellt, wahrnehmen. Nimmt sich eine Person an, verbessert sich die zwischenmenschliche Kommunikation und infolgedessen die Beziehungsfähigkeit. Um den Klienten jedoch vorerst therapiefähig zu machen, konzipiert Prouty eine Therapieform, die vor allem jenen Personen helfen soll, die die erste Bedingung nicht erfüllen. So beschreibt er die Prä - Therapie, die schizophrene Klienten von einer prä - expressiven, hin zu einer expressiven Ebene führen soll.

8.2 Abstract

This thesis delves into the differential practice of Person- Centered- Psychotherapy as well as counseling with schizophrenics. Firstly it was important to give an overview of the conventional psychotherapy which is named after Rogers. Soon it became clear that there are many issues which can not be solved in the traditional way. As a result there is need for a modification of the therapy. Social isolation, which is a result of missing positive regard, and linguistic incompetence leads to a deficient ability to enter into relationships. Schizophrenics cannot achieve the first condition - to be in contact - Rogers asks for. Therefore these group of people gets excluded and relies on this modification. Schizophrenics need a multidimensional treatment plan, which includes medical therapy, coping with daily life and social therapy. The human being oneness, which operates on many levels should be seen, acknowledged and appreciated. If the therapist follows these guidelines, with the needed attitude and accepts the client as and for what he is, the client return will be able to accept himself. Furthermore he can improve his communication and the ability of getting into and bearing up to interpersonal relationships. Noteworthy is also Proutys Pre- Therapy, which allows the client to develop himself from a pre-expressiv to a expressiv stadium.

9. Literaturverzeichnis

- ALANEN, Y. O. (2001): Schizophrenie. Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste Behandlung. – Klett- Cotta Verlag: Stuttgart
- BAIER, M./ TEUSCH, L. (1997): Ein Behandlungskonzept zur Bewältigung belastender Emotionen und kognitiver Defizite bei Schizophrenie. In: MOSHAGEN, D. H. (Hrsg.): Klientenzentrierte Therapie bei Depression, Schizophrenie und psychosomatischen Störungen. – Asanger Verlag: Heidelberg, 105 - 113
- BÄUML, J./ PITSCHEL- WALZ, G. (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen: Konsensuspapier der Arbeitsgruppe >Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen<. 2. erweiterte und aktualisierte Auflage. – Schattauer Verlag: Stuttgart
- BELLAK, L. (1975): Die systematische Diagnose des Schizophrenie-Syndroms. In: AMMON, G. (Hrsg.): Geist und Psyche. Psychotherapie der Psychosen. – Kindler Verlag: München, 103 - 115
- BENEDETTI, G. (1975): Schizophrenie. In: AMMON, G. (Hrsg.): Geist und Psyche. Psychotherapie der Psychosen. – Kindler Verlag: München, 70 - 83

- BESEMS, T./ VAN VUGT, G. (1996): Gestalttherapie mit psychotisch gestörten Menschen: Ausgangspunkt - Diagnose - Therapie. In: HUTTERER- KRISCH, R. (Hrsg.): Psychotherapie mit psychotischen Menschen. 2. erweiterte Auflage. – Springer-Verlag: Wien, 581 - 613
- BIERMANN- RATJEN, E.- M. (1993): Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: ECKERT, J./ HÖGER, D./ LINSTER, H. (Hrsg.): Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. – GwG-Verlag: Köln, 77 - 87
- BIERMANN- RATJEN, E.- M. (2002): Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts. In: KEIL, W. W./ STUMM, G. (Hrsg.): Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. – Springer Verlag: Wien, 123 - 145
- BINDER, U. / BINDER, H.- J. (1991): Studie zu einer störungsspezifischen Klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung. Psychosomatisches Erleben. Depressives Leiden. – Dietmar Klotz Verlag: Eschborn

BINDER, U. (1996a): Empathie und kognitive soziale Perspektivenübernahme. In: FRIELINGSDORF- APPELT, C./ PAPST, H./ SPEIERER G.- W. (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung. – GwG- Verlag: Köln, 131 - 143

BINDER, U. (1996b): Klientenzentrierte Psychotherapie mit Patienten aus dem schizophrenen Formkreis. Ein systemimmanentes, störungsspezifisches Verstehens- und Handlungskonzept. In: HUTTERER- KRISCH, R. (Hrsg.): Psychotherapie mit psychotischen Menschen. 2. erweiterte Auflage. – Springer-Verlag: Wien, 185 - 210

BÖHM, W. (2005): Wörterbuch der Pädagogik. 16. vollständig überarbeitete Auflage. – Alfred Kröner- Verlag: Stuttgart

BRAUN, U. (1983): Selbstaktualisierung versus Verhaltenskontrolle. Aufarbeitung der Kontroverse Rogers - Skinner zur Klärung theoretischer Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. - Peter Lang Verlag: Frankfurt am Main

BUCHMÜLLER, J. (1993): Die Selbstidentität des schizophrenen Patienten. In: VAN HUSEN, B. (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen. - Quintessenz Verlag: München, 79 - 93

CULLBERG, J. (2008): Therapie der Psychosen. Ein interdisziplinärer Ansatz. - Psychiatrie- Verlag: Bonn

DANNER, H. (1998): Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik. Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik. 4. überarbeitete Auflage. – Ernst Reinhardt Verlag: München

DÖRNER, K./ PLOG, U./ TELLER, C./ WENDT, F. (2002): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. - Psychiatrie- Verlag: Bonn

ECKERT, J./ BIERMANN- RATJEN, E.- M. (1998): The Treatment of Borderline Personality Disorder. In: GREENBERG, L. S./ WATSON, J. C./ LIETAER, G. (Hrsg.): Handbook of experiential psychotherapy. - The Guilford Press: New York, 349 - 367

FINKE, J. (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. – Georg Thieme Verlag: Stuttgart

FINKE, J. (1996): Störungsspezifische Behandlung als Voraussetzung stationärer Gesprächspsychotherapie bei schweren psychischen Störungen. In: FRIELINGSDORF- APPELT, C./ PAPST, H./ SPEIERER G.- W. (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung. – GwG- Verlag: Köln, 105 - 115

FINKE, J. (2004): Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen. 3. neuüberarbeitete und erweiterte Auflage – Georg Thieme Verlag: Stuttgart

FINKE, J./ TEUSCH, L. (2002): Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie. In: KEIL, W. W./ STUMM, G. (Hrsg.): Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. – Springer Verlag: Wien, 147 - 162

FINZEN, A. (2002): Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Räsonieren über das Heilen. – Das Narrenschiff im Psychiatrie- Verlag: Bonn

GAEBEL, W. (1994): Gesprächspsychotherapeutische Ansätze aus der Perspektive schizophrener Kommunikationsstörungen. In: TEUSCH, L./ FINKE, J./ GASTPAR, M. (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder. – Roland Asanger Verlag: Heidelberg, 71 - 76

GENDLIN, E. T. (1967): Therapeutic Procedures in Dealing with Schizophrenics. In: ROGERS C. R./ GENDLIN, E. T./ KIESLER, D. J./ TRUAX, C. B. (Hrsg.): The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics. - The University of Wisconsin Press: Madison, 369 - 400

GENDLIN, E. T./ Rogers, C. R. (1967a): The Conceptual Context. In: ROGERS C. R./ GENDLIN, E. T./ KIESLER, D. J./ TRUAX, C. B. (Hrsg.): The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics. - The University of Wisconsin Press: Madison, 3 - 21

GENDLIN, E. T./ ROGERS, C. R. (1967b): The Design of the Research. In: ROGERS C. R./ GENDLIN, E. T./ KIESLER, D. J./ TRUAX, C. B. (Hrsg.): The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics. - The University of Wisconsin Press: Madison, 23 - 38

HALEY, J. (1996): Die Interaktion von Schizophrenen. In: BATESON, G. (Hrsg.): Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neuen Theorie. 5. Auflage. – Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main, 81 - 107

HAMMER, A. (2002): Die symbolische Bedeutung von Sehen. In: GRUBER, H./ HAMMER, A. (Hrsg.): Ich sehe anders. Medizinische, psychologische und pädagogische Grundlagen der Blindheit und Sehbehinderung bei Kindern. 2. erweiterte Ausgabe– Edition Bentheim: Würzburg, 13 - 14

HOLMA, J./ AALTONEN, J. (2003): Autonomiestreben und narrative Suche in der Psychose. In: ADERHOLD, V./ ALANEN, Y.O./ HESS, G./ HOHN, P. (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. – Psychosozial- Verlag/ Haland & Wirth: Gießen, 179 - 190

HÖGER, D. (1993): Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung-
die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten
Gesprächspsychotherapie. In: ECKERT, J./ HÖGER, D./
LINSTER, H. (Hrsg.): Die Entwicklung der Person und ihre
Störung. Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten
Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. –
GwG-Verlag: Köln, 17 - 41

HUF, A. (1992): Psychotherapeutische Wirkfaktoren. – Beltz
Psychologie Verlag Union: Weinheim

HUTTERER, R. (1996): Rogerianische Psychotherapie schwerer
Störungen. In: HUTTERER- KRISCH, R. (Hrsg.): Psychotherapie
mit psychotischen Menschen. 2. erweiterte Auflage. – Springer-
Verlag: Wien, 504 - 516

HUTTERER, R. (2000): Selbsterfahrung. In: STUMM, G./ PRITZ, A.
(Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. – Springer Verlag:
Wien, 626 - 627

HUTTERER, R. (2005): Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles
Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärung
und Problematisierungen. - Person 1 (1)

KASPAR, S. (2008): Schizophrenie. Symptome. Diagnose. Therapie. -
Verlagshaus der Ärzte: Wien

KEIL, W. (2000): Inkongruenz. In: STUMM, G./ PRITZ, A. (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. – Springer Verlag: Wien, 310 - 311

KIESLER, D. J. (1967): A Scale for the Rating of Congruence. In: ROGERS C. R./ GENDLIN, E. T./ KIESLER, D. J./ TRUAX, C. B. (Hrsg.): The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics. - The University of Wisconsin Press: Madison, 581 - 584

KISSLING, W./ PITSCHEL- WALZ, G. (2003): mit SCHIZO- PHRENIE leben. Informationen für Patienten und Angehörige. Alliance Psychoedukations- Programm. – Schattauer Verlag: Stuttgart

KLINGBERG, S./ BUCHKREMER, G. (2009): Neue Entwicklungen in der Psychotherapie schizophrener Psychosen. – Der Nervenarzt. Vol.80. Nr. 1 – Springer Medizin– Verlag: Heidelberg, 22 - 30

KRAUSE, C. (2003): Pädagogische Beratung: Was ist, was soll, was kann Beratung. In: KRAUSE, C./ FITTKAU, B./ FUHR, R./ THIEL, H.- U. (Hrsg.): Pädagogische Beratung. – Schöningh Verlag: Paderborn, 15 - 31

LEFERINK, K. (1997a): Die Alltäglichkeit des Wahnsinns – Der Lebensalltag chronisch psychisch kranker Menschen in einer sich wandelnden Kultur. In: ZAUMSEIL, M./ LEFERINK, K. (Hrsg.): Schizophrenie der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. 1. Auflage. – Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie- Verlag: Bonn, 83 - 144

LEFERINK, K. (1997b): Sympathie mit der Schizophrenie – Die Moderne und ihre psychische Krankheit. In: ZAUMSEIL, M./ LEFERINK, K. (Hrsg.): Schizophrenie der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. 1. Auflage. – Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie- Verlag: Bonn, 27 - 82

LEVANDER, S. (2003): Problemformulieren – eine Methode zur Begleitung von Psychosepatienten. In: ADERHOLD, V./ ALANEN, Y.O./ HESS, G./ HOHN, P. (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. – Psychosozial- Verlag/ Haland & Wirth: Gießen, 127 - 140

MACNAB, F. A. (1965): Entfremdung und Interaktion. Erfahrungen mit Schizophrenen. - Focus Verlag: Gießen

MARX, R. (1993): Die Symbolisierung in der Schizophrenie. In: VAN HUSEN, B. (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen. – Quintessenz Verlag: München, 51 - 62

- MITTERHUBER, B./ WOLSCHLAGER, H. (2001): Differenzielle Krankheitslehre der Klientenzentrierten Therapie. In: FRENZEL, P./ KEIL, W. W./ SCHMID, P. F./ STÖLZL, N. (Hrsg.): Klienten-/ Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. – Facultas Verlag: Wien, 147 - 189
- MÜLLER, P. (1999): Therapie der Schizophrenie. – Georg Thieme Verlag: Stuttgart
- NAVRATIL, L. (1976): Schizophrenie und Sprache. Schizophrenie und Kunst. Zur Psychologie der Dichtung und des Gestaltens. - Deutscher Taschenbuch Verlag: München
- PANAGIOTOPOULOS, P. (1993): Inkongruenz und Abwehr. Der Beitrag von ROGERS zu einer klientenzentrierten Krankheitslehre. In: ECKERT, J./ HÖGER, D./ LINSTER, H. (Hrsg.): Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. – GwG-Verlag: Köln, 43 - 55
- PFEIFFER, W. M. (1994): Pathogenese aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In: TEUSCH, L./ FINKE, J./ GASTPAR, M. (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder. – Roland Asanger Verlag: Heidelberg, 13 - 17

PFEIFFER, W. M. (1995): Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive. In: SCHMIDTCHEN, S./ SPEIERER, G.- W./ LINSTER, H. (Hrsg.): Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 2. Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre. – GwG-Verlag: Köln, 41 - 81

PÖRTNER, M. (2001): Ernstnehmen- Zutrauen- Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. 3. Auflage. - Klett- Cotta Verlag: Stuttgart

PÖRTNER, M. (2002): Der Personenzentrierte Ansatz in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. In: KEIL, W. W./ STUMM, G. (Hrsg.): Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. – Springer Verlag: Wien, 513 - 532

PÖRTNER, M. (2005): Alt sein ist anders. Personenzentrierte Betreuung von alten Menschen. - Klett- Cotta Verlag: Stuttgart

PROUTY, G. (1998a): Die Grundlagen der Prä - Therapie. In: PROUTY, G./ VAN WERDE, D./ PÖRTNER, M. (Hrsg.): Prä - Therapie. - Klett- Cotta: Stuttgart, 17 - 83

PROUTY, G. (1998b): Pre- Therapy and Pre- Symbolic Experiencing. Evolutions in person- centered/ experiential approaches to psychotic experience. In: GREENBERG, L. S./ WATSON, J. C./ LIETAER, G. (Hrsg.): handbook of experiential psychotherapy. - The Guilford Press: New York, 388 - 409

PROUTY, G. (2002): Prä - Therapie: Einführung zur Philosophie und Theorie. In: KEIL, W. W./ STUMM, G. (Hrsg.): Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. – Springer Verlag: Wien, 499 - 512

REISEL, B. (2001): Ein personenzentriertes Entwicklungsmodell. Zum Verständnis von kindlicher Entwicklung im Personenzentrierten Ansatz. In: FRENZL, P./ KEIL, W. W./ SCHMID, P. F./ STÖLZL, N. (Hrsg.): Klienten-/ Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. – Facultas Verlag: Wien, 96 - 118

ROGERS, C. R. (1967a): A Silent Young Man. In: ROGERS C. R./ GENDLIN, E. T./ KIESLER, D. J./ TRUAX, C. B. (Hrsg.): The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics. - The University of Wisconsin Press: Madison, 401 - 416

ROGERS, C. R. (1967b): The Findings in Brief. In: ROGERS C. R./ GENDLIN, E. T./ KIESLER, D. J./ TRUAX, C. B. (Hrsg.): The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics. - The University of Wisconsin Press: Madison, 73 - 93

ROGERS, C. R. (2005): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. – Fischer Taschenbuch Verlag: Frankfurt am Main

ROGERS, C. R. (2007): Therapeut und Klient. 19. Auflage. – Fischer Taschenbuch Verlag: Frankfurt am Main

- ROGERS, C. R. (2009a): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen – Ernst Reinhardt: München
- ROGERS, C. R. (2009b): Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. 17. Auflage. - Klett- Cotta Verlag: Stuttgart
- ROGERS, C. R./ ROSENBERG, R. L. (1980): Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. – Klett- Cotta Verlag: Stuttgart
- ROGERS, C. R./ STEVENS, B. (2005): Von Mensch zu Mensch. Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen. – Junfermann: Paderborn
- SCHMID, P. F. (2001): Personenzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In: FRENZL, P./ KEIL, W. W./ SCHMID, P. F./ STÖLZL, N. (Hrsg.): Klienten-/ Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. – Facultas Verlag: Wien, 57 - 95
- SCHMID, P. F. (2002): Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In: KEIL, W. W./ STUMM, G. (Hrsg.): Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. – Springer Verlag: Wien, 75 - 105
- SECHEHAYE, M. (1986): Eine Psychotherapie der Schizophrenen. - Klett- Cotta: Stuttgart

SEIKKULA, J. (2003): Wenn der Dialog zur Behandlung wird – Grundlagen des Gesprächs und Optimierung der Therapieversammlung. In: ADERHOLD, V./ ALANEN, Y. O./ HESS, G./ HOHN, P. (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. – Psychosozial- Verlag/ Haland & Wirth: Gießen, 197 - 210

SHLIEN, J. M. (1961): A client- centered approach to schizophrenia: First approximation. In: BURTON, A. (Hrsg.): Psychotherapy of the psychoses. – Basic Books: New York, 285 - 317

SPEIERER, G.- W. (1990): Toward a specific illness concept of client-centered therapy. In: LIETAER, G./ ROMBAUTS, J./ VAN BALEN, R. (Hrsg.): Client- centered and experiential psychotherapy in the nineties. - Leuven University Press: Leuven, 337 - 359

SPEIERER, G.- W. (1994): Das differenzielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. – Roland Asanger Verlag: Heidelberg

SPEIERER, G.- W. (1995): Psychopathologie nach dem differenziellen Inkongruenzmodell der klientenzentrierten Psychotherapie. In: SCHMIDTCHEN, S./ SPEIERER, G.- W./ LINSTER, H. (Hrsg.): Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 2. Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre. – GwG Verlag: Köln, 117 - 138

SPEIERER, G.- W. (1998): Psychopathology According to the Differential Incongruence Model. In: GREENBERG, L. S./ WATSON, J. C./ LIETAER, G. (Hrsg.): handbook of experiential psychotherapy. - The Guilford Press: New York, 410 - 427

SPEIERER, G.- W. (2002): Das Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In: KEIL, W. W./ STUMM, G. (Hrsg.): Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. – Springer Verlag: Wien, 163 - 184

STUMM, G./ KEIL, W. W. (2002a): Das Profil der Klienten-/ Personenzentrierten Psychotherapie. In: KEIL, W. W./ STUMM, G. (Hrsg.): Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. – Springer Verlag: Wien, 1 - 62

STUMM, G./ KEIL, W. W. (2002b): Die verschiedenen Strömungen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Einleitung. In: KEIL, W. W./ STUMM, G. (Hrsg.): Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. – Springer Verlag: Wien, 65 - 72

TEUSCH, L. (1990): Positive effects and limitations of client- centered therapy with schizophrenic patients. In: LIETAER, G./ ROMBAUTS, J./ VAN BALEN, R. (Hrsg.): Client- centered and experiential psychotherapy in the nineties. - Leuven University Press: Leuven, 637 - 644

TEUSCH, L. (1994): Gesprächspsychotherapie bei schizophrenen Störungen. In: TEUSCH, L./ FINKE, J./ GASTPAR, M. (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen

Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder. – Roland Asanger Verlag: Heidelberg, 90 - 99

TEUSCH, L./ FINKE, J. (2002): Personenzentrierte Psychotherapie in der Psychiatrie. In: KEIL, W. W./ STUMM, G. (Hrsg.): Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. – Springer Verlag: Wien, 477 - 497

TEUSCH, L./ LANGE, H. U. (1982): Wert, Schwierigkeiten und notwendige Modifikationen eines Klientenzentrierten Konzepts in der Stationären Nachbehandlung Schizophrener Patienten. In: HELMCHEN, H./ LINDEN, M./ RÜGER, U. (Hrsg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. - Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, 100 - 106

TÖLLE, R. (2008): Wahn. Krankheit. Geschichte. Literatur. – Schattauer Verlag: Stuttgart

TÖLLE, R./ WINDGASSEN, K. (2006): Psychiatrie: einschließlich Psychotherapie. 14. zum Teil neu verfasste Auflage. - Springer Medizin Verlag: Heidelberg

TRUAX, C. B. (1967a): A Scale for the Rating of Accurate Empathy. In: ROGERS C. R./ GENDLIN, E. T./ KIESLER, D. J./ TRUAX, C. B. (Hrsg.): The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics. - The University of Wisconsin Press: Madison, 555 - 568

TRUAX, C. B. (1967b): A Tentative Scale for the Rating of Unconditional Positive Regard. In: ROGERS C. R./ GENDLIN, E. T./ KIESLER, D. J./ TRUAX, C. B. (Hrsg.): The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics. - The University of Wisconsin Press: Madison, 569 - 579

VENTOURATOU- SCHMETTERER, D. (1996): Gestalttherapeutische Gruppenarbeit im Rahmen eines psychiatrischen Rehabilitationszentrums. In: HUTTERER- KRISCH, R. (Hrsg.): Psychotherapie mit psychotischen Menschen. 2. erweiterte Auflage. – Springer- Verlag: Wien, 561 - 580

WARNER, M. S. (2001): Psychological Contact as Meaningful Presence: A Theoretical Reformulation and Application to Difficult Client Process. – Illinois School of Professional Psychology

ZAUMSEIL, M. (1997): Modernisierung der Identität von psychisch Kranken?. In: ZAUMSEIL, M./ LEFERINK, K. (Hrsg.): Schizophrenie der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. 1. Auflage. – Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie- Verlag: Bonn, 145 - 200

ZAUMSEIL, M./ LEFERINK, K. (1997): Einleitung: Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt. In: ZAUMSEIL, M./ LEFERINK, K. (Hrsg.): Schizophrenie der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. 1. Auflage. – Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie- Verlag: Bonn, 6 - 26

9.1 URL

ECKERT, J. [2011]: Was ist Gesprächspsychotherapie? Eine Einführung für interessierte Laien und ratsuchenden Patienten. From: <http://www.dpgg.de/Eckert%20GPT.pdf>, 1 - 10 (Stand 15.10.2011)

FAUST, V. [2011]: Psychiatrie Heute. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. From: <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizotyp.html>, 1 - 34 (Stand 16.10.2011)

GENDLIN, E. T. (1961): Initiating psychotherapy with „unmotivated“ patients. Psychiatric Quarterly, Volume 35. From: http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2035.html, 134 - 139 (Stand 04.07.2011)

GENDLIN, E. T. (1962a): Client- Centered Developments and Work with Schizophrenics. Journal of Counseling Psychotherapy, 9(3). From: http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2141.html, 205 - 212 (Stand 04.07.2011)

GENDLIN, E. T. (1962b): Need for a new type of concept: Current trends and needs in psychotherapy research on schizophrenia. Review of Existential Psychology and Psychiatry, 2(1). From: http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2073.html, 37 - 46 (Stand 04.07.2011)

GENDLIN, E. T. (1963): Subverbal communication and therapist expressivity: Trends in client-centered therapy with

schizophrenics. – Journal of Existential Psychiatry, 4(14). From:
http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2129.html, 105 - 120
(Stand 04.07.2011)

GENDLIN, E. T. (1964): Schizophrenia: Problems and methods of
psychotherapy. Review of Existential Psychology and Psychiatry,
4 (2). From: http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2036.html,
168 - 179 (Stand 04.07.2011)

GENDLIN, E. T. (1966): Research in psychotherapy with
schizophrenic patients and the nature of that „illness“. American
Journal of Psychotherapy, 20(1). From:
http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2097.html, 4 - 16
(Stand 04.07 2011)

ICD 10. From:
[http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/
/block-f20-f29.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-f20-f29.htm), (Stand 16.09.2011)

KINDT, H./ SCHECKER, M. (1998): Sprache und Schizophrenie.
Working Papers in Neurolinguistics and Neuroscience. Neuro 3.
From: <http://www.neurolabor.de/work3.htm>, (Stand 04.07.2011)

PUSCHNER, B./ VAUTH, R./ JACOBI, F./ BECKER, T. (2006):
Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen
mit schizophrenen Störungen in Deutschland. Wie evidenzbasiert
ist die Praxis? – Der Nervenarzt. Volume 77, Nr. 11. From:
[http://www.psychologie.tu-
dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-
puschner-nervenarzt-inpress.pdf](http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-puschner-nervenarzt-inpress.pdf), 1 - 17 (Stand 16.10.2011)

VAN BLARIKOM, J. (2010): The person- centered approach and schizophrenia. – Bibliotheek Jan van Blarikom – From: <http://www.janvanblarikom.nl/nl/artikelen/a-person-centered-approach/the-approach>, (Stand 05.07.2011)

WARNER, M.S. [2011]: Fragile Process. From: <http://www.focusingresources.com/articles/fragileprocess.html>, (Stand 09.10.2011)

ZIMMERMANN, J. [2011]: Sprache und Schizophrenie. From: <http://www.aphasiologie.de/Schizophrenie.pdf>, 1 - 88 (Stand 04.07.2011)

9.2 Abbildungsverzeichnis

SPEIERER, G.- W. (1994): Das differenzielle Inkongruenzmodell (DIM).
Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung.
– Roland Asanger Verlag: Heidelberg

9.3 Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|--|
| bzw. | beziehungsweise |
| d.h. | das heißt |
| DIM | Differenzielles Inkongruenzmodell |
| et al. | et alii |
| etc. | et cetera |
| ev. | eventuell |
| ggf. | gegebenenfalls |
| Hrsg. | Herausgeber |
| ICD | International Classification of Diseases |
| i.e. | id est |
| m. a. W. | mit anderen Worten |
| u.a. | unter anderem |
| URL | Uniform Resource Locator |
| usw. | und so weiter |
| u.v.m. | und vieles mehr |
| WHO | World Health Organization |
| z.B. | zum Beispiel |
| z.T. | zum Teil |

Lebenslauf: Marlene Aixner

marlene_a@gmx.at

■ Persönliche Daten

Name: Marlene Aixner
Geburtsdaten: 18.08.1986
Geburtsort: Klagenfurt
Staatsangehörigkeit: Österreich

■ Schulbildung

09.1992 – 07.2004 Rudolf - Steiner - Schule Klagenfurt
Abschluss: Matura - Externistenprüfung

■ Praktische Erfahrungen

06. - 07. 2003 Behindertenbetreuung in Camphill Blair
Drummond, Stirling, Schottland
09. - 10. 2004 Kinderbetreuung in Waldorf- Kindergarten,
Klagenfurt und Viktring, Österreich
01. - 07. 2005 Behindertenbetreuung in Camphill- Blair
Drummond, Stirling, Schottland
Sommer 2006 Behindertenbetreuung in der sozialen
Einrichtung der Barmherzigen Schwestern
Zams, Marienhof, Maria Saal, Österreich
Sommer 2007 Au- Pair in Dublin, Irland
Sommer 2008 Au- Pair in Princeton, Amerika

| | |
|---------------------|---|
| 09. 2007 - 09. 2010 | Behindertenfreizeitbetreuung in Club 21, Wiener Hilfswerk, Wien, Österreich |
| 10. 2010 - 06. 2011 | Sprachassistenz - Deutsch als Fremdsprache - in Campion School und Northampton School for Girls, Northampton, England |
| Seit 09. 2011 | Behindertenfreizeitbetreuung in Club 21, Wiener Hilfswerk, Wien, Österreich |

■ **Wissenschaftliche Erfahrung**

| | |
|---------------------|--|
| 10. 2008 - 05. 2009 | Mitarbeiterin bei STEEP- Forschungsprojekt: „Die Entwicklung der Beziehung von Mutter und Baby“ |
|---------------------|--|

■ **Sprachen**

Deutsch: Muttersprache

Englisch: fließend in Wort und Schrift

Schwedisch: Gute Kenntnisse

Französisch: Grundkenntnisse

Österreichische Gebärdensprache: Grundkenntnisse