

Unterstützende Beratungsarbeit bei psychiatrischen Krankheitsbildern

Martina Behr

25. März 2004

Abschlußarbeit zum psychologischen Berater an den

Deutschen Paracelsus Schulen



"ALTERIVS NON SIT, QVI SVVS ESSE POTEST"

Keines anderen soll sein, wer sein eigener sein kann.

Inhaltsverzeichnis

1	Notwendigkeit unterstützender therapeutischer Arbeit bei psychiatrischen Krankheitsbildern	1
2	Psychische Störungen mit Krankheitswert	2
2.1	Neurosen	2
2.2	Persönlichkeitsstörungen	2
2.3	Psychosen	2
2.4	Psychiatrische Krankheitsbilder	3
3	Möglichkeiten therapeutisch-beratender Intervention	4
3.1	Verhaltenstherapeutisches Vorgehen	4
3.2	Die klientenzentrierte Beratung	5
3.3	Die Integrative Gestalt-Beratung	6
3.4	Psychoanalytisch fundierte Beratung	7
3.5	Verhaltensmerkmale im Beratungsgespräch	8
4	Die Fallbearbeitung	10
4.1	Vorstellung des Themas	10
4.2	Problemanalyse und vorläufige Diagnose	11
4.3	Beratungsverlauf	16
4.3.1	Beratungsvorschlag	16
4.3.2	Zusammenarbeit mit dem Psychiater	16
4.4	Zieldefinition	17
4.5	Interventionen	17
4.5.1	Abschluß und Erfolgskontrolle	22
5	Grenzen der Beratung – Zusammenfassung	23

1 Notwendigkeit unterstützender therapeutischer Arbeit bei psychiatrischen Krankheitsbildern

„Die Therapie sollte sich nie an der Theorie, sondern an der Beziehung ausrichten“ [Yal02]

Gesundheit und Krankheit bilden für jedes Individuum ein Spektrum, sowohl auf körperlicher, psychischer und geistiger Ebene. Über die gesamte Lebensspanne eines Menschen wirken biologische, soziale, psychologische und kulturelle Faktoren in nicht linearer und nicht additiver Weise zusammen. Erkrankt ein Mensch im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung, die psychiatrischer Behandlung bedarf, ist es wichtig, ihn nicht auf diese Krankheit zu reduzieren, sondern ihn in seiner Ganzheit und Individualität zu sehen.

Eine genaue medizinische Diagnostik und medikamentöse Behandlung bei ernsthaften Störungen mit biologischem Substrat (z.B. Schizophrenie, bipolare Störungen, Affektpsychosen) ist äußerst wichtig und entscheidend zur Wiedererlangung der Gesundheit (auf den Grad des Spektrums, der für den Patienten erträglich ist). So kann etwa mit der fälschlichen Diagnose einer schizophrenen Erkrankung eine nicht indizierte Medikation mit Neuroleptika einhergehen, die mit dem Risiko potentieller Nebenwirkungen und Spätfolgen verbunden ist. Darüber hinaus wird der Betroffene möglicherweise einer unnötigen Stigmatisierung ausgesetzt, die auch heute leider noch die Diagnose einer Schizophrenie mit sich bringt.

Da der Mensch sehr komplex ist, sollte auch die Therapie komplex sein. Daher ist es meiner Meinung nach im Interesse des Patienten unerlässlich, in die psychiatrische Behandlung unterstützende therapeutische Arbeit zu integrieren. So ein stützendes Verfahren eines Psychotherapeuten bzw. psychologischen Beraters kann einen Beitrag leisten, dem Patienten ein selbstbestimmtes Leben im gesellschaftlich-sozialen Umfeld zu ermöglichen.

Ich habe dieses Thema gewählt, weil ich im privaten wie im beruflichen Bereich mehrmals mit Schwierigkeiten konfrontiert war, die Menschen mit psychiatrischer Krankheit bekamen (z.T. auch deren Angehörige), aus dem Grund, daß ihnen nach Psychiatricaufenthalt o.ä. wenig Hilfe zu Teil wurde.

Es ist mir wichtig zu zeigen, daß eine therapeutische Begleitung möglich und notwendig ist. Der Mensch ist mehr als nur seine Krankheit. Eine Diagnose sollte nicht das Blickfeld verengen und die Fähigkeit vermindern, den anderen als Person wahrzunehmen. Natürlich muß mir bewußt sein, daß eine unterstützende Beratung und ich als Berater Grenzen haben und die Kooperation mit dem behandelnden Psychiater oberste Priorität besitzt.

2 Psychische Störungen mit Krankheitswert

„Psychische Störungen sind eine Sammelbezeichnung` für alle Erlebnis- und Verhaltensweisen von Menschen, die von der Norm abweichen und für das Individuum und/oder seine Umwelt Beeinträchtigungen verschiedenster Art und unterschiedlichen Ausmaßes hervorrufen.“ [Zim99] Zu den psychischen Störungen lassen sich Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen zählen.

2.1 Neurosen

Der Begriff Neurose meint ein von der Norm abweichendes Verhalten, das nicht organisch begründbar ist. Das nicht normative Verhalten entwickelt sich aus Schockerlebnissen, unbewältigten Konflikten oder einschneidenden Mißerfolgserfahrungen. Ein wesentliches Merkmal der Neurose ist die Angst, die „entweder bewußt erlebt wird oder aber durch Vermeidung angstauslösender Reize, Gedanken und Verhaltensweisen andere Probleme verursacht“. [Zim99]

2.2 Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind tiefverwurzelte, fehlangepaßte Verhaltensmuster, die üblicherweise das gesamte Leben anhalten. Sie sind in der Regel schwerer als Neurosen, gehen aber noch nicht mit einem starken Abbau der Persönlichkeit oder einem extremen Realitätsverlust einher. Diese Störungen verursachen bei den Betroffenen deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und der Beziehungsfähigkeit.

2.3 Psychosen

Der unter einer Psychose leidende Mensch weist besonders im akuten Stadium schwere Denk-, Gefühls- und Verhaltensstörungen auf. Psychosen gehen mit einem Abbau der Persönlichkeit und bei entsprechendem Schweregrad einem Realitätsverlust einher.

Man unterscheidet zwischen endogenen und exogenen Psychosen. Exogene Psychosen sind eindeutig organisch verursacht, z.B. durch eine Hirnschädigung. Als endogene Psychosen werden die Schizophrenien und die manisch-depressiven Krankheiten bezeichnet. Es wird bei diesen Störungen angenommen, daß eine genetische Disposition vorliegt. Es müssen aber bestimmte Erziehungs- und Umweltbedingungen vorliegen, damit die Krankheit offenkundig wird.

2.4 Psychiatrische Krankheitsbilder

Im allgemeinen bedürfen psychotische Erkrankungen einer ambulanten oder stationären psychiatrischen Behandlung. Auch bei schweren Neurosen kann diese Behandlung indiziert sein. „Die Psychiatrie ist die Bezeichnung für das Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Diagnose, Behandlung und Vorbeugung von schweren psychischen Störungen, vor allem von Psychosen befaßt“ [WA80]

Die klinisch diagnostischen Leitlinien finden sich in [HDOO]. Folgende Einteilung wird dort vorgenommen:

- F0** Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2** Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3** Affektive Störungen
- F4** Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5** Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7** Intelligenzminderung
- F8** Entwicklungsstörungen
- F9** Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Die Therapieformen der Psychiatrie umfassen drei Bereiche:

- Somatherapie
- Psychotherapie
- Soziotherapie

Die Somatherapie umfaßt vor allem die Gabe von Medikamenten. Diese zur Anwendung kommenden Psychopharmaka lassen sich gemäß ihrer Einsatzgebiete untergliedern:

	Indikation
Neuroleptika	Psychosen; besonders Schizophrenie mit Plusssymptomatik
Antidepressiva	Depression, besonders Minussymptomatik
Seditiva	Schlafstörungen, Angst, Überforderung

Auf die zum Einsatz kommenden Formen der Psycho- und Soziotherapien gehe ich in einem späteren Kapitel näher ein.

3 Möglichkeiten therapeutisch-beratender Intervention

Derzeit gibt es etwa 600 verschiedene Therapieverfahren und psychologische Interventionsmethoden. Sowohl die neu entstandenen wie auch die klassischen Therapieverfahren unterscheiden sich zum Teil erheblich in dem Ausmaß, in welchem sie theoretisch fundiert sind.

Nimmt man Eigenständigkeit und theoretische Fundierung als Kriterium, und berücksichtigt man dazu die Verbreitung, die ein Ansatz im deutschsprachigen Raum gefunden hat, so lassen sich vier bedeutsame Richtungen unterscheiden, auf deren Grundlagen auch Konzeptionen zur Beratung beruhen. Dabei handelt es sich um psychoanalytisch-fundierte Ansätze, den klientenzentrierten Ansatz, um verhaltenstherapeutische Ansätze sowie um den Ansatz der integrativen Gestaltberatung. Der wesentliche Unterschied zwischen diesen vier Methoden liegt in der Auffassung vom Wesen psychischer Probleme. Alle Unterschiede in der Konzeption des beraterischen Prozesses leiten sich hiervon ab. Grundsätzlich macht sich heute in der modernen Psychotherapie ein methodenübergreifendes Arbeiten bemerkbar.

Für die Wirkung einer Therapie ist es immer „weit aus entscheidender, welcher Therapeut mit welchem Patienten interaktionell, welches Verfahren anwendet“ [Ra199]. Das heißt, am Ende steht die Qualität der Beziehung als wichtiger für den Prozeß im Raum als die reine Methode.

Im folgenden möchte ich kurz einige Konzepte der genannten Theorien anreißen.

3.1 Verhaltenstherapeutisches Vorgehen

Unter Verhaltenstherapie wird eine Vielzahl therapeutischer Methoden verstanden, deren Gemeinsamkeit in einer theoretischen Grundlage besteht. Diese Grundannahme besagt, daß psychische Probleme immer als Verhaltensstörung interpretierbar sind. Psychische Störungen werden als erlernte Fehlverhaltensweisen gesehen, die durch Veränderung

von Umweltbedingungen oder durch Einleitung eines erneuten Lernprozesses beeinflusst werden können.

„Bei der therapeutischen Beeinflussung von Verhalten ist für die Verhaltensmodifikation die *Situation*, die dem Verhalten vorausgeht, das *Erleben*, das es begleitet, und die *Konsequenz*, die ihm folgt, sehr wesentlich.“[BR77]

Im Gesamtspektrum der Verhaltenstherapien werden diverse, zum Teil sehr komplexe Behandlungsansätze für unterschiedliche Erkrankungen und Störungen angeboten. Diese sind unter anderem reaktiver, neurotischer, psychotischer und psychosomatischer Natur.

Grundsätzlich kann diese Therapieform zur Krankheitsprophylaxe, zur Krankheitsbehandlung oder zur tertiären Prävention bei chronisch verlaufenden Erkrankungen (im Sinne von Copingverhalten und Krankheitsmanagement bei Schizophrenien) eingesetzt werden. Hauptsächlich durch die Techniken:

- Klassisches Konditionieren
- Operantes Konditionieren
- Modellernen
- Kognitive Umstrukturierung

soll das Fehlverhalten, welches einer Fehlkognition zugrunde liegt, abgebaut werden.

Bei Ansätzen, die auf der theoretischen Basis der Lerntheorien und der kognitiven Theorie stehen, wird in der Regel nicht zwischen psychologischer Beratung und Psychotherapie unterschieden. Dies folgt aus der Annahme, daß alles menschliche Verhalten - unabhängig davon, ob es als gestört oder nicht gestört angesehen wird, und auch unabhängig davon, wie schwerwiegend eine eventuelle Störung erscheint - nach den gleichen Gesetzen erworben und verändert wird.

3.2 Die klientenzentrierte Beratung

Der zweite bedeutende Ansatz psychologischer Beratung geht auf Carl Rogers zurück. Seine Position ist repräsentativ für den phänomologischen Ansatz, sein Menschenbild humanistisch geprägt. Zentrale Aussagen sind das Selbstkonzept und die Erfahrungen des Selbst.

In der Persönlichkeitstheorie der klientenzentrierten Gesprächstherapie werden alle psychischen Störungen als Inkongruenzen zwischen Selbst und Erfahrung aufgefaßt.

Der Weg, solche Inkongruenzen zu verringern, geht über die subjektive Welt des Individuums. Das heißt, daß sich Klient und Berater auf genau diese subjektive Welt konzentrieren. In dieser Auseinandersetzung mit dem Selbst wird eine Veränderung möglich. Diesen Vorgang der Selbstexploration beschreiben Tausch und Tausch[Tau70].

Dazu zählen kognitive und emotionale Lernprozesse. Es geht in der Beratung um Prozesse des einführenden Erfassens des Bedeutungs- und Wertgehaltes eigener Emotionen. Während der Therapiesitzungen bemüht sich der Berater um Selbstkongruenz, positive Wertschätzung und Empathie wie Rogers es bezeichnet.

Für den klientenzentriert Arbeitenden unterscheidet sich ein Klient hinsichtlich seiner Entwicklungs- und Veränderungsprozesse in keiner Weise von anderen Menschen. Aus der Persönlichkeitstheorie dieser Richtung ergibt sich, daß die entscheidende Bedingung für eine persönliche Veränderung die Beziehung und deren Qualität zu anderen Menschen ist. Daraus folgt, daß dem Beraterverhalten während der Gespräche besondere Aufmerksamkeit zuteil werden muß.

Im Verlauf der Therapie soll es gelingen, den Klienten schrittweise auf den Weg der Selbsterkenntnis und Selbstentfaltung zu bringen. Dazu wird das unentdeckte Potential des Klienten ermittelt und bewußt gemacht, woraus Selbstverantwortung und Autonomie erwachsen. [Ra199] Dieses Verfahren ist zur begleitenden therapeutischen Arbeit bei psychiatrischen Krankheitsbildern wenig geeignet. Ungeachtet dessen finde ich den Einsatz der von Rogers aufgestellten Therapeutenvariablen, die untrennbar mit diesem Verfahren verbunden sind, in Kombination mit dem jeweils gewählten Beratungsansatz für ausgesprochen wichtig.

3.3 Die Integrative Gestalt-Beratung

Nach der Auffassung der Integrativen Gestalt-Beratung ist Beratungsarbeit immer Arbeit an der Beziehung des Klienten - zu sich selbst, zu seiner Umwelt und seiner jeweiligen Situation.

Das Konzept dieses Ansatzes beruht wie die Psychoanalyse auf psychodynamischen Vorstellungen. Die Begründer der Gestalt-Therapie Fritz und Laura Perls, übernahmen aus der Analyse z.B. das Konzept des Unbewußten und das Instanzenmodell Sigmund Freuds (ES - ICH - ÜBER-ICH). Die Identität des Menschen bezeichnen sie als zentrales Strukturkonzept. Die Identität ist Identifikation (Selbstdefinition, Selbstkonzept) und Identifizierung (Bild, das andere von mir haben).

Nur eine intakte Identität bedeutet für Gestalt-Therapeuten psychische Gesundheit. Störungen in diesem Bereich geben Anlaß zur Intervention in Form der

Gestalt-Therapie bzw. der integrativen Gestalt-Beratung, die sich daraus entwickelt hat.

Das theoretische Fundament beruht weitgehend auf dem Intersubjektivitätskonzept von Martin Buber (1977) und Gabriel Marcel(1968). Danach sind zwischenmenschliche Beziehungen wichtiger Bestandteil des Seins und des Selbst. Buber unterscheidet verschiedene Beziehungsformen, die er als Objektbeziehung, funktionale Beziehung und intersubjektive Beziehung bezeichnet [Bub77].

Für Marcel liegen viele Störungen der Intersubjektivität (und damit der Identität) darin begründet, daß sich ein Mensch oft nicht als aktives Subjekt, sondern passives Objekt erlebt.

Eng mit dem Intersubjektivitäts- und dem Identitätskonzept hängen die beraterisch-therapeutischen Interventionsmöglichkeiten zusammen. Der Kernpunkt liegt in der Wiederherstellung der Beziehungsfähigkeit. Das geschieht mit Hilfe von verbalen Interaktionen, Rollenspielen, Phantasieübungen usw.

Dieses Verfahren kann, wenn es beim Klienten um Störungen seiner Beziehung geht bzw. er Schwierigkeiten hat, sich gegen andere Menschen abzugrenzen, gute Hilfestellungen beim Beratungskonzept geben.

3.4 Psychoanalytisch fundierte Beratung

Umfassende Konzepte zu einer psychoanalytisch orientierten Beratung wurden in Deutschland erst in den siebziger Jahren entwickelt und sind auch heute noch eher die Ausnahme. Besondere Aufmerksamkeit haben die Konzepte von Anton Houben, Wolfram Lüders und Helmut Junker gefunden. [Hou84] Auf die Ansätze von Houben möchte ich in der folgenden Darstellung näher eingehen. Houben geht in der psychoanalytischen Beratungsarbeit von der klassischen konflikttheoretischen Auffassung der Psychoanalyse aus. Seelische Konflikte faßt er als Entscheidungsprozesse auf und beschreibt die dabei ablaufenden psychischen Vorgänge und mögliche Störungen. Diese Entscheidungsprozesse laufen im allgemeinen weitgehend konfliktlos ab, können jedoch in außergewöhnlichen Belastungssituationen krisenhaften Charakter bekommen und so zu psychischen Störungen führen. Während sich die psychoanalytische Therapie -vereinfacht gesprochen- mit langandauernden, chronischen Störungen solcher Entscheidungsprozesse befaßt, richtet sich Beratung auf Probleme in aktuellen Krisensituationen: „sie versteht sich als Hilfe` zu Entscheidungen in eigener Verantwortung"[Rec97] bei krisenbedingten Verhaltenstörungen.

Im beratenden Erstgespräch finden sich die Merkmale der psychoanalytischen Situation wie freie Assoziation, Abstinenz des Analytikers usw. wieder.

Allerdings sind diese der Zielsetzung der Beratung angepaßt. Houben beschreibt ein vierstufiges Vorgehen [Rec97]

1. Anamnese
2. Konzentration auf das *aktuelle* Problem
3. Unterstützung beim Versagen sekundärer Anpassungsprobleme
4. Stärkung der Realitätsprüfung und Unterstützung neuen Verhaltens

Aufgabe des Beraters ist es, den Klienten mit seinen spezifischen Widerständen zu konfrontieren und ihn bei der Erprobung neuen Verhaltens zu unterstützen. So können alte Ängste schrittweise abgebaut und Vermeidung und Abwehr reduziert werden. Dazu müssen dem Ratsuchenden Hilfestellungen gegeben werden, seine vorhandene Realitätswahrnehmung und -interpretation in Frage zu stellen und Alternativen anzubieten.

Selbstverständlich kann die tiefenpsychologische Behandlung in Form einer Beratung nur indiziert sein, wenn die Ich-Funktionen (Funktionen der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Vorstellungsvermögen und Denken) entwickelt sind und gegenwärtig abrufbar zur Verfügung stehen.

Bei Störungen, die weit in die Biographie, vor allem die frühe Kindheit reichen, ist die Therapie in Form der Psychoanalyse notwendig.

Diesen Ansatz A. Houbens halte ich für angebracht zur begleitenden Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder, wenn die oben genannten Voraussetzungen gegeben sind.

Indiziert ist diese Art der Psychotherapie unter anderem bei chronischen Konfliktsituationen, Partnerschaftsproblemen, Versagensängsten, neurotischen Depressionen, Angstneurosen und Lebenskrisen. Kontraindiziert ist das Verfahren bei schizophrenen und affektiven Psychosen, schweren Neurosen und ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen.

3.5 Verhaltensmerkmale im Beratungsgespräch

Jeder Therapeut und Berater folgt bewußt und unbewußt in professionellen Gesprächen einem expliziten oder impliziten Konzept, welches Annahmen darüber enthält, wie sich das eigene Verhalten -verbal wie nonverbal- auf den Patienten bzw. Klienten auswirkt. Nicht nur der Ratsuchende hat Erwartungshaltungen und Ziele an den Berater und die Therapie. Auch dieser bringt seine bevorzugten und vermiedenen Kommunikationsmuster und seine früheren Erfahrungen, seine Vorlieben, Vorurteile, Wertvorstellungen usw. ein, und diese beeinflussen natürlich den Gesprächsverlauf.

Die Klärung der gegenseitigen Erwartungen, Befürchtungen, Wünsche und Ziele sind sehr bedeutsam, da Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund von Mißverständnissen in diesem Bereich den Beratungsprozeß stark behindern können.

Das beraterische Handeln steht in grundsätzlicher Beziehung zum theoretisch fundierten Beratungskonzept mit den darin enthaltenen Vorstellungen vom Wesen des Menschen. [Rec97]

Die von Carl Rogers herausgestellten Therapeutenvariablen, die seiner Ansicht nach in der Kommunikation deutlich werden müssen, möchte ich hier explizit erläutern, da diese für mich gut nachvollziehbar und gut einsetzbar in meiner Arbeit als Berater sind:

- Kongruenz, d.h. Authentizität, Echtheit, Transparenz
- Positive Wertschätzung, d.h. unbedingte Beachtung, Würdigung der Person und emotionale Wärme
- Empathie, d.h. einführendes Verstehen

- Kongruenz -

Der Berater muß tatsächlich und echt an der Person des Klienten interessiert sein. Das setzt jedoch die Fähigkeit voraus, die eigenen Einstellungen und Gefühle wahrzunehmen und zu akzeptieren, auch wenn diese z.T. unangenehm besetzt sind. „Kongruenz bedeutet, daß der Therapeut seiner selbst gewahr ist, daß ihm seine Gefühle und Erfahrungen nicht nur zugänglich sind, sondern daß er sie durch sein Sein und Erleben in die Beziehung zum Klienten einbringen kann . . . "[Woo82]

- Positive Wertschätzung -

Erfährt der Klient Wertschätzung durch den Berater, so wird die Bedingung geschaffen, daß dieser sich selbst achten und annehmen kann. Angst und Spannung können abgebaut, Agressionen und Selbstverachtung vermindert werden.

Der Klient kann auch seine bisher abgelehnten und verleugneten Bedürfnisse und Gefühle eher akzeptieren. „Der Berater respektiert den anderen Menschen als eigenständiges Individuum und nimmt ihn nicht in Besitz.“[RT79] Tausch und Tausch bezeichnen diesen Aspekt der interaktionellen beratenden Beziehung als „Achten - Wärmen - Sorgen.“

- Empathie -

Die 3 Komponenten aus denen Empathie besteht sind: Wahrnehmen, Verstehen und Mitteilen. Jeder Mensch nimmt sich selbst und seine Umwelt in individueller Weise, mit nur von ihm empfundenen Bedeutungen wahr. Dieses Wahrnehmungsfeld ist für jeden seine Realität.

Aufgabe des Beraters ist es, diese innere Realität des Klienten so weit es ihm möglich ist, wahrzunehmen und zu verstehen. Das Mitteilen des Verstandenen erfolgt verbal und nonverbal.

Die Empathie des Beraters beinhaltet nicht nur die verbale Widerspiegelung der emotionalen Erlebnisinhalte des Klienten, sondern die gesamte phänomenale Welt ist Gegenstand der Kommunikation. Je nach Beratungssituation ist es wichtig, sich auf gegenwärtige aber auch vergangene Gefühle, Erlebnisse, Situationen zu konzentrieren.

4 Die Fallbearbeitung

4.1 Vorstellung des Themas

Frau C. ist 51 Jahre alt. Sie erscheint zum Erstgespräch in der Beratungsstelle mit kurzen Hosen und wirkt wie ein kleines Mädchen. Sie ist unsicher und verkrampft, hält die Augen niedergeschlagen während sie gleichzeitig in eigenartig stockender und von abgehackten Gesten unterstützten Sprache erzählt.

Es gehe ihr soweit gut, aber sie habe Schwierigkeiten mit den Nachbarn, die über sie reden würden und versuchten, sie aus dem Haus rauszuekeln. Das Haus habe sie geerbt. Ihr Vater sei schon vor Jahren an einem Schlaganfall gestorben, von dem er sich nicht erholt habe. Vor zwei Jahren habe sich ihre Mutter umgebracht, sie habe sie, als sie vom Einkaufen nach Hause kam, erhängt im Wintergarten gefunden. Ihre Stimme ist unbeteiligt, als sie das erzählt. Der Arzt der Mutter hätte ihr damals erzählt, diese habe Schizophrenie gehabt. Ihr selbst sei nie so etwas aufgefallen.

Das weitere Gespräch ergibt Folgendes: Sie lebt allein in diesem Haus, hat sich allerdings von allen im Dorf abgeschottet. In ihrer Freizeit treibt sie viel Sport, allerdings nur Sportarten, wo man allein ist. Sie habe es mit Volleyball versucht, sei dabei aber nicht so gut mit den anderen zurechtgekommen - sie sei schon ein wenig ein Sonderling, meint sie und lacht ein wenig. Auch in dem Betrieb, wo sie arbeite, sei sie schon aufgefallen. Man habe ihr geraten, zum Arzt zu gehen. Aber sie vermutet, daß man sie angeschwärzt hat.

Das Haus könne ihr aber keiner wegnehmen, sagt sie. Selbst wenn sie keine Arbeit habe, das Haus gehöre ihr. Manchmal fühle sie sich schon einsam. Deshalb sei sie ja auch hier. Sie suche eine Gruppe oder einen Gesprächskreis, wo man Anschluß finden könne.

Dann erzählt sie, daß sie vorhat, ihren Garten mit einer Mauer umgeben zu lassen, damit sie niemand beobachten kann. Auch würde sie Besorgungen außerhalb des Dorfes erledigen. Das sei mit dem Auto ja kein Problem.

4.2 Problemanalyse und vorläufige Diagnose

Nach dem unter 4.1 geschilderten Erstgespräch fällt mir als erstes die Diskrepanz der äußeren Erscheinung von Frau C. zu ihrem Alter auf. Ihr verbaler und nonverbaler Ausdruck wirkt auf mich seltsam und ungewöhnlich. Sie kommt zur Beratungsstelle aus folgenden Gründen:

1. ihre empfundene Einsamkeit sowie der Wunsch, Anschluß an eine Gruppe zu finden
2. ihre Sorge darüber, daß die Nachbarn über sie reden und aus ihrem Haus treiben würden

Frau C. stellt mißtrauische Mutmaßungen über ihre Nachbarn und Kollegen an.

„... Nachbarn, die über sie reden würden und versuchten, sie aus dem Haus rauszuekeln.“

„... sie vermutet, daß man sie angeschwärzt hat.“

Biographische Angaben beschränken sich auf den Tod ihrer Eltern, wobei sie ungewöhnlich distanziert und emotionslos erzählt. Die gegenwärtige Situation stellt sie so dar, daß sie allein in ihrem Haus zurückgezogen lebt, viel Sport treibt(allein), einer Arbeit nachgeht.

Für die Zukunft plant Frau C. „ihren Garten mit einer Mauer umgeben zu lassen, damit sie niemand beobachten kann.“

Diagnose: Selbstverständlich kann nach diesem Erstgespräch zu den gegebenen Informationen nur eine vorläufige Diagnose gestellt werden. Ich habe den Verdacht, daß Frau C. eine psychische Störung hat, die psychiatrischer Behandlung bedarf. Aus diesem Grund überweise ich sie an einen Psychiater, der die genaue Diagnostik vornimmt und eventuell der Patientin Medikamente verordnen wird.

Meiner Ansicht nach handelt es sich bei Frau C. um eine schizotype Störung F21 gemäß ICD10[HD00]. Den in den diagnostischen Leitlinien zu findenden dazugehörigen Begriff der schizotypen Persönlichkeitsstörung möchte ich explizit hervorheben, da sich nach erstem Eindruck Symptome einer Persönlichkeitsstörung zuordnen lassen.

Im ICD10 wird die schizotype Störung beschrieben als „eine Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken.“ Folgende Merkmale, die dort aufgeführt sind, treffen auf Frau C. zu:

- Seltsames, exzentrisches oder eigentümliches Verhalten und Erscheinung:
Frau C. kommt mit kurzen Hosen, wirkt wie ein kleines Mädchen, ist unsicher und verkrampft
- wenig soziale Bezüge und Tendenz zu sozialem Rückzug
- Mißtrauen oder paranoide Ideen
- Denken und Sprache umständlich ... oder anders seltsam, ohne ausgeprägte
Zerfahrenheit:
Frau C. erzählt in „stockender und von abgehackten Gesten unterstützter Sprache“

Weiter steht in [HDOO]: „... wenn die Bezeichnung verwendet wird, sollen drei oder vier der typischen Merkmale [von 9] mindestens zwei Jahre lang, ständig oder episodisch vorhanden gewesen sein.“

Ich gehe davon aus, daß diese Merkmale sich bei Frau C. seit dem Tod ihrer Mutter vor zwei Jahren manifestiert haben. Da ihre Mutter offensichtlich eine Schizophrenie hatte, erhält die Diagnose zusätzliches Gewicht.

Der Verlauf und die Entstehung der schizotypen Störung entsprechen einer Persönlichkeitsstörung. Im Lexikon für Psychologie [WA80] steht folgende Definition: „Charakteristisch für den schizotypen Typus sind abgegrenzte Individualzone, bewußter Gegensatz zwischen Ich und Außenwelt, empfindsames oder gleichgültiges Sich-zurückziehen von der Masse der Mitmenschen, Vorrang von Traum-, Ideen- oder Prinzipienwelt.“

Um zu verdeutlichen, aus welchem Grund ich diese Diagnose stelle, möchte ich im Erklärungsmodell aufzeigen, wie es bei Frau C. aufgrund ihrer Biographie zu schizotypem Verhalten kommt.

Die Ausprägung einer schizotypen Störung ist multikausal bestimmt. Zu den Ursachen zählen:

- biologische Faktoren
- psychogene Faktoren
- prämorbidie Persönlichkeit
- sonstige Faktoren

Die biologischen Faktoren stellen u.a. die genetische Prädisposition dar. Prävalenz: 3% der Gesamtbevölkerung sind betroffen.

Im DSM-IV [Hen99] wird die Störung als tiefgreifendes Muster sozialer und zwischenmenschlicher Defizite beschrieben:

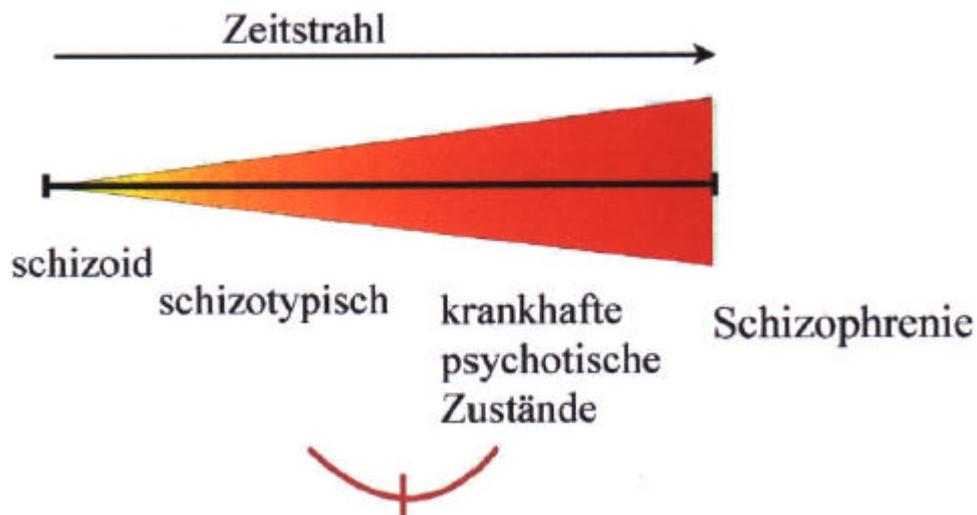
- akutes Unbehagen in zwischenmenschlichen Beziehungen
- Verzerrungen der Wahrnehmung oder des Denkens
- eigentümliches Verhalten

mindestens 5 Kriterien müssen zur Diagnostik herangezogen werden:

- Beziehungsideen
- seltsame Überzeugung, magisches Denken
- **seltsame Denk- und Sprechweise**
- ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen
- **Argwohn, paranoide Vorstellungen**
- **inadäquater, eingeschränkter Affekt**
- **seltsames Verhalten, äußere Erscheinung**
- **Mangel an engen Freunden**
- ausgeprägte soziale Angst

Die hervorgehobenen Merkmale scheinen bei Frau C. vorhanden zu sein.

Der Einfluß frühkindlicher Entwicklungsstörungen erhöht die Wahrscheinlichkeit im Verlauf der Entwicklung eines Menschen, eine psychische Störung mit psychiatrischen Krankheitswert zu bekommen. Folgendes Schema soll dies verdeutlichen:



Werden schizotypische Merkmale wahnhaft, wird die Grenze zu psychotischen Zuständen überschritten, d.h. das Bewußtsein verselbständigt sich immer häufiger. Als Außenstehender fragt man sich dann zunehmend: „Ist das noch normal oder nicht“.

Diesen Eindruck übt Frau C. auf mich aus. Ich vermute, daß sie genau an dieser (gekennzeichneten) Stelle des obigen Spektrums steht. Es gibt keinen Hinweis darauf, daß sie derzeit in familiären Bindungen lebt bzw. verheiratet war o.ä. Die Bezugspersonen waren für sie wahrscheinlich in erster Linie ihre Eltern. Interessant für mich wäre zu erfahren, wie Kindheit und Jugend verlaufen sind und vor allem, wie das Verhältnis zu den Eltern war. Ausgehend von ihrer derzeitigen Lebenssituation nehme ich eine frühe Umweltsituation für sie an, die sich schizodisierend auswirkte. Das bedeutet, daß neben den anderen genannten Ursachen ein Mangel an altersgemäßer Geborgenheit in der Kindheit mitverantwortlich für die Entwicklung schizotyper Persönlichkeitsmerkmale waren.

Frau C. erzählt, sie hätte von der Krankheit ihrer Mutter nichts bemerkt. Das erstaunt mich und läßt für mich den Schluß zu, daß eine liebende Bindung zwischen Mutter und Tochter nicht bestand. Zumindest auf ein gestörtes Kommunikationsverhalten kann man schließen. Das kann zum Teil mit der Schizophrenieerkrankung der Mutter zusammenhängen. Erfährt ein Kind in der Frühstzeit seines Lebens (intensionale Phase) innige Zuwendung und Fürsorge, kann es ein Urvertrauen aufbauen. Erfährt es dagegen in dieser Zeit die Welt „als unheimlich und unzuverlässig, als leer, wird es sich von ihr zurücknehmen, abgeschreckt werden. Anstatt sich vertrauend der Welt zuzuwenden, wird es ein tiefes Mißtrauen erwerben.“[Rie6]

So entwickelt sich die dafür typische Angst vor mitmenschlicher Nähe und im Laufe des Lebens ein Vermeidungsverhalten im persönlich-nahen Bereich, obwohl unbewußt der Wunsch nach Beziehungen besteht. Zwischen der Umwelt und dem Individuum klafft mit den Jahren eine immer breitere Kontaktlücke, was isolierend wirkt. Frühe erlernte Verhaltensmuster wiederholen sich auf höherem Niveau im Erwachsenenleben. Hat Frau C. bis zum Tod ihrer Eltern damit relativ gut leben können, „obwohl sie schon immer ein Sonderling war“, nahmen diese Charakterzüge offenbar durch die immer mehr deutlich gewordene Einsamkeit schizotype Formen an. Durch ihre Abschottung vom Dorfleben, dem Aufgeben des Volleyballsports und abgesehen von ihren Kollegen, dem Meiden von Kontakten, entstanden zunehmend Lücken im mitmenschlichen Umgang. Da Frau C. ihren Nachbarn ausweicht, kann sie nur vermuten, was in ihnen vorgeht. Natürlich kann ich mir vorstellen, daß das Verhalten der Klientin Gesprächsstoff bietet und sie bei den Dorfbewohnern oder ihren Arbeitskollegen als eigentümlich usw. bezeichnet wird. Das führt zu einer immer größer werdenden Unsicherheit, was sie mißtrauisch und krankhaft eigenbezüglich werden läßt, was zu wahnhaften Einbildungen führen kann, „bei denen man dann innen und außen tatsächlich verwechselt, ohne daß die Verwechslung als solche erkannt wird, weil man nun seine Projektionen für die Wirklichkeit hält“. [Rie61]

Warum zum Beispiel sollte ihr jemand das Haus wegnehmen? Die unter-schwellige Annahme der Klientin, daß irgend jemand so etwas beabsichtigt, basiert auf einem Vorurteil, einer Vorstellung, die einer Realitätsprüfung sicher nicht standhalten würde.

Wenn man so vieles, was man draußen wahrnimmt in Beziehung zu sich selbst setzt, unterliegt man mehr und mehr einem Beziehungs- und Bedeutungswahn. Damit wächst auch die Bereitschaft, sich gegen vermeintliche Bedrohungen abzuschirmen. Bei Frau C. wäre das die Mauer um ihren Garten und das Einkaufen außerhalb des Dorfes.

Beim Durchlesen des Erstgesprächs fällt mir sehr stark die Ambivalenz innerhalb ihrer Gefühlswelt auf. Offensichtlich **empfindet** sie ihre Einsamkeit und reflektiert dies. Das finde ich sehr positiv für den Beratungsansatz. Auch ihre Lösungsmöglichkeit, dem Alleinsein zu entgehen, indem sie Anschluß an eine Gruppe Menschen sucht, ist ein gesunder Weg. Andererseits spaltet sie ihre Emotionen ab, denn den Selbstmord ihrer Mutter, der für sie völlig unerwartet kam, konnte und kann sie offensichtlich nicht adäquat verarbeiten. Dies führt zur typisch schizotypen Affektverflachung. Die Abwehrhaltung könnte der Auslöser dafür sein, daß sich latente Symptome ihrer Störung in den vergangenen zwei Jahren z.T. manifestieren konnten.

4.3 Beratungsverlauf

4.3.1 Beratungsvorschlag

Aufgrund der Analyse der Falldaten halte ich es für günstig, methodenübergreifend zu arbeiten. Das detaillierte Vorgehen hängt stark von der Einschätzung des Psychiaters ab, da meine Beratungstätigkeit additiv zur psychiatrischen Behandlung Anwendung findet.

Auch ist es zum jetzigen Zeitpunkt (nach dem Erstgespräch) schwierig für mich als psychologischen Berater, einzuschätzen, welcher Ansatz im Sinne der Klientin Frau C. tatsächlich indiziert ist.

Meine persönliche Präferenz ist die psychoanalytische Beratung, aber nach der vorläufigen Diagnose gehe ich davon aus, daß Frau C. gegenwärtig in ihrer Realitätswahrnehmung und Introspektionsfähigkeit eingeschränkt ist. Diese Ich-Funktionen sind jedoch notwendig und es bleibt abzuwarten, wie sie sich im Laufe der Gesamttherapie einstellen und entwickeln. Konkrete Interventionen sind durch verhaltenstherapeutische und integrativ-gestalttherapeutische Verfahren gegeben. Die vor dem Hintergrund der kognitiven Modelle der Verhaltenstherapie bzw. verhaltenstherapeutisch fundierter Beratung entstandene Rational-emotive-Therapie (RET) von Ellis möchte ich mit in die Beratung einfließen lassen.

4.3.2 Zusammenarbeit mit dem Psychiater

Nachdem Frau C. zum Erstgespräch in die Beratungsstelle kommt, rate ich ihr an, sich zunächst in ambulante psychiatrische Behandlung zu begeben. Da meines Erachtens keine akute Psychose vorliegt, gehe ich nicht davon aus, daß die Klientin stationär in eine Psychiatrie eingewiesen wird. Ich erkläre Frau C., daß ich gern bereit bin, sie psychologisch zu beraten, was aber nur in Zusammenarbeit mit dem Psychiater möglich ist. Wenn die Klientin dann erneut in die Beratungsstelle kommt, wende ich mich - ihr Einverständnis vorausgesetzt - an den behandelnden Arzt, um diesen um die genaue Diagnose und seinen Therapieplan zu bitten. Ich erläutere ihm meinen Beratungsansatz und schlage vor, ein mal pro Monat über den Verlauf der gesamten Therapieentwicklung von Frau C. und das weitere Vorgehen zu sprechen. Über die eventuelle Gabe von Medikamenten sowie deren Wirkungsweisen lasse ich mich detailliert informieren. Alle mir aufgefallenen Veränderungen an Frau C. oder eventuelle Modifikationen meiner Interventionen teile ich dem Psychiater mit, um wirklich im Sinne der psychischen Gesundheit der Klientin zu handeln.

4.4 Zieldefinition

Ich möchte für den Beratungsverlauf zwei Ziele aufstellen.

Das erste Ziel besteht darin, Frau C. zu helfen (soweit das im Rahmen ihrer Störung möglich ist), Zugang zu ihren eigenen Emotionen zu bekommen. Damit wäre eine Grundlage geschaffen, sie besser zu erreichen und Rückmeldungen vor ihr zu bekommen.

Darauf aufbauend ist das zweite Ziel, Frau C. Wege zu eröffnen, Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen. Solange sie davon überzeugt ist, daß ihre Probleme Resultat von etwas sind, was sie selbst nicht beeinflussen kann -die Handlungen anderer Menschen wie Nachbarn und Kollegen zum Beispiel-, bleibt mein beraterisches Handlungsfeld begrenzt. Gelingt es aber ihr zu zeigen, in wie weit sie ihr Leben selbst bestimmen kann und wie sie durch ihr Verhalten andere Menschen beeinflusst, wäre das ein großer Erfolg.

Daraus resultierend, werden die Distanzprobleme und der soziale Rückzug durch den Abbau von Mißtrauen positiv beeinflusst.

Frau C. gibt als ihren Wunsch an, Anschluß an eine Gruppe zu finden, um ihrer Einsamkeit zu entgehen. Ich sehe es als meine Aufgabe an, aus diesem vagen Wunsch ein konkretes Ziel werden zu lassen, welches dann konkret verwirklicht werden kann. Dazu müssen die Ressourcen der Klientin erkannt und aktiviert werden.

Eine detaillierte Zielstellung halte ich zum derzeitigen Zeitpunkt für verfrüht. Die Einteilung in Teilziele während des Beratungsverlaufs und gegebenenfalls deren Neuanpassung, die sich aus der Situation und der Entwicklung Frau C.'s ergeben, muß während der Interventionen geschehen.

4.5 Interventionen

Sucht Frau C. erneut die Beratungsstelle auf, lasse ich mir von ihr die genaue Diagnose des Psychiaters geben. Ich setze mich mit diesem in Verbindung, um den Beratungsverlauf und meine Interventionsmöglichkeiten abzustecken. Im Rahmen dieser Arbeit muß ich von der Richtigkeit meiner diagnostischen Annahmen und der Zustimmung des Psychiaters ausgehen.

Als erstes signalisiere ich Frau C. meine Freude darüber, daß sie sich entschlossen hat, eine psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen. Ich teile ihr meine Vorstellung von der voraussichtlichen Beratungsdauer mit; ca. 25-30 Sitzungen a 45 min.

Dann lasse ich mir von ihr berichten, wie es ihr geht. Dafür lasse ich ihr Zeit und versuche, sie zu ermutigen, sich darauf einzulassen, mir ganz persönliche Dinge anzuvertrauen. Gerade in den ersten Sitzungen möchte ich ein Vertrauen für eine befriedigende Beziehung im Beratungsprozeß aufbauen.

Das heißt auch für mich, Frau C. gegenüber transparent und authentisch zu sein. Da ihre Probleme überwiegend beziehungsgebunden sind, werden sich diese interpersonalen Defizite auch im Hier und Jetzt im Verhältnis zu mir manifestieren. Durch Empathie und positive Wertschätzung möchte ich der Klientin Sicherheit, Rückhalt und Geborgenheit vermitteln.

Sagt Frau C. z.B., sie fühle sich manchmal einsam, lasse ich mir beschreiben, wie genau sie das meint. Wann ist sie einsam? Wann ist das nicht so? Wie verhält es sich genau jetzt in der Sitzung? Wann wurde ihr die Vereinsamung bewußt? Ich stelle mir vor, daß der Zeitpunkt mit dem Tod der Mutter zusammenfällt.

Mit biographischen Fragen würde ich mich vorerst zurückhalten - nur bezogen auf ihr aktuelles Problem wären u.a. diese Fragen wichtig. Wie war das früher mit zwischenmenschlichen Beziehungen? Hatte sie Freunde? Familiäre Kontakte? Wenn ja, wie haben sich diese gestaltet?

Bevor ich zu ihren Erwartungen und Zielen komme, interessiere ich mich auch dafür, welcher Arbeit Frau C. nachgeht und wie das Verhältnis zu ihren Kollegen ist. Ihre vagen Schilderungen, sie „sei in dem Betrieb, wo sie arbeite, schon aufgefallen“ bzw. sei mit den anderen Volleyballspielern „nicht so gut zurechtgekommen“, möchte ich ausführlicher mit ihr besprechen.

Die Gesamtberatung möchte ich in drei Phasen gliedern. In der ersten Phase, die ca. 6-8 Termine umfaßt, ist die Beziehungsarbeit am wichtigsten. Eine vertraute Nähe zu mir zuzulassen, wird für Frau C. zum emotionalen Korrektiv - ein Hauptproblem ihrer Persönlichkeit.

Ich lasse es zur gemeinsamen Tradition von Frau C. und mir werden, uns vor jeder Stunde die Frage zu stellen: „Wie geht es uns heute miteinander“? Weiter würde ich fragen: „Wie erleben Sie den Abstand zwischen uns heute“? Dafür fertige ich Bewertungsskalen an, die ein Zahlenspektrum von 1-10 umfassen. Auf diesen Skalen kann die Klientin mit einem Zahlenwert jede Woche angeben, wie sie momentan empfindet.

	sehr wohl					sehr unwohl				
Datum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:

Weichen die Zahlen im Laufe der Sitzungen ab (wovon ich ausgehe), spreche ich sie auf den Grund an. Zum Beispiel, was ist heute anders als beim letzten Mal? Dabei achte ich auf jede Nuance ihrer Ausdrucksweise.

- Widerspricht sie mir mal?

- Ist sie eher passiv oder aktiv?
- Hat sie Einwände?

Natürlich gebe auch ich ihr Rückmeldungen, wie sie auf mich wirkt. Ist sie in einer Stunde offener und kommunikativer, sage ich ihr, wie gut mir ihre Art tut. Damit möchte ich dieses Verhalten verstärken und gleichzeitig mit der Bemerkung verbinden, daß das anderen Menschen sicher ähnlich geht wie mir. Auch kleinste nonverbale Äußerungen, wie ein Lächeln oder mich öfter anzuschauen, werte ich positiv.

Zu diesem Zeitpunkt der Beratung -beginnende Mittelphase- ist es wichtig, das Ziel, welches Frau C. angibt, zu konkretisieren. Sie möchte sich einer Gruppe oder einem Gesprächskreis anschließen, um ihrer Einsamkeit zu entgehen. Ich versuche, ihr deutlich zu machen, daß ihre Einsamkeit durch ihre Abschottung, die sie selbst gewählt hat, verursacht ist. Daher mache ich ihr den Vorschlag, zunächst unverbindliche Kontakte zu knüpfen. Auch möchte ich von ihr wissen, welche Erfahrungen sie mit Gruppen hat. Wie war es in der Schule? Mit Arbeitskollegen? Was fühlt sie, wenn sie an diese Zeit denkt. Worüber möchte sie in einem Gesprächskreis sprechen? Wie soll sich dieser Kreis gestalten, was verbindet sie mit einem solchen Zusammensein? Einer Gruppe zuzugehören, bedeutet immer etwas von sich selbst zu zeigen. Aber ich möchte das positiv in unseren Unterhaltungen darstellen, um Frau C. in ihrem Wunsch zu bestärken.

An dieser Stelle gehe ich vorsichtig auf die Menschen in ihrer Umgebung ein. Dazu würde ich folgende Fragen stellen:

Können Sie sich vorstellen, ihre Nachbarn zu grüßen?

Meinen Sie, Sie würden von diesen zurückgegrüßt werden?

Wie geht es Ihnen bei dem Gedanken, das zu tun?

Merke ich bei Frau C. eine Abwehrreaktion oder Unbehagen, schlage ich ihr ein Rollenspiel vor. So kann sie mit mir zunächst insensu diese Situation durchspielen. Die Gedanken und Gefühle, die sie dabei empfindet, bitte ich sie, mir mitzuteilen. Während des Rollenspiels tauschen wir die Rollen, und ich versuche, einige mögliche Reaktionen darzustellen. Habe ich den Eindruck, daß meine Klientin innerlich bereit ist, auch invivo dieser Situation gewachsen zu sein, gebe ich ihr als Hausaufgabe zur nächsten Stunde auf, einmal bewußt einen Nachbarn zu grüßen. Ihre Gedanken und Gefühle, die sie dabei begleiten, bitte ich sie in ein Tagebuch zu schreiben. In der nächsten Stunde können wir dann gemeinsam über ihre Selbstbeobachtungen und Wahrnehmungen anderer Menschen sprechen.

Ich denke, daß Frau C. positive Rückmeldungen von ihrem Gegenüber bekommen hat und sie somit eine Wertschätzung erfährt. Damit kann bei ihr die Erkenntnis wachsen, daß ihre offene Verhaltensweise und die Wertschätzung, die sie anderen entgegenbringt, dazu beiträgt, ein subjektiv positiveres Lebensgefühl zu haben. Aus diesen Einsichten, können wir einen weiteren Schritt in Richtung „Kontakte knüpfen“ gehen. Auch negative Rückmeldungen bzw. ignorantes Verhalten können möglich sein. Dann muß ich besonders sensibel und einfühlsam Frau C. darin stärken, sich nicht abschrecken zu lassen. Auch die Menschen in ihrer Umgebung müssen sich der neuen Situation anpassen, und es liegt in ihrer Macht, das zu bewirken.

Viel Freude bereitet Frau C. das Sporttreiben. Ich frage sie, ob sie z.B. mal durch das Dorf laufen würde zu einer Tageszeit, in der sie bestimmt mehreren Menschen begegnet. Dabei ist es mir wichtig, Frau C. immer wieder anerkennend zu bestätigen, daß ich es gut finde, daß sie Sport treibt und sie auf einem guten Weg ist. Das Aufrechterhalten einer tragfähigen Beziehung muß ich immer im Auge behalten.

Ein neues Teilziel könnte das Einkaufen im Dorf sein. Ich schlage der Klientin zunächst wieder ein Rollenspiel vor. Wenn sie es wünscht, würde ich sie auch in einen Laden begleiten. Dann könnten wir genauso wie vorher, die Situationen auswerten. Auch hier würde ich ihr die Aufgabe geben, allein einzukaufen - erst einmal pro Woche, dann öfter.(Tagebuch) Ich erhoffe mir davon, daß ihre irrationalen Überzeugungen nach und nach korrigiert werden und somit ihre ebenfalls irrationalen gedanklichen Abläufe und Emotionen verändert werden können. (Rational-Emotive Therapie) Mit häufigerem Kontakt zu den anderen Dorfbewohnern, kann auch ihr Argwohn bezüglich der von ihr befürchteten Motivationen ihrer Nachbarn geringer werden.

Gefühle entstehen durch Bewertung. Kann eine Situation anders bewertet werden (kognitive Umstrukturierung), ändert sich auch das Gefühl. Wenn dieser Prozeß bei Frau C. in Gang gesetzt werden könnte, was aufgrund ihrer schizotypen Persönlichkeitsmerkmale sehr schwer ist, wäre das ein großer Erfolg.

Jeder „erledigten“ Hausaufgabe schenke ich besondere Beachtung. Auch die äußerliche Erscheinung betone ich, wenn Frau C. altersgemäß gekleidet kommt. Ich sage ihr, daß es ihr gut steht und bestärke sie darin, sich nicht in die Rolle eines kleinen Mädchens flüchten zu müssen. Hatte die Klientin mehrere Erfolgserlebnisse, daß auf eine Erfahrung mit rationaler Überzeugung eine angemessene Konsequenz folgt, kann die Beratung in die dritte Phase übergehen.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal auf biographische Aspekte von Frau C. eingehen. Ist es ihr während einer Stunde wichtig, über familiäre Dinge zu sprechen oder rücken Erinnerungen in ihr Bewußtsein, versuche ich einen aktuellen Bezug zur Beratung zu finden.

Eine tiefere Exploration traumatischer Erfahrungen ist durch meine Arbeit als Berater nicht indiziert. Hier würde ich den Psychiater um Rat bitten.

In der dritten Phase lasse ich Frau C. erzählen, wie es ihr in der Beratung geht und wo sie sich selbst jetzt sieht. Ich nehme an, sie nennt mir konkrete Wünsche, welcher Gruppe sie angehören möchte. Ist sie noch unschlüssig, mache ich ihr verschiedene Vorschläge, über die sie nachdenken kann. zum Beispiel frage ich sie: „Wo liegen neben dem Sport Ihre weiteren Interessen? Möchten Sie einen Kurs an der Volkshochschule belegen?“ Das böte Kontakt, muß aber nicht zu dicht werden.

„Es gibt Möglichkeiten sich in der Kirchengemeinde zu treffen. Können Sie sich so etwas vorstellen?“ Dazu könnte sie Informationsmaterial (Gemeindeblatt u.ä.) besorgen und entscheiden, was sie davon interessiert.

„Was ist mit Ihrem Arbeitskollektiv?“ Hier würde ich sie noch einmal darauf hinweisen, daß Mitarbeiter sich wahrscheinlich Sorgen um ihren Gesundheitszustand gemacht haben. Ihr anzuraten, einen Arzt aufzusuchen, kann durchaus gutgemeinte Hintergründe haben. Mit dieser neuen Sichtweise auf das Problem des vermeintlichen Anschwärmens, gelingt es Frau C. vielleicht auch über die Arbeit hinaus Kontakte zu ihren Kollegen zu bekommen.,, Fragen Sie mal eine Kollegin, die Sie mögen, ob sie sich nach der Arbeit treffen können. "

„Haben Sie den Wunsch, Schulfreunde oder frühere Bekannte zu sprechen?“ Dazu könnten Telefongespräche einen guten Einstieg geben. Auch einen Brief zu schreiben wäre denkbar. Wir könnten den auch gemeinsam formulieren.

„Möchten Sie es noch einmal mit einem Mannschaftssport probieren?“ Dort wäre eine gute Möglichkeit, nähere Bekanntschaften zu machen, was dann auch in den privaten Bereich gehen könnte.

Innerhalb eines Jahres finden im Dorfleben immer kulturelle Höhepunkte statt. Auch hier bieten sich vielfältige Möglichkeiten, sich aktiv einzubringen und so mit zur Gemeinschaft zu gehören (-> vielleicht sogar jemanden zu sich einladen).

Bei all diesen aufgezählten Beispielen wäre es gut für mich, genauer die Begabungen und Vorlieben der Klientin zu kennen, um speziell für sie, gemäß ihren Ressourcen, Lösungsstrategien zu finden.

Bevor die Zeit der begleitenden psychologischen Beratung zu Ende geht, möchte ich Frau C. das Johari-Fenster zeigen und ihr noch einmal explizit sagen, daß sie ihr Leben bestimmt.

	dem Selbst	
	bekannt	unbekannt
anderen bekannt	öffentlich	blind
anderen unbekannt	geheim	unbewußt

(nach **Joe Luft** und **Harry Ingram**)

Es liegt an ihr, inwieweit sie es in einer Gruppe möchte, das geheime Selbst zu Gunsten des öffentlichen Selbst kleiner werden zu lassen. Zu ihrem blinden Selbst werden ihr, wenn sie näher mit Menschen zusammen ist, zahlreiche Rückmeldungen gegeben werden - die man auch aushalten muß.

Aber in dem zurückliegenden Zusammensein konnten wir beide ja Erfahrungen auf diesem Gebiet miteinander machen, und es würde mich sehr freuen, wenn sie diese in ihr privates Leben auch zukünftig einbringen kann.

4.5.1 Abschluß und Erfolgskontrolle

In der Endphase der Beratung möchte ich folgende Punkte zusammen mit Frau C. klären:

- Sind Veränderungen möglich geworden?
- Zu welchen Resultaten werden die Veränderungen führen?
- Wie werden die im Beratungsprozeß gewonnenen Erkenntnisse in die Lebenswelt übertragen? Dieser Transfer ist besonders bedeutsam, denn die Beratungssituation mit mir als Berater ist kein Ersatz, sondern wie J.Yalom es ausdrückt, eine Generalprobe für das Leben.[Ya102]
- Konnte Frau C. Zugang zu einer Gruppe Menschen finden? Ich bitte sie, mir genau ihren jetzigen Tagesablauf mit allen zwischenmenschlichen Kontakten zu schildern. Dabei möchte ich besonders darauf eingehen, ob sie sich wohlfühlt, was noch anders sein könne, ob sie über längerfristige Ziele nachdenkt.
- Wie hat sich unser Verhältnis in den vergangenen Monaten gestaltet, wie ist es jetzt?

Mit dieser Bilanz möchte ich noch einmal mit Frau C. reflektieren, wie sich ihre Gedanken und Gefühle verändert haben und veränderte Verhaltensweisen sie ihrem Ziel näher gebracht haben. Mit ihrem Einverständnis würde ich gern mit ihr zusammen ein abschließendes Gespräch mit ihrem Psychiater führen, um die Gesamtsituation nicht aus

dem Auge zu verlieren. Ich denke, es ist wichtig für Frau C. , vorerst auch weiterhin die Möglichkeit zu haben, zu mir in die psychologische Beratungsstelle zu kommen. Daher biete ich ihr an, zunächst für das kommende Jahr in immer größer werdenden Abständen mit mir zu sprechen.

Wichtig ist für mich, für die Klientin noch präsent zu sein. Die zeitlichen Abstände würden sich erst auf alle acht Wochen, dann auf einmal im Vierteljahr belaufen. Damit möchte ich die Erfolgskontrolle realisieren. Frau C. kann mir die jeweils aktuelle Situation schildern. So können wir über eventuelle Probleme sprechen und die erlernten Lösungsmöglichkeiten festigen und variieren.

Ich sage ihr auch, daß ich es ihr zutraue, allein den Weg weiterzugehen. Dabei reflektiere ich ihr gegenüber noch einmal meine ganz persönliche Sicht und mein Erleben unserer gemeinsamen Beratungsarbeit, wobei meine Wertschätzung ihrer Person besonders zum Ausdruck kommen soll.

5 Grenzen der Beratung - Zusammenfassung

Einen zentralen Stellenwert bildet meiner Erfahrung nach im Umgang mit Menschen, die psychotisch sind oder auf der „Schwelle“ zur Psychose stehen, es aushalten zu können, daß ich sie scheinbar emotional nicht erreiche. Es gibt nicht *die* eine gültige Normalität. Jeder Klient entwickelt sich individuell und es kommt darauf an, realistisch und objektiv einzuschätzen, daß es bei psychiatrischen Krankheitsbildern zum Teil keine vollständige Remission gibt. Entwickelt der Berater Abwehrmechanismen und innere Widerstände dagegen, so ist dies nicht im Sinne der Menschen, die therapeutisch begleitet werden.

Die psychologische Beratung bietet vielfältige und sehr gute Möglichkeiten zum hilfreichen Begleiten bei Versuchen der Problemlösung, wenn es um Ordnen von Lebenssituationen, gegenwärtiges Verhalten und gegenwärtige Entscheidungen und die damit verbundenen gefühlsmäßigen Erlebnisse geht. Tieferegehende Wahrnehmungs- und Gefühlsstrukturen, deren Wurzeln in der Vergangenheit liegen, unbewußte Konflikte und das karthartische Aufdecken angstbesetzter Gedanken bedürfen einer Psychotherapie und eines speziell dafür ausgebildeten Therapeuten.

Die Wahlmöglichkeit des theoretischen Beratungskonzepts bei psychiatrischen Krankheitsbildern ist eine engere als bei nicht-psychiatrischer Erkrankung. Demnach kann man zusammenfassend konstatieren, ist die psychologische Begleitung im Rahmen einer Beratung auch für Menschen mit schweren psychiatrischen Störungen von hohem Nutzen.

Literatur

- [BR77] Eckert; Biermann-Ratjen. Theorien und Elemente psychotherapeutischer Beeinflussungen, 1977.
- [Bub77] Martin Buber. *Ich und Du*. Heidelberg, 1977.
- [HD00] M. H. Schmidt H. Dilling, W. Mombour, editor. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)*. Verlag Hans Huber, 4 edition, 2000.
- [Hen99] Henning Saß, Hans-Ulrich Wittchen, Michael Zaudig. *Handbuch der Differentialdiagnosen, DSM-IV*. Hogrefe-Verlag, 1999.
- [Hou84] Antoon Houben. *Klinisch-psychologische Beratung. Ansätze einer psychoanalytisch fundierten Beratung*. Uni-TB GmbH, 1984.
- [Ra199] Ralf Hömberg. *Psychosomatik für Pflege- und andere medizinische Berufe*. Urban und Fischer, 1999.
- [Rec97] Wolfgang Rehtien. *Paradigmen, Modelle und Methoden der Beratung*, 1997.
- [Rie61] Fritz Riemann. *Grundformen der Angst*. Ernst Reinhardt Verlag, 1961.
- [RT79] A. Tausch R. Tausch. Personenzentrierte Psychotherapie. In L.J. Pongratz, editor, *Handbuch der Psychologie*. Hogrefe-Verlag, 1979.
- [Tau70] R. Tausch. *Gesprächspsychotherapie*. Hogrefe-Verlag, 1960,1970.
- [WA80] R. Meili W. Arnold, H. J. Eysenck, editor. *Lexikon der Psychologie*. Herder-Verlag, 1980.
- [Woo82] Carl R. Rogers & Magde K. Lewis & John M. Shlien & John K. Wood. *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Kindler, 1982.
- [Yal02] Irvin D. Yalom. *Der Panama-Hut oder was einen guten Therapeuten ausmacht*. Wilhelm Goldmann Verlag, 2002.
- [Zim99] P. G. Zimbardo. *Psychologie*. Springer Verlag, 1999.