

Der Wahn und seine Behandlung zwischen Vanitas, Sensus communis und Paraposition

David Oberreiter
Linz, Österreich

In der Psychotherapie mit Menschen mit psychotischen Störungen stellt der Umgang mit wahnhaftem Geschehen eine besondere Herausforderung dar. Nach theoretischer Annäherung an das Thema werden die Pathophysiologie und eine mögliche personenzentrierte Sichtweise des Phänomens diskutiert. Konkretes psychotherapeutisches Handeln soll daraus abgeleitet werden. Es werden jene Besonderheiten in der Kontaktaufnahme dargestellt, die in der Psychotherapie mit Menschen, die unter wahnhaften Symptomen leiden, beachtet werden müssen.

Schlüsselwörter: Wahn, Psychose, Psychosen-Therapie, Paraposition, Vanitas

The Therapy of Delusion in Regard to Vanitas, Sensus Communis, and Para-Position. In psychotherapy for individuals with psychotic disorders, the handling of delusional events represents a particular challenge. After presenting a theoretical approach to this topic, this work will discuss pathophysiology and a possible person-centered perspective on this phenomenon. Concrete psychotherapeutic actions will then be extrapolated. Specific characteristics that must be taken into account when interacting with individuals who suffer delusional symptoms will also be presented.

Keywords: Delusion, psychosis, psychosis therapy, para-position, vanitas

Wahn kann bei ganz unterschiedlichen psychischen Störungen auftreten: bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, bei schweren depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen, als isolierte wahnhafte Störung usw.¹ Der Umgang mit Wahnsymptomatik stellt in der Psychotherapie eine besondere Herausforderung dar.

Der Wahnbegriff

Das Phänomen Wahn ist schon sprachlich schwer zu fassen. Unterschiedliche Sprachen versuchen Wahnsymptomatik durch bildhafte Ausdrucksweise zu beschreiben. Manche Sprachen verwenden das Bild des Deliriums (z. B. Délire, delirio, delírio) andere Sprachen das Bild der Delusion (z. B. Делузија, delüzyon, delusion, deluzija, deluzionális). Delirium bedeutet wörtlich das Abgehen von einer (vorgegebenen) Spur. Delusion leitet sich von „ludere“ ab und bezeichnet mit der Präposition „de“ das Abgehen vom (richtigen) Spiel, das Falschspielen.

David Oberreiter, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeut, Vorstand des Instituts für Psychotherapie des Kepler Universitätsklinikums. Kontakt: Kepler Universitätsklinikum, Institut für Psychotherapie, Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz, Austria, david@oberreiter.net

Beide sprachlichen Bilder beschreiben das Verlassen von etwas Vorgegebenem, allgemein Anerkanntem. Das Abgehen von der Spur oder das Verlassen von Spielregeln zwingt zu eigener kreativer Leistung – im Finden einer eigenen Richtung und im Erfinden neuer Spielregeln. So beschreiben diese Bilder sowohl den Verlust und das Fehlen von Vorgegebenem als auch die daraus entstehende Notwendigkeit eigener Kreativität.

Auch in germanischen Sprachen sind die Aspekte des Fehlens, der Leere und des Kreativen in der Bezeichnung des Wahns enthalten (z. B. Wahn, waan, vanföreställning). Das deutsche Wort Wahn leitet sich von zwei sehr ähnlich lautenden althochdeutschen Wörtern ab: „wân“ und „wan“. „Wân“ bedeutet „falscher Glaube“ – dieses Wort repräsentiert die kreative Leistung im Finden eines neuen (aber falschen) Glaubens. Das Wort „wan“ leitet sich vom lateinischen „vanus -a -um“ ab. Es bedeutet leer.²

1 vgl. ICD-10: F20, F22, F23, F24, F25, F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, F33.3 etc. (Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. 1991).

vgl. DSM 5: Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders, Bipolar Disorder, Major Depressive Disorder etc. (American Psychiatric Association, 2013).

2 Wahnsinn bedeutet demnach wörtlich: leer von Sinn, sinnentleert. Der erste Mensch, der mit der Bezeichnung des wahnhaften bedacht worden ist, begegnet uns im Buch Hiob (Hiob 11, 12) als vir vanus – als leerer Mann – von Martin Luther als „unnützer Man“ übersetzt – eine vielleicht abwertend anmutende Bezeichnung – der Aspekt der Leere

In der Geschichte des Wahnbegriffs ist es nicht verwunderlich, dass die hauptsächlichste Aufmerksamkeit auf die kreativen Aspekte gerichtet war, die weit schillernder erschienen als die Aspekte des Verlustes. So findet sich auch in der „Anthropologie in pragmatischer Hinsicht“, in der Immanuel Kant psychische Störungen zu unterscheiden sucht, über die Entstehung des Wahnsinns die These, dass „durch falsch dichtende Einbildungskraft selbstgemachte Vorstellungen für Wahrnehmungen gehalten werden“ (Kant, 1798 S.145). Hier legt Kant den Schwerpunkt für die Entstehung von psychotischen Störungen auf die Kreativität.

Doch um das Phänomen des Wahns zu verstehen, ist die Beachtung der Leere von besonderer Bedeutung. Die Leere, die Vanitas³ weist den Weg zum Verständnis des Wahns und zu seiner erfolgreichen Behandlung.

Sensus communis und Sensus privatus

Immanuel Kant versucht neben der Einbildungskraft auch dem Aspekt der Leere gerecht zu werden. In der Anthropologie in pragmatischer Hinsicht schreibt er: „Das einzige allgemeine Merkmal der Verrücktheit ist der Verlust des Gemeinsinnes (sensus communis) [sic], und der dagegen eintretende logische Eigensinn (sensus privatus) [sic]“ (Kant, 1798, S. 151).⁴ Hier zeigt sich die produktive Sichtweise des Wahnbegriffs durch kreative Ausbildung des eintretenden logischen Eigensinns. Der Aspekt des Verlustes, der Leere ist aber auch fassbar in dem beschriebenen Verlust des Gemeinsinns, in der Abwesenheit, der Leere an Sensus communis. Der Wahn hat hier Aspekte der Leere in der Hinsicht, dass man im Wahn des Gemeinsinns verlustig wird, der Gemeinsinn verloren geht, Leere entsteht, wo der Sensus communis sein sollte und sich dort Sensus privatus breit machen kann. Kant impliziert in dieser Textstelle das Vorhandensein eines Sensus communis, eines Sinns, einer Wahrheit, die von der Gesellschaft geteilt wird, als etwas unabhängig vom Individuum Gültigen. Der Verlust dieses Sensus communis wird von Kant als krankhaft befundet.

wird aber in dieser pointierten Übersetzung ausgedrückt (unnütz, leer von Nutzen) (vgl. Luther, 1534).

3 Vanitas wurde als eigenständiges Wort gewählt, um die besondere Bedeutung der Leere auch sprachlich hervorzuheben. Das lateinische Wort „vanitas“ findet sich in klassischer lateinischer Literatur bei Cicero, Livius, Petronius, Plinius, Sallustius, Seneca, Tacitus etc. Es wird in der Bedeutung Nichtigkeit, Hauch, Leere, Unwahrheit verwendet und auch als leerer Schein und Eitelkeit.

4 Die Ungenauigkeit in der Schreibweise des Wortes „sensus communis“ ist in der zweiten Auflage aus dem Jahr 1800 richtiggestellt (vgl. Kant, 1800, S. 151). Ab der dritten Ausgabe von 1820 ist auch die Schreibweise des Wortes „sensus privatus“ korrigiert (vgl. Kant, 1820, S. 150).

Sensus communis und Wirklichkeitsprüfung

Auch moderne Wahndefinitionen scheinen ohne einen Konsens in der Bewertung der Wirklichkeit nicht auszukommen. So definiert Karl Jaspers in der „Allgemeinen Psychopathologie“ 1913 die „äußeren Merkmale“ eines Wahns: „1. die außergewöhnliche Überzeugung, mit der an ihnen festgehalten wird, die unvergleichliche subjektive Gewißheit. 2. die Unbeeinflussbarkeit durch Erfahrung und durch zwingende Schlüsse. 3. die Unmöglichkeit des Inhalts“ (Jaspers, 1913, S. 45).⁵

Durch Einbeziehung der „Unmöglichkeit des Inhalts“ als Wahnkriterium setzt Jaspers hier scheinbar voraus, es sei in einem Consensus communis klar erkennbar, welche Inhalte als möglich und welche als unmöglich zu qualifizieren wären. Nachfolgende Definitionen des Wahns orientieren sich an Jaspers. Auch in aktuell anerkannten Beschreibungen des Wahns wird ein als unmöglich angesehener Wahninhalt als symptomatisch bezeichnet (vgl. Möller, Laux, Kapfhammer 2008, S. 446; Sadock & Sadock, 2007, S. 504).⁶

Dies scheint problematisch, da die Prüfung auf Unmöglichkeit in der Praxis oft schwierig ist. Bei sehr wirklichkeitsfernen Wahninhalten (wie zum Beispiel: „Ich fühle mich von grünen Marsmenschen verfolgt.“) ist die Unmöglichkeit scheinbar naheliegend. Bei wirklichkeitsnahen Wahninhalten, wie zum Beispiel beim Eifersuchtswahn ist die Wirklichkeitsprüfung aber schwieriger und oft gar nicht möglich. Auch die Außenanamnese ist hier wenig hilfreich. Dem Wahrheitsgehalt der Beteuerungen der oder des Verdächtigten steht immer noch Misstrauen gegenüber. Zudem ist zu bedenken, dass das reale Eintreten des wahnhaft Befürchteten nicht vor der Entstehung eines Wahns schützt und umgekehrt. (Zum Beispiel kann der unter Eifersuchtswahn Leidende auch real betrogen sein.)

Es ist also sinnvoll Wahnkriterien zu definieren, die auf jegliche Form der Wirklichkeitsprüfung verzichten. Bleibt man bei Jaspers Wahnmerkmalen, so scheinen die beiden ersten Kriterien hinreichend. Als erstes Merkmal nennt Jaspers „subjektive Gewißheit“ (Jaspers, 1913, S. 45). Die Person ist von der Gegebenheit des Wahninhalts mit subjektiver Gewissheit überzeugt. Der Bezug zu Immanuel Kants „logischem Eigensinn (Sensus privatus)“ ist naheliegend – besonders in Zusammenschau des

5 Seit der Formulierung der Wahnkriterien durch Jaspers 1913 erfolgte darüber eine intensive Diskussion, auf deren Darstellung hier verzichtet wird. Letztlich entsprechen die in aktuellen Diagnosemanualen beschriebenen Kriterien des Wahns weitgehend den von Jaspers formulierten Kriterien.

6 Im Glossary of Technical Terms des DSM-5 wird als Erklärung des Wahns angeführt: „A false belief based on incorrect inference about external reality that is firmly held despite what almost everyone else believes and despite what constitutes incontrovertible and obvious proof or evidence to the contrary“ (American Psychiatric Association, 2013, S. 819).

dritten Kriteriums Jaspers', der „Unmöglichkeit des Inhalts“, in der unschwer der „Verlust des Gemeinsinns (Sensus communis)“ erkennbar ist. Jaspers' „subjektive Gewißheit“ ist – ebenso wie Kants „Sensus privatus“ – etwas ganz im Individuum zu Verortendes. Dieses Wahnkriterium betrachtet das im Individuum Entstandene, das vom Individuum Geschaffene.

Das zweite von Jaspers formulierte Wahnkriterium sieht die Person im Kontakt mit der Umwelt. Als Wahnkriterium gilt: die „Unkorrigierbarkeit durch Erfahrung und zwingende Schlüsse“ (Jaspers, 1913, S. 45). Auch wenn die Person Erfahrungen macht, die dem Wahn widersprechen, ihn widerlegen, so wird dennoch das Wahngedanken aufrechterhalten. Die Erfahrungen werden umdefiniert, abgewertet oder einfach nicht gesehen. Ebenso geht es der Person mit Äußerungen von Mitmenschen, die zwingende, dem Wahn widersprechende Schlüsse einzuwenden haben. Dies kann den Wahn nicht mindern. Im Gegenteil, es besteht die Gefahr, dass die den Wahn zu widerlegen versuchende Person mit negativer Konnotation in das Wahngedanken eingebaut wird. (Wie zum Beispiel: „Sie wollen mich nur deshalb verwirren, weil Sie auch zu den mich bedrohenden Geheimagenten gehören.“)

In der Beurteilung ob ein Wahn vorliegt, sind in der Praxis die beiden ersten von Jaspers' Wahnkriterien ausreichend. Präsentiert sich ein Mensch mit „subjektiver Gewißheit“ verbunden mit „Unkorrigierbarkeit durch Erfahrung und zwingenden Schlüssen“, so ist vom Vorliegen eines Wahns auszugehen. Psychiatrieerfahrene Behandler wissen, dass die Prüfung der Wirklichkeit auf die „Unmöglichkeit des Inhalts“ vor allem bei wirklichkeitsnahen Wahninhalten weder möglich noch zielführend ist. Ein Abgleich der Wahninhalte mit dem Sensus communis ist nicht nötig. In akuten psychiatrischen Situationen, in denen pragmatisches Handeln gefragt ist, bleibt die Frage, ob es ganz prinzipiell einen allgemein gültigen Gemeinsinn gibt, unbeantwortet und scheint bezüglich der Diagnostik vorliegender Wahninhalte zunächst weder hilfreich noch förderlich.

Fallvignette

Ein Beispiel soll die Beschreibung des Wahns illustrieren: Betrachten wir einen alleinstehenden Mann⁷, der völlig zurückgezogen lebt. Er vermeidet den Kontakt zu seinen Nachbarn, weil er fest davon überzeugt ist, dass diese ihm Böses wollen. Immer wieder hört er aus den Nachbarwohnungen Musik und Fernsehgeräte und ist mit subjektiver Gewissheit überzeugt, die Nachbarn versuchen durch die Geräuschkulisse Tätigkeiten zu tarnen, die ihm schaden könnten, wie zum Beispiel

7 Feminina und Maskulina, die im Artikel zur Anwendung kommen, beziehen sich auf Menschen jeglicher Geschlechtsidentitäten.

das Platzieren von Abhör- und Überwachungseinrichtungen, weil sie für einen Geheimdienst arbeiten, der ihn auszuspionieren beabsichtigt. Andere naheliegende Möglichkeiten, warum Musik und andere Geräusche aus den Wohnungen der Nachbarn zu hören sind, lässt der einsame Mann nicht gelten. Er zeigt sich unkorrigierbar in seiner Annahme und tendiert dazu jeden, der ihn von den Wahngedanken abbringen möchte, ins Wahngeschehen einzubinden und als Verbündeten seiner Feinde und somit auch als ihm gegenüber feindlich zu sehen. Psychopathologisch würde man den Wahn als Beeinträchtigungswahn einordnen. Der Mann fühlt sich von den Nachbarn negativ beeinträchtigt. Pathophysiologisch würde man bei diesem Mann wohl Veränderungen im Regulationsprozess des thalamischen Filters vermuten.

Pathophysiologie der Psychose

Um die Pathophysiologie des Wahns zu verstehen, muss der präfrontale Cortex besondere Beachtung finden.⁸ Nach gegenwärtigen physiologischen Modellen geschehen dort Bedeutungsgebungen und Verstehen. Informationen, die aus verschiedenen Sinneswahrnehmungen empfangen werden, müssen im präfrontalen Cortex bewertet und mit Bedeutung bedacht werden. In jedem Augenblick werden unzählige Sinneswahrnehmungen wahrgenommen. In der jeweiligen Situation sind jedoch nicht alle von gleichrangiger Bedeutung. Ist man am Straßenrand beispielsweise mit einem Mitmenschen im Gespräch, so gelingt es dem Gehirn, den Straßenlärm weitgehend auszublenden und sich auf das Gegenüber zu konzentrieren. Die akustischen, optischen und olfaktorischen Reize des Straßenverkehrs nehmen wir nicht bewusst oder nur am Rande wahr. Diese Informationen müssen gefiltert werden, um nicht ungefiltert in allzu großer Menge auf den präfrontalen Cortex einzustürmen. Dort soll hauptsächlich das wahrgenommen werden, dem in der gegenwärtigen Situation Bedeutung gegeben wird.

Die Filterfunktion der Informationsflut wird in aktuellen Hypothesen dem Thalamus zugeschrieben. Der Nucleus accumbens reguliert die Aktivität des thalamischen Filters und

8 Ludwig Teusch und Jobst Finke schreiben: „Die Psychiatrie ist die medizinische Disziplin, in der naturwissenschaftliches Denken mit geisteswissenschaftlichem zusammentrifft. Sie ist Schnittstelle einer kausal-bzw. bedingungsanalytischen und einer hermeneutischen Methodik. Dies bedeutet für die phänomenologisch/hermeneutisch orientierte Personenzentrierte Psychotherapie, dass sie sich im psychiatrischen Raum mit einer klassifizierenden, diagnostizierenden und hinsichtlich der Veränderungstheorie auch funktionalistischen Ausrichtung auseinandersetzen muss. Will die Klientenzentrierte Psychotherapie nicht völlig außerhalb der psychiatrischen Diskurse stehen, bedeutet dies die Notwendigkeit einer Assimilation der o.g. Denkweisen“ (Teusch & Finke, 2002, S. 477–478).

wird seinerseits durch Rückkopplungswege (zum einen direkt aus dem präfrontalen Cortex und zum anderen über Interneurone im Präfrontalen Cortex sowie über die Area tegmentalis ventralis) modifiziert.

In diesem biologischen Modell wäre der Wahn nun zu erklären durch pathophysiologische Veränderungen in den Rückkopplungsprozessen, in die der Nucleus accumbens eingebunden ist (vgl. Stahl, 2013). Dadurch wird die thalamische Filterfunktion in der Weise modifiziert, dass ein verstärkter Influx in den Präfrontalen Cortex die Folge ist. Die beteiligten Rückkopplungswege verhalten sich (pathologisch) in einer Weise als ob ein zu geringer Dateneinstrom in den Präfrontalen Cortex bestünde, den es durch Modifikation des thalamischen Filters zu beheben gelte.

In Folge tritt eine Reduktion der Funktion des thalamischen Filters ein, wodurch es zu einem vermehrten Einströmen (von Sinneseindrücken) auf den präfrontalen Cortex kommt. Der präfrontale Cortex ist nun mit einer Fülle an Informationen konfrontiert, die in der gegenwärtigen Situation wahrscheinlich bedeutungslos wären, die nun aber bedeutsam erscheinen können. Pathophysiologisch wäre in dieser Sichtweise die Wahnentstehung als Störung in der Regulation des thalamischen Filters aufzufassen.

Bewertung des biologischen Modells

Die biologische Sichtweise des Phänomens des Wahns stößt jedoch auf Grenzen. Sie gibt keinen Anhaltspunkt über die mögliche Ursache des Wahns. Es werden Rückkopplungsvorgänge beschrieben, die zu Fehlregulationen im thalamischen Filter führen. Warum es zu diesen speziellen Rückkopplungen kommt, kann man aus dem biologischen Modell nicht ableiten. Ein Mangel an Information, die über glutamaterge Neuronen an den Thalamus und weiter in den präfrontalen Cortex vermittelt wird, scheint dem biologischen Modell nach nicht vorzuliegen. Es muss jedoch festgehalten werden, dass in dieser Sichtweise alle eintreffenden Informationen als gleichrangig und gleichbedeutend betrachtet werden – egal ob die verarbeitete Information eine Beziehungserfahrung oder das komplexe Muster eines geknüpften Teppichs darstellt. Das Modell könnte suggerieren, dass die Bedeutung einer Erfahrung ausschließlich im präfrontalen Cortex festgelegt wird. Primär gleichwertige Informationen, die über glutamaterge Neuronen eintreffen, werden im präfrontalen Cortex mit Bedeutung bedacht. Bedeutungsgebung geschieht, könnte man meinen, in diesem Modell nur aus der Subjektivität des Cortex. Fast scheint es, es gäbe keine Bedeutung jenseits der subjektiven Empfindung. In dieser Sichtweise wäre alles nur Sensus privatus. Bedeutsames wäre ausschließlich in dem und durch den präfrontalen Cortex gegeben.

So wenig die Frage, ob es einen Sensus communis gäbe, bei der Beurteilung der psychopathologischen Symptomatik im diagnostischen Prozess hilfreich ist, umso mehr stellt sie sich angesichts eines biologischen Modells, das jegliche von außen in den präfrontalen Cortex eintreffende Erfahrung als gleichrangig ansieht, bis sie vom Cortex bewertet ist. Ein Sensus communis wäre so kaum denkbar. Der personenzentrierte Ansatz muss dieser Sichtweise jedoch die Existenz von Bedeutung jenseits der subjektiven Bedeutungsgebung entgegenhalten. Unter der Annahme, ausschließlich die Bewertung im präfrontalen Cortex wäre maßgeblich, wäre belanglos, ob die Beziehungsgestaltung des Therapeuten wirklich empathisch, echt, wertschätzend etc. ist. Ausschlaggebend wäre ausschließlich, wie das Gegenüber dies bewertet, also ob die Kontaktaufnahme als empathisch, echt, wertschätzend empfunden werden. Doch die Erfahrung lehrt, dass gute (therapeutische) Beziehung nicht gelingen kann, wenn sie nicht wirklich und echt in den notwendigen und hinreichenden Bedingungen gemeint ist (vgl. Rogers, 1957a, S. 95–96). In der förderlichen Beziehungsgestaltung müssen wir annehmen, es gibt etwas Bedeutsames auch außerhalb der Bewertung im präfrontalen Cortex des Gegenübers. Wirkliche Beziehung wäre unter der Annahme ausschließlicher einzelner subjektiver Bewertung nicht möglich. Aus Sicht des personenzentrierten Ansatzes muss die Bedeutsamkeit echter Beziehung postuliert werden, die nicht nur als Sensus privatus ein Hirngespinnst einer Person ist, sondern über diese hinausgeht und sich als Sensus communis zwischen Personen spannt.

Unter der Annahme der Existenz von personenübergreifender Bedeutung ist die neurobiologische Sichtweise verändert zu deuten. Es kann angenommen werden, dass nicht jegliche Erfahrung, die durch glutamaterge Neuronen über den thalamischen Filter in den präfrontalen Cortex vermittelt wird, vor der subjektiven Bewertung als gleichrangig anzusehen ist. Besteht eine Bedeutung zwischen Personen, so ist die Wahrnehmung dieser wichtigen Beziehungserfahrungen schon vor der Bewertung durch den präfrontalen Cortex als von anderen Erfahrungen (wie zum Beispiel das komplexe Teppichmuster) unterschiedlich anzusehen. Die Information der Beziehungserfahrung wird wohl über glutamaterge Neuronen transportiert, unterscheidet sich jedoch in physiologischer Hinsicht von anderen Informationen in einer Weise, die es von den Neurowissenschaften noch zu klären gilt.

Beziehungserfahrung als gesonderte Qualität

Fügen wir im Gedankenexperiment eine qualitative Unterscheidung von Informationen glutamaterger Neuronen Richtung

Thalamus und weiter Richtung Cortex ein, so öffnet sich eine neue Sichtweise des Phänomens des Wahns. Ein Teil der Informationen soll als wichtige Beziehungserfahrung betrachtet werden. Zur Verdeutlichung dient das oben angeführte Fallbeispiel. Der beschriebene einsame Mann hat zweifelsfrei ein gegenwärtiges Defizit an wertvollen Beziehungserfahrungen. Obwohl die Gesamtmenge an Informationen, die über den Thalamus im präfrontalen Cortex eintreffen unvermindert erscheint, besteht ein Mangel, eine Leere, eine Vanitas an Beziehungsinformation.⁹ Aus dieser Betrachtung ist es verständlich, dass Rückkopplungsmechanismen aktiviert werden, die den thalamischen Filter durchlässiger gestalten. Der Sinn dieser Mechanismen wäre, zu vermeiden, dass wertvolle Beziehungserfahrung im Thalamus weggefiltert würde. Mehr an notwendiger Beziehungsinformation soll den Cortex erreichen. In dieser Sichtweise ist die Aktivierung der Rückkopplungsmechanismen Richtung Nucleus accumbens nun nicht mehr als reine Pathologie zu verstehen, sondern als physiologischer Ausdruck im Prinzip gesunder Hirnvorgänge, die ein Defizit, eine Vanitas auszugleichen versuchen.

Unter dieser Betrachtung muss in der Suche nach der zugrundeliegenden Problematik der Focus weg von der Hirnbiologie auf den primären Mangel an wertvollen Beziehungserfahrungen gelegt werden. In unserem Fallbeispiel ist die Reaktionsweise des Gehirns durch die Aktivierung der Rückkopplungsschleifen verständlich. Das Defizit an von außen wahrgenommener Beziehungserfahrungen kann dadurch jedoch nicht wettgemacht werden. Die durch reduzierte thalamische Aktivität im präfrontalen Cortex vermehrt eintreffende Information ist nicht beziehungsrelevant, scheint aber – da sie als solche erwartet wird – als Beziehungsinformation bewertet zu werden. Plötzlich bekommt die nicht-beziehungsgebundene Lautstärke des nachbarlichen Fernsehers eine Beziehungs-Konnotation. Der Wahn entspinnt sich.

Die pathophysiologischen Mechanismen, die zum Wahnerleben führen, dienen scheinbar dazu, ein Defizit im präfrontalen Cortex aufzufüllen. Der Wahn erscheint in dieser Sichtweise als Prozess, der versucht jeden Hinweis auf Beziehungserfahrung auszunutzen und das mögliche Verlorengehen von Beziehungsinformation im thalamischen Filter zu vermeiden sucht. Schließlich passiert es, dass nicht-beziehungsrelevante Informationen als beziehungsweise wichtig umdefiniert werden. Aber auch das scheint für den Organismus sinnvoll. So gelingt es der einsamen Person das volle Ausmaß ihrer Einsamkeit abzuwehren und im Bewusstsein zu leben, für jemand Anderen Bedeutung

9 Vanitas an Beziehungserfahrungen kann gelesen werden als Leere (Nichtvorhandensein) und auch als Nichtigkeit, leerer Schein an Beziehungserfahrung, im Sinne zwar vorhandener aber nicht ausreichender, ehrlicher Beziehungserfahrung. Hier sei es zunächst mit der Wortbedeutung „Leere“ gelesen.

zu haben – wengleich auch nur in negativer, feindlich gesinnter Hinsicht. Aber auch das ist besser als das Wahrnehmen der brutalen Wirklichkeit; nämlich, dass die Person völlig alleine ist und selbst die vermeintlich bösen Mitmenschen in gar keiner Weise an ihr interessiert sind.

Die Wichtigkeit für den Organismus Mechanismen zur Verfügung zu haben, die Erfahrung der Einsamkeit abzuwehren, wird verständlich, wenn man Risikofaktoren für Suizid bedenkt. Einsamkeit und soziale Isolation werden in manchen Untersuchungen als vorrangigster Risikofaktor für suizidales Verhalten angesehen (vgl. z. B. Wiktorsson et al., 2010). Studien legen nahe, dass Suizidgedanken und parasuizidales Verhalten mit dem Grad der Einsamkeit zunehmen (vgl. Stravynski & Boyer, 2001).

Es scheint für den Organismus von lebenserhaltender Bedeutung zu sein, das Bewusstsein der Einsamkeit in ihrer vollen Tragweite abwehren zu können. Auch Carl Rogers trägt der Tendenz des Organismus zu seiner Erhaltung Rechnung, wenn er die Aktualisierungstendenz beschreibt als „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers 1959a/2009).¹⁰ Der Wahn scheint hier eine Möglichkeit, die der Erhaltung des Organismus dient.

Der Wahn ist in dieser Sichtweise ein sinnvoller, kreativer Schutzmechanismus. Wahnhafes Geschehen kann so nicht ausschließlich als krankhaft interpretiert werden. Als Störung ist ein Mangel an positiver Beziehungserfahrung zu identifizieren.¹¹ Der Wahn ist nicht das Problem sondern ein Lösungsversuch. Im Fallbeispiel wurde zur einfachen Veranschaulichung eine offensichtlich einsame Person gewählt. Aber nicht nur offensichtliche Einsamkeit muss als Mangel an positiver Beziehungserfahrung gesehen werden.

Carl Rogers beschreibt den Zustand von Einsamkeit, der ohne Mangel an Mitmenschen auftreten kann, in seinen Gedanken zu der Fallstudie Ellen West von Ludwig Binswanger (vgl. Binswanger, 1957; Rogers, 1961c): „Haben wir keine Beziehung, in

10 „This is the inherent tendency of the organism to develop all its capacities in ways which serve to maintain or enhance the organism“ (Rogers 1959a, S. 196).

11 Die Beschreibung eines Mangels an positiven Beziehungserfahrungen ist vor allem als gegenwärtiges soziales Defizit zu verstehen – nicht im Sinne eines historischen tiefenpsychologischen Konzepts frühkindlicher Erfahrungen. Die Konsequenz sich in der Therapie auf das Gegenwärtige zu beziehen, zeigt sich auch darin, dass Carl Rogers schreibt, die Krankengeschichte seines Klienten James Brown nicht gelesen zu haben (Rogers, 1967i, S. 402). (An anderer Stelle erscheint der Klient unter dem Pseudonym „Mr. Vac“; vgl. Rogers, 1975e, S. 1834–1835; Rogers, 1980b, S. 2157.) Rogers schreibt dazu: „It is my conviction that therapy (if it takes place at all) takes place in the immediate moment-by-moment interaction in the relationship“ (Rogers, 1967i, S. 402).

der wir beide Aspekte unseres ‚geteilten Selbst‘ – unserer ‚äußeren‘ Fassade und die tiefere Ebene unseres Erlebens – mitteilen können, dann empfinden wir Einsamkeit, das Gefühl mit keinem anderen menschlichen Wesen *wirklich* in Kontakt zu sein.“ (Rogers, 1961c/1980, S. 94)¹² Ellen West selbst formuliert in einer Tagebucheintragung folgendermaßen: „Ich bin ganz isoliert. Ich sitze in einer Glaskugel. Ich sehe die Menschen durch eine Glaswand, ihre Stimmen dringen gedämpft zu mir. Ich sehne mich unsagbar danach, zu ihnen zu gelangen. Ich schreie, aber sie hören es nicht. Ich strecke die Arme nach ihnen aus; aber meine Hände stoßen nur gegen die Wände meiner Glaskugel“ (Binswanger, 1957, S. 80). Obwohl Ellen West scheinbar gut integriert war, war sie sich ihres Mangels an positiver Beziehungserfahrung und ihrer Einsamkeit bewusst. Ellen West beendet ihr Leben durch Suizid.

Auch scheinbar gut integrierte Personen können einen Mangel an wirklicher, echter, guter Beziehungserfahrung aufweisen. Die Vanitas zeigt sich hier im Sinne eines leeren Scheins. Der Wahn kann dann als kreative Leistung der Psyche gesehen werden, den Mangel an echter positiver Beziehungserfahrung nicht wirklich bewusst werden zu lassen.

Psychopharmakotherapie

Diese Überlegungen können in der Behandlung des Wahns hilfreich sein. Betrachten wir zunächst die medikamentöse Therapie. Eugen Bleuler, eine maßgebliche Person in der Psychiatriegeschichte (er prägte unter anderem den Begriff „Schizophrenie“) sah die Prognose des Wahns düster. „Gegen die Krankheit ist nichts zu machen. Man muß sich mit ihr abfinden“ (Bleuler, 1916, S. 412). Dieses Zitat stammt aus der Zeit vor dem Einzug moderner Antipsychotika in die Psychiatrie. Doch auch mit guter psychopharmakologischer Behandlung ist die Therapie eines schon längere Zeit entfalteten Wahns oft mühsam. Gelegentlich erweist sich die Symptomatik als therapieresistent.

Die Wirksamkeit der gegenwärtig verfügbaren Antipsychotika wird hauptsächlich durch Modelle begründet, die eine Modifikation der Rückkopplungsschleife über die Area *segmentalis ventralis* beschreiben. Dadurch kann pharmakologisch einer (pathologischen) Verminderung der Aktivierung des thalamischen Filters entgegengewirkt werden (vgl. Stahl, 2013). Doch dieser medikamentöse Ansatz betrifft nur einen Rückkopplungsweg, nicht jedoch den aus dem präfrontalen Cortex direkt zum Nucleus accumbens vermittelten Weg.

12 „When there is no relationship in which we are able to communicate both aspects of our divided self—our conscious façade and our deeper level of experiencing—then we feel the loneliness of not being in real touch with any other human being.“ (Rogers, 1961c, S. 94)

Psychopharmakologisch wird nur eine Rückkopplungsschleife beeinflusst. Dies könnte manche medikamentösen Therapieresistenzen erklären.

Unter der oben formulierten These, dass die Entwicklung des Wahns ein prinzipiell physiologischer Mechanismus als Reaktion auf einen Mangel an echter Beziehungserfahrung sei, ist zu bedenken, dass mit einer rein medikamentösen Therapie nicht die Ursache der Störung behandelt wird, sondern nur eine Reaktion darauf unterdrückt wird, die möglicherweise eine für den Organismus sinnvolle Bewältigungsstrategie darstellt. So sinnvoll und hilfreich manchmal wirkungsvolle antipsychotische psychopharmakologische Behandlungen sind, muss aus den bisherigen Überlegungen dringend geschlossen werden, diese stets mit psychotherapeutischer Behandlung zu kombinieren. Jobst Finke empfiehlt besonders nach medikamentös bewirktem Abklingen der akuten Symptomatik eine tiefe bejahende, den Patienten in seinem Sosein anerkennende Grundhaltung (Finke, 1994, S. 145). Der Mangel, die Leere an positiver Beziehungserfahrung sollte durch eine gute psychotherapeutische Beziehung beseitigt werden, um der Person nicht einseitig nur ihre Bewältigungsstrategien medikamentös zu nehmen ohne ihr etwas Anderes, beziehungsweise Heilsameres anzubieten. Die Psychotherapie hat in der Behandlung des Wahns einen wichtigen Stellenwert.

Psychotherapie bei Psychosen

Um die psychotherapeutischen Besonderheiten im Beziehungsaufbau mit Personen mit Wahn¹³ zu beleuchten sei erinnert, dass als Kriterien für das Vorliegen der Symptomatik von Karl Jaspers „subjektive Gewißheit“ und „Unkorrigierbarkeit durch Erfahrung und zwingende Schlüsse“ definiert wurden.

13 Im Rahmen eines fünfjährigen Programms wurde durch die University of Wisconsin in Kooperation mit dem Mendota State Hospital die psychotherapeutische Behandlung von Menschen beforscht, bei denen Schizophrenie diagnostiziert worden war (vgl. Rogers, 1967). Bei Vergleichen mit den Ergebnissen des Projekts ist zu beachten, dass in der damaligen Diagnosepraxis und auch in heute gültigen Diagnosemanualen durchaus die Diagnose der Schizophrenie auch ohne das Auftreten von Wahn möglich ist. Die Ergebnisse des Projekts und Aussagen darüber betreffen somit PatientInnen, von denen sicherlich viele frei von Wahnsymptomatik waren.

Auch die aus dem Programm abgeleiteten Aussagen über Schizophrenie sind kritisch zu diskutieren. Die Diagnostik der Schizophrenie in diesem Projekt entsprach kaum jenen Kriterien einer heutigen Diagnosestellung. Die Diagnose Schizophrenie scheint fast willkürlich vergeben, wie Eugene Gendlins Anmerkung zum Projekt illustriert: „First of all, ‘schizophrenia’ is (and in our research we took it as) the catch-all category in hospitals, a label attached to anyone who is not clearly manic-depressive, alcoholic, epileptic, or something else one can define. This means it includes about half the hospital’s population, and consists of just anyone“ (Gendlin, 1966, S. 10).

Folgerichtig bemerkt Bleuler: „Wahnideen kann man nicht ausreden! Ihrem Wesen nach lassen sie sich nie durch logische Argumente korrigieren“ (Bleuler 1983, S. 520). Es wäre also wenig zielführend, sich in der Psychotherapie dem Widerlegen des Wahns widmen zu wollen. Vielmehr scheint es sinnvoll, das Augenmerk nicht auf symptomorientierte Psychotherapie zu legen, sondern auf einen personorientierten positiven Beziehungsaufbau. Gerade die personzentrierte Psychotherapie kann hier mit ihren Konzepten eines glückenden Beziehungsaufbaus einen wertvollen Beitrag zur Behandlung leisten.¹⁴

Eine besondere Herausforderung für den Therapeuten ist der Umgang mit den Wahninhalten, besonders wenn diese kaum nachvollziehbar erscheinen. Widerspruch scheint sinnlos, da man ja an der Unkorrigierbarkeit des Wahnsystems scheitern würde. Außerdem bestünde im Widersprechen oder im Widerlegungsversuch die Gefahr, vom Gegenüber als negativ wahrgenommen zu werden und in das Wahngelbilde als zu den Feinden gerechnet eingebaut zu werden. Weitere Psychotherapie würde schwierig. Zu Recht warnen Ute und Johannes Binder davor, sich „auf Diskussionen“ einzulassen und zu versuchen, „eigenes Erleben auszureden“, dies wirke „eher verschärfend“ auf die Problematik, (Binder & Binder, 1992, S. 121). Jobst Finke sieht im Erzählen von wahnhaften Erlebnissen die „Hoffnung, einen Anteilnehmenden und Zeugen für das zu finden,“, was den Betroffenen widerfahren ist, „jemanden also, der mit ihm das Bedrängende dieses Erlebens teilt. Diese Erwartung darf der Therapeut nicht zurückweisen, indem er sich sofort kritisch einstellt und unmittelbar auf eine Realitätsprüfung drängt“ (Finke, 2010, S. 133).

Aber auch ein den Wahninhalten zustimmendes Verhalten stellt keinen zielführenden Weg dar. Den Wahninhalten zuzustimmen würde diese noch mehr bestärken¹⁵ und würde vielmehr noch die Gefahr in sich bergen, die eigene Authentizität zu verlieren.¹⁶ Das Ziel einer ehrlichen, echten, positiven Beziehungserfahrung wäre gescheitert durch eine unauthentische, inkongruente Beziehungsgestaltung.

14 Im Folgenden soll ein besonderes Augenmerk auf die Beziehungsgestaltung mit Personen, die unter Wahnphänomenen leiden, gelegt werden. Die therapeutische Unterstützung der Betroffenen in ihren Lebensbereichen einschließlich möglicher Reaktionen der Umwelt auf wahnbedingte, auffällige Verhaltensweisen weist große Ähnlichkeiten mit Aspekten von Psychotherapien mit Menschen auf, die unter anderen Problemen leiden. Eine genauere Beschreibung dieser Prozesse muss hier – den Grenzen des Artikels geschuldet – unterbleiben.

15 Teusch, Köhler und Finke weisen darauf hin, dass es zu verhindern gelte, „daß der Patient im Verhalten des Therapeuten eine Bestätigung seiner Wahnwelt erlebt“ (Teusch, Köhler, & Finke, 1987, S. 170).

16 Rogers schreibt: „Ich bin überzeugt, daß das wichtigste Element der Therapie die Echtheit ist, das reale Zugewesen, das der Therapeut in die Beziehung einbringt“ (Rogers, 1962/1977b, S. 170). „I believe it is the realness of the therapist in the relationship which is the most important element“ (Rogers 1962c, S. 10).

Der Therapeut sieht sich im Dilemma, dem Klienten in den Themen des Wahns weder zustimmend noch ablehnend gegenübertreten zu können. Am hilfreichsten und authentischsten scheint es, wenn es dem Therapeuten gelingt, nicht sogleich der Versuchung nachzugeben, die Wahninhalte in dieser oder jener Weise zu bewerten, sondern sich selbst als eigenständige Person mit eigenen Sichtweisen, ganz unabhängig von Wahninhalten eines Anderen zu positionieren. Aus der ganz authentischen Unabhängigkeit kann wertschätzende Begegnung zweier selbständiger Menschen gelingen, ohne gegenseitige Vereinnahmung für bestimmte (wahnhaft) Themen und Inhalte.

Paraposition

Zur Verdeutlichung dieses gerade in der Therapie des Wahns wichtigen Kommunikationsstandpunkts sei diese Position des Therapeuten als Paraposition benannt. (παρά im Sinne von bei, neben) Der Therapeut positioniert sich in der aufzubauenden Beziehung mit dem Klienten emotional nahe bei ihm, jedoch auch klar neben ihm, von ihm eindeutig abgegrenzt. Carl Rogers beschreibt einen Teil des therapeutischen Prozesses pointiert: „Für das Verständnis der phänomenalen Welt des Klienten ist es erforderlich, daß der Therapeut mehr als nur den Wortsinn der Mitteilung des Klienten aufnimmt. Der Therapeut versucht, ‚in die Haut des Klienten zu schlüpfen‘, er taucht ein in die Welt komplexer Sinngehalte, die der Klient ausdrückt“ (Rogers, 1975e/1977b, S. 20).¹⁷ So anschaulich und hilfreich dieses Bild ist, so setzt jedoch die damit beschriebene therapeutische Haltung voraus, dass sowohl Therapeut als auch Klient sich bewusst sind, dass der Therapeut eine Als-Ob-Haltung einnimmt. Beim wahnhaften Erleben darf für den Klienten diese Unterscheidung zwischen Als-Ob und Realität nicht immer als klar gegeben vorausgesetzt werden. Carl Rogers berichtet, dass im Kontakt mit einer psychotischen Klientin seine eigenen Grenzen zu verwischen drohten.¹⁸ Zunächst gilt es, die in Beziehung tretenden Personen als unabhängige, eigenständige Personen wahrzunehmen. Um es im von Carl Rogers gezeichneten Bild des In-die-Haut-des-Klienten-Schlüpfens auszudrücken, wäre dem wahnhaften Menschen zunächst zu vermitteln: „Sie tragen Ihre Haut. Ich trage meine Haut (und fühle mich ganz wohl dabei).“ Aus dieser Haltung der Paraposition glückt im Beziehungsaufbau das ausdrückliche Respektieren der Wirklichkeit des Gegenübers ohne ihr zuzustimmen oder sie abzulehnen.

17 „The therapist attempts ‘to get inside the skin’ of his client, immersing himself in the world of complex meanings that are being expressed“ (Rogers, 1975e, S. 1833).

18 „I got to the point where I could not separate my ‘self’ from hers. I literally lost the boundaries of myself“ (Kirschenbaum, 1979, S. 191–192).

Die explizite Deklaration der Sichtweise der Realität des Therapeuten ist deshalb besonders wichtig, weil Menschen, die im wahnhaften Denken verfangen sind, dazu tendieren, Wahrnehmungen außerhalb ihres Wahngefüges weniger Bedeutung beizumessen. Um mit eigenständigen Äußerungen die Aufmerksamkeit und wirkliche Beachtung der Person mit wahnhafter Störung zu erreichen, muss der Therapeut seinen Standpunkt sehr eindeutig und nicht fehlinterpretierbar ausdrücken. Auf diese Weise kann diese wesentliche Information das Gegenüber erreichen. „Die Kommunikationsabsicht der Therapeuten reicht nicht aus. Eine Mitteilung muss, um effektiv sein zu können, aufgenommen werden (wie in Punkt 6 erläutert). Die *Absicht* der Therapeuten ist nicht das Entscheidende [...]“ (Rogers, 1959a/2009, S. 47).¹⁹ Rogers formuliert die 6. Bedingung folgendermaßen: „Die Kommunikation des Therapeuten über sein empathisches Verstehen und seine bedingungslose positive Beachtung gegenüber dem Klienten erreicht diesen zumindest ansatzweise“ (ebd.).²⁰

Die Position des Therapeuten ist dadurch gekennzeichnet, dass sie ganz authentisch und klar den eigenen Sichtweisen entspricht und diese auch frei geäußert werden.²¹ Der Tendenz des Wahns aus Vermutungen und Misstrauen subjektive Gewissheiten entstehen zu lassen kann durch ein offenes Deklarieren der eigenen Sichtweisen auf wertschätzende, nicht kritisierende Weise vorgebeugt werden. (Zum Beispiel: „Sie fühlen sich vom Geheimdienst verfolgt. Ich kenne mich mit dem Geheimdienst nicht wirklich aus. Ich kenne mich aber mit psychischen Vorgängen aus und ich glaube, dass Sie unter einem Wahn leiden.“) Dabei ist wichtig, die Parapositionierung der eigenen Sichtweise nicht zu verlassen und stets voller Wertschätzung und Respekt vor der Wirklichkeit des Gegenübers zu bleiben. Der *Sensus privatus* des Klienten wird weder in Frage gestellt noch kommentiert. Der eigene *Sensus privatus* wird eingebracht und zusätzlich implizit ein weiterer *Sensus*, nämlich jener, dass der Therapeut wertschätzend mehrere Sichtweisen nebeneinander gelten lassen kann. Noch ist die Möglichkeit mehrere Sichtweisen anzuerkennen ein *Sensus privatus* des Therapeuten – in weiterer Folge der Therapie kann er jedoch zu einem *Consensus communis* zwischen den beiden Personen

werden. Doch vorerst ist dies dem Klienten nicht möglich. Mit subjektiver Gewissheit sieht er nur seine eigene Sichtweise der Gegebenheiten als einzig mögliche Wirklichkeit an.

Der Sinn der Haltung der Paraposition liegt darin, authentisch bleiben zu können ohne über die Sichtweise des Anderen urteilen zu müssen. Die eigene klare Haltung und die offene Kommunikation darüber kann Sicherheit vermitteln, die als angstreduzierend erlebt werden kann.²² Angst zu reduzieren ist eine wichtige Voraussetzung für einen gelingenden Beziehungsaufbau. Eine wirklichkeitsnahe Wahrnehmung des Gegenübers, der Qualität der Beziehung ist nur dann möglich, wenn die Person unverzerrt von Ängsten Erfahrungen kongruenter symbolisieren kann (vgl. Rogers 1959a/2009, S. 36).

Ängste in der Therapie

Entsprechend den oben angestellten Überlegungen zur Pathophysiologie und den daraus sich erschließenden Folgerungen ist das Ziel der Therapie eine positive, authentische Beziehungserfahrung in einer solchen Qualität herzustellen, die die Leere und den Mangel an Beziehung aufzufüllen weiß. Verschiedene Ängste des Klienten erschweren jedoch den Beziehungsaufbau. Diese Ängste sollen genauer beleuchtet werden.

Zunächst ist naheliegenderweise mit Ängsten zu rechnen, die den Wahnhaltungen des Klienten entsprechen. Klienten, die unter ausgedehntem Beeinträchtigungswahn leiden und dazu tendieren Mitmenschen in dieses Wahnsystem als weitere ihnen Böses wollende einzureihen, werden auch dem Therapeuten rasch einen Platz in ihrem Wahngelände zuordnen. Diese Ängste sind den Klienten zugänglich und formulierbar. (Zum Beispiel: „Ich vermute Sie sind auch vom Geheimdienst.“) Durch eine Kommunikationsweise, die wenig Raum für mögliche Interpretationen lässt, dürfte dieses Risiko vermindert werden. Der klar seinen Standpunkt vertretende Therapeut bietet weniger Projektionsfläche für Fantasien und Misstrauen.

Eine zweite Angst des Klienten ist diesem weniger zugänglich, scheint in der Therapie aber ein hartnäckiges Hindernis im Beziehungsaufbau. Carl Rogers schreibt dazu: „Ist es erst einmal zu offen psychotischem Verhalten gekommen, dann setzt ein Abwehrprozess ein, der den Organismus gegen die äußerst schmerzhafteste Wahrnehmung der Inkongruenz schützen soll“ (Rogers, 1959a/2009, S. 65).²³ Die Therapie würde letztlich zu einer Wahrnehmung der Inkongruenz führen. „Angst

19 „It is not enough for the therapist to communicate, since the communication must be received, as pointed out in condition 6, to be effective. It is not essential that the therapist intends such communication, since often it is by some casual remark, or involuntary facial expression, that the communication is actually achieved.“ (Rogers, 1959a, S. 213)

20 „That the communication to the client of the therapist’s empathic understanding and unconditional positive regard is, at least to a minimal degree, achieved.“ (Rogers, 1959a, S. 213)

21 Ute Binder beschreibt es als erfahrungsfördernd, sich im Umgang mit Menschen mit psychotischen Störungen als „authentisch, unabhängig und dennoch sehr intensiv zugewandt“ zu erleben“ (Binder & Binder, 1999, S. 104).

22 „One of the major purposes of Congruence in psychotherapy is to help establish trust“ schreiben Greenberg und Geller (Greenberg & Geller, 2001, S. 132).

23 „Once the acute psychotic behaviors have been exhibited, a process of defense again sets in to protect the organism against the exceedingly painful awareness of incongruence.“ (Rogers, 1959a, S. 230)

ist dann die Antwort des Organismus auf die „unterschwellige Wahrnehmung,, eine solche Diskrepanz könnte gewahr werden und würde in der Folge eine Veränderung des Selbstkonzeptes erzwingen“ (Rogers, 1959a/2009, S. 35).²⁴

Die dritte und bedrohlichste Furcht schließlich, mit der im therapeutischen Prozess zu rechnen ist, ist jene, die die Ursache der wahnhaften Reaktion des Organismus überhaupt erst eingeleitet hat. Die Furcht davor, sich der ganzen Tragweite des eigenen Verlassenseins, des Nichtverstandenseins, des Nichtwertgeschätzenseins bewusst zu werden. Es scheint naheliegend, dass es wenig zielführend ist, wenn der Therapeut diese Furcht durch psychologisierende Äußerungen schürt wie zum Beispiel: „Sie haben den Wahn, weil Sie einsam sind.“ Ein solches belehrendes Vorgehen ist im therapeutischen Prozess nicht hilfreich und würde einer wertschätzenden Paraposition widersprechen. Außerdem bestünde die Gefahr der Aktivierung dessen was Rogers als das „sogenannte ‚Unbewusste‘ (‚subception‘)“ nennt, „durch das der Organismus über bedrohliche Erfahrungen für das Selbst vorgewarnt wird“ (Rogers, 1959a/2009, S. 38).²⁵ Abwehrmechanismen, die der weiteren Therapie entgegenwirken wären wohl die Folge.

Jede der angeführten Ängste wird vom Organismus als Bedrohung angesehen werden und Abwehrverhalten hervorrufen. Das Ziel des Organismus wäre dabei jegliche Bedrohung des Selbst zu vermeiden (vgl. Rogers, 1959a/2009, S. 36).²⁶ Der Organismus könnte dies erreichen durch „Verzerrung der Erfahrung im Gewahrsein, um auf diese Weise die Nichtübereinstimmung zwischen Erfahrung und Selbststruktur zu reduzieren“ – dies wäre beispielsweise eine Einbindung des Therapeuten in das Wahngedäude. Oder der Organismus könnte die Erfahrung ganz von der Gewahrnehmung fernhalten – dies wäre durch einen innerpsychischen Prozess möglich oder noch einfacher für den Klienten durch Fernbleiben von der Therapie.

Um im Klienten keine Ängste zu schüren sei nochmals auf die Bedeutung einer Haltung hingewiesen, die klar und offen die eigene Sichtweise betont ohne die subjektive Wirklichkeit des Klienten in Frage zu stellen. Ludwig Teusch betont mit besonderem Blick auf Menschen mit psychotischen Störungen, dass ein Respektieren der Abwehr ein „Kennzeichen des gesprächspsychotherapeutischen Vorgehens“ ist (Teusch, 1994, S. 92). Eine authentische Begegnung ohne Bedrohlichkeit für den Klienten ist so möglich. „Fühlt sich eine Person in keiner

Weise bedroht, dann ist sie offen für Erfahrung. Für Erfahrung offen zu sein, bedeutet, sich in einem Zustand zu befinden, der das Gegenteil des Zustandes der Abwehr ist.“ schreibt Rogers (Rogers, 1959a/2009, S. 38).²⁷ So ist es dem Klienten in der Therapie möglich ohne Abwehr neue Beziehungserfahrungen zuzulassen, die letztlich heilsam für ihn sein werden.

Wertschätzung der anderen Sichtweise

Die Wertschätzung der Sichtweise der Wirklichkeit des Anderen gegenüber wird im optimalen Fall zum Wertschätzen des Anderen der eigenen Sichtweise gegenüber führen. Eine ehrliche, auf gleichberechtigter Basis begründete Beziehung im Licht gegenseitiger Wertschätzung ist Mittel und Ziel der Behandlung.²⁸ Aber gerade bei offensichtlich wirklichkeitsfremden Wahnhaltungen könnte im Beziehungsaufbau die Schwierigkeit der mangelnden Wertschätzung dem Klienten gegenüber auftreten. Der Therapeut könnte als ein die Unwirklichkeit des Wahnhaltens des Gegenübers Bewertender auftreten. Der Therapeut könnte sich in der Rolle des Wissenden, des Besserwissenden wiederfinden, der sich in der Überlegenheit vermeint, seine Wahrnehmung der Wirklichkeit wäre realer, würde dem Sensus communis entsprechen und wäre deswegen wertvoller. Da besonders hier die Gefahr einer abfälligen Bewertung von Inhalten des Gegenübers besteht, muss der Therapeut besonders darauf achten, sich den Respekt vor der anderen Sichtweise zu bewahren.²⁹

Wirklich ehrlicher, echter Kontakt scheint kaum möglich ohne Bezug zur Wirklichkeit des Gegenübers zu nehmen. Würde man die Sichtweisen des Anderen in der Begegnung bewusst ausklammern, so bestünde Gefahr, in stillem Besserwissen zu verharren oder wenigstens in solchem wahrgenommen zu werden. Dies steht einer ehrlichen, echten Beziehungserfahrung entgegen. Auch hier ist die bewusste Einnahme einer Paraposition hilfreich.

Teusch, Köhler und Finke schreiben: „In der Begegnung nun wagt der Therapeut Verschiedenheit, also Getrenntheit in der Weltbeurteilung deutlich werden zu lassen“ (Teusch, Köhler, & Finke, 1987, S. 171). Im Deklarieren der eigenen Sichtweise der Wirklichkeit kann mehr oder weniger implizit auch die

24 „Anxiety is the response of the organism to the ‘subception’ that such discrepancy may enter awareness, thus forcing a change in the self-concept.“ (Rogers, 1959a, S. 204)

25 „... the mechanism of “subception” whereby the organism is forewarned of experiences threatening to the self“ (Rogers, 1959a, S. 206).

26 Peter Knienider betont im psychotischen Abwehrprozess das Konzept der Intensionalität (vgl. Knienider, 2014, S. 101–102; Rogers, 1959a, S. 205).

27 „When the individual is in no way threatened, then he is open to his experience. To be open to experience is the polar opposite of defensiveness“ (Rogers, 1959a, S. 206).

28 Carl Rogers formuliert: „To be a companion to my client as he or she explores the hidden mysteries of the inner life and to view that inner life as an acceptable part of reality—these are two of my chief goals in being a therapist“ (Rogers, 1985d, S. 43).

29 Jobst Finke sieht als erste Gesprächsregel im Umgang mit psychotischen Menschen die Gedanken des Gegenübers, „auch die wahnhafter Art, als für ihn bedeutsam“ anzuerkennen (Finke, 2010, S. 135).

Wahrnehmung der Wirklichkeit des Anderen enthalten sein. („Sie fühlen sich verfolgt. Das ist Ihre Sichtweise. Ich denke, dass Sie unter einem wahnhaften Geschehen leiden.“)

Auch wenn es hart erscheinen mag, den Klienten mit der eigenen Sichtweise der Vorgänge zu konfrontieren, so liegen doch mehrere Chancen in diesem Vorgehen. Der Therapeut erscheint nicht als der stumme Beobachter, als der Spezialist, der es eigentlich besser wüsste, aber aus Rücksicht für den Klienten ihn schweigend vor der Konfrontation mit der Realität bewahrt. Eine solche Perspektive der Beziehung würde den Klienten zu einem beschützenswerten Unwissenden degradieren und die Position des Therapeuten als den des wissenden Spezialisten hervorheben, der so mächtig wäre, dass er den Klienten beschützen müsste und könnte. Eine therapeutische Begegnung auf Augenhöhe wäre in dieser Weise nicht möglich. Vielleicht würde der Klient durch ein solches Kommunikationsverhalten des Therapeuten umso mehr unter den Druck geraten sich aus der entmündigenden Position befreien zu müssen und sich und seine Sichtweisen umso wichtiger und bedeutsamer zu betonen. Eine Verstärkung der wahnhaften Symptomatik wäre denkbar.

Durch die offene Deklaration der eigenen Sichtweise ermöglicht der Therapeut eine Begegnung in wechselseitiger Wertschätzung auf Augenhöhe. Die andere Person wird vom Therapeuten nicht als entmündigter Patient betrachtet, der in einer solchen Weise geschützt werden muss, dass ihm die Wahrheit nicht zuzumuten ist. Im Gegenteil, durch Mitteilen der Sichtweise des Therapeuten zeigt sich Wertschätzung gegenüber dem Klienten, ihm zuzutrauen, dass er mit der Sichtweise des Therapeuten umzugehen weiß. (Die implizite Botschaft des Therapeuten wäre vielleicht in etwa so: „Ich mute Ihnen meine Sichtweise zu, im Vertrauen auf Ihre Fähigkeit, es auszuhalten.“) Zunächst wird der Umgang des Klienten wohl eher ein vom Wahn geprägter, die Sichtweise des anderen nicht wahrnehmender sein. Doch in weiterer Folge kann eine andere Sichtweise zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Wertschätzung zeigt sich auch dadurch, dass der Therapeut nicht aufgrund einer falsch verstandenen professionellen Haltung unpersönlicher Behandler bleibt, sondern als Person mit eigenen Meinungen und Sichtweisen in der Beziehung sichtbar wird. (So als würde er sagen: „Ich schätze Sie so sehr, dass ich etwas von mir zeige.“)

Carl Rogers schreibt: „Je mehr der Therapeut oder die Therapeutin in der Beziehung er oder sie selbst ist, keine professionelle Front oder äußere Fassade aufrichtet, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß sich der Klient verändern und in konstruktiver Weise entwickeln wird“ (Rogers, 1986h/1991, S. 240).³⁰ Die Bedeutung des wirklich echten, unmittelbaren

Umgangs miteinander kann nicht hoch genug eingeschätzt werden – insbesondere unter der Annahme eines Defizits im Wahrnehmen kongruenter Beziehungserfahrung als Ursache für die vorliegende Störung.

Empathisches Verstehen

Eine besondere Herausforderung im Beziehungsaufbau stellt in der Therapie die Empathie dar. Ein Verstehenwollen der wahnhaften Inhalte muss vor allem bei wirklichkeitsfernen Wahninhalten scheitern.³¹ Eine zu starke Vertiefung in Wahninhalte birgt zudem die Gefahr, dass die Kommunikation mit dem Therapeuten als stark auf den Wahn zentriert erlebt wird, der Therapeut wird verstärkt mit bestimmten Wahninhalten assoziiert. Die Gefahr, dass der Therapeut in den Wahn eingebaut wird scheint vermehrt gegeben.

Entsprechend den Folgerungen aus dem pathophysiologischen Modell wäre eine Auseinandersetzung mit dem Wahn nur als eine Auseinandersetzung mit der Symptomatik anzusehen. Ein Behandlungsansatz, der näher am Ursprung der Störung heilsam eingreifen wollte, sollte die positive Beachtung in den Focus der Therapie stellen. Positive Beachtung scheint aber die Wahninhalte betreffend kaum möglich.

Beim Versuch sehr wirklichkeitswidersprechende Wahninhalte zu verstehen wird sich im Therapeuten beim unvermeidlichen Abgleich mit seiner eigenen Wahrnehmung der Wirklichkeit ein innerer Widerspruch regen. (Aussagen wie, „In meinem Hirn ist die Relais-Station über die der Geheimdienst die Geheimbotschaften an die Unteragenten weiterleitet“, sind schwer nachzuvollziehen. Der Therapeut wird sie mit seiner Sicht der Wirklichkeit als unwahrscheinlich bewerten.) Auch hier scheint ein klar parapositionierter Standpunkt hilfreich. In der Betonung der eigenen Sichtweise muss keine Wertung über die Sicht des Gegenübers abgegeben werden. Empathisches Verstehen scheint so aber schwierig.

Empathisches Verstehen des sich prinzipiell Unverstandenenfühlers und der grundlegend einsamen Lebenssituation des Klienten ist zunächst nicht möglich, da dem Klienten Emotionen dazu nicht zugänglich sein werden. – Die tiefe Erkenntnis des Unverstandenseins abzuwehren ist ja genau der kreative Prozess des Wahns. Dem Klienten sind jedoch sehr wohl

likelihood that the client will change and grow in a constructive manner“ (Rogers, 1986h, S. 197).

31 Die Bedeutung des Eingehens auch auf psychotische Inhalte wird von verschiedenen Autoren hervorgehoben. So betont Dion Van Werde im Umgang mit Patienten der psychiatrischen Station: „Wir halten es für wichtig und therapeutisch relevant, auf sämtliche Inhalte, die sich zeigen oder die anzusehen gemeinsam mit dem Patienten beschlossen wird, wirklich einzugehen“ (Van Werde, 1998, S. 89).

30 „The more the therapist is himself or herself in the relationship, putting up no professional front or personal façade, the greater is the

Emotionen zugänglich, die aus dem Wahnerleben entstehen. (Zum Beispiel: „Ich habe Angst vor dem Geheimdienst.“)

Hier ergibt sich ein Anknüpfungspunkt, an dem empathisches Verstehen vorbehaltlos möglich ist. (Zum Beispiel: „Wenn ich sehe, wie sehr Sie sich vom Geheimdienst bedroht fühlen, kann ich Ihre Angst wirklich verstehen.“) Das emotionale Verstehen bedeutet nicht, dass der Therapeut auch der Wirklichkeit des Wahninhaltes zustimmt. Bezüglich des Inhaltes behält der Therapeut seine klare Haltung. Er kann aber trotzdem kongruent sein emotionales Verstehen im Nachvollziehen der Sicht des andern erfühlen und äußern. Rogers formuliert dieses Prinzip folgendermaßen: „Die private Welt des Klienten verspüren, als wäre sie die eigene, ohne jedoch je diese ‚Als-Ob‘-Qualität außer Acht zu lassen: das ist Empathie und scheint für die Therapie wesentlich zu sein“ (Rogers, 1959 g/2014, S. 277).³² Bei gleichzeitiger klarer Abgrenzung von Wahninhalten empfehlen Ute und Johannes Binder „empathisches Verstehen der damit einhergehenden Gefühle“ (Binder & Binder, 1992, S. 121). Nicht bezüglich der Wahninhalte, wohl aber in emotionaler Hinsicht ist Empathie möglich und förderlich.

Vielleicht hatte der Klient bisher hauptsächlich die Erfahrung gemacht von der Umwelt aufgrund der für andere offensichtlichen Absurdität seiner Wahninhalte nicht verstanden zu werden. Vielleicht war er bisher korrigiert oder gar abgelehnt worden. Nun macht er in der Therapie die Erfahrung, verstanden zu werden mit den ihm zugänglichen Sorgen und Ängsten und mit all seiner Belastung, die durch die Inhalte entsteht, von denen er subjektiv überzeugt ist. Dieses erstmalige Verstandenwerden in der Therapie ist nicht nur Teil des Heilungsprozesses und zielt letztlich auf ein Auffüllen der Leere, der Vanitas im wirklichen Verstandenwerden, das als Ursache der Störung geortet wurde. Das sich wirklich Verstandenfühlen festigt auch die Beziehung zwischen Klient und Therapeut in einer Weise, die es in Folge erlauben wird, dass der Therapeut seinen Standpunkt noch klarer formulieren wird. Weil der Klient sich einzig in dieser Beziehung emotional verstanden fühlt wird der Therapeut zu einem bedeutsamen Gegenüber. Dies ist Voraussetzung für den entscheidenden Schritt des Therapeuten den *Sensus communis* einzubringen, die Möglichkeit anzubieten,

dass neben der Wirklichkeit einer Person auch noch Wirklichkeiten anderer Personen bestehen. Wäre der Therapeut nicht verstehende und daher bedeutsame Person, wäre seine Sichtweise kaum von Bedeutung für den Klienten. Der Schlüssel zur erfolgreichen Behandlung des wahnhaften Geschehens ist die Beziehung, die in ehrlicher, wertschätzender Weise empathisch die Emotionen des Klienten aufgreift. Gerade die personenzentrierte Therapie kann hier einen förderlichen Ansatz zur Behandlung darstellen.

Consensus communis

Unter der aus den pathophysiologischen Überlegungen zu schließenden Annahme, Wahn sei begründet durch ein Defizit, eine Vanitas an förderlichen Beziehungserfahrungen, ist Wahn nicht als Störung zu betrachten, sondern als ein Versuch des Organismus, Gegenregulationsmechanismen zu aktivieren. Die psychotherapeutische Behandlung zielt auf eine ehrliche und echte Beziehungserfahrung. Um den Gefahren und Besonderheiten des Beziehungsaufbaus im Schatten eines wahnhaften Geschehens zu begegnen, empfiehlt sich die psychotherapeutische Haltung der Parapositionierung. Diese Haltung beinhaltet die Möglichkeit, dass mehrere Sichtweisen der Realität nebeneinander wertschätzenden Bestand haben können. Mit zunehmender Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehungserfahrung wird für den Klienten die Person des Therapeuten an Bedeutung gewinnen. Auch die Sichtweisen des Therapeuten werden dem Klienten bedeutsamer werden. Einstellungen und Sichtweisen des Therapeuten, seine Zugänge zu möglichen Problemstellungen werden vom Klienten beobachtet und zunehmend als relevant betrachtet. Ein die subjektive Wirklichkeit des Gegenübers akzeptierender Zugang des Therapeuten kann im weiteren Verlauf der Therapie mithelfen, die Fähigkeit des Klienten zu fördern, ebenfalls mehr als eine Perspektive anzuerkennen. Nicht ein Gegenargumentieren oder Überzeugenwollen kann den Wahn auflösen. Die „subjektive Gewißheit“ ist in ihrem *Sensus privatus* nicht veränderbar. Es kann jedoch eine Aufweichung der strikten wahnhaften Position bewirken in die Therapie einen *Sensus communis* einzubringen, nämlich jenen *Consensus*, dass es verschiedene Sichtweisen der Wirklichkeit geben kann. Diesen *Consensus* muss der Therapeut nicht aktiv herbeiführen wollen. Er geschieht im Zuge einer intensiven Beziehung. Dieser wesentliche Schritt in der Behandlung setzt jedoch schon so viel an geglücktem Beziehungsaufbau voraus, dass die Sichtweise des inzwischen zum wichtigen Bezugsmenschen gewordenen Therapeuten für den Klienten bedeutsam ist. (Zum Beispiel könnte der Klient folgendes äußern: „Ich weiß, Sie glauben ich habe einen Wahn, aber ich sehe es so, dass mich der Geheimdienst bedroht.“ Zwar hält

32 „To sense the client's private world as if it were your own, but without ever losing the 'as if' quality—this is empathy, and this seems essential to therapy“ (Rogers, 1959 g, S. 235).

Der Standpunkt Rogers' scheint sich zunehmend der Sichtweise von Martin Buber angenähert zu haben (vgl: Shlien, 2001). In einem seiner letzten Artikel schreibt Rogers: „I participate in a miracle. At such moments I feel an almost ectoplasmic bond between the client and myself. It is truly an „I–Thou,“ relationship. At such important moments of change in therapy, the question of equality or inequality is totally irrelevant. The important thing is that two unique persons are in tune with each other in an astonishing moment of growth and change“ (Rogers, 1987i, S. 39).

der Klient hier noch an seinem Sensus privatus fest, er nimmt aber bereits wahr, dass sein Gegenüber eine andere Sichtweise hat und respektiert dies. Die subjektive Gewissheit der einzig richtigen Erklärung der Realität beginnt sich aufzuweichen.)

Durch Erleben dieses Consensus communis gelingt es dem Klienten sich zunehmend von seinem Sensus privatus zu lösen. Durch die Erfahrung wertvoller Beziehung verliert der wahnhaftige Eigensinn an Bedeutung, kann in den Hintergrund treten und sich auflösen. In der therapeutischen Beziehung gelingt es dem Klienten die Erfahrung zu machen, von einem Gegenüber wirklich wertgeschätzt zu sein und als Person Bedeutung zu haben. Dies ist der heilsame Prozess. Der Klient ist insgesamt bereichert, die Leere an wertvoller Beziehungserfahrung ist behoben.

Literatur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Binder, U. & Binder, J. (1992). Überlegungen zum störungsspezifischen Umgang im Bereich der psychosozialen Versorgung am Beispiel von Schizophrenien, Neurotische Depression und passiv-aggressivem Verhalten. In U. Straumann (Hrsg.), *Beratung und Krisenintervention: Materialien zu theoretischem Wissen im interdisziplinären Bezug* (S. 115–130). Köln: GwG-Verlag.
- Binder, U. & Binder, J. (1999). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie* (3. Auflage). Eschborn: Dietmar Klotz.
- Binswanger, L. (1957). Der Fall Ellen West. In *Schizophrenie* (S. 57–188). Pfullingen: Günther Neske.
- Bleuler, E. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Julius Springer.
- Bleuler, E. (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15. von Manfred Bleuler bearbeitete Auflage. Berlin: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Finke, J. (2010). *Gesprächspsychotherapie* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Gendlin, E. T. (1966). Research in Psychotherapy with Schizophrenic Patients and the Nature of that "Illness". *American Journal of Psychotherapy*, 20(1), 4–16.
- Greenberg, L. S., Geller, S. M. (2001). Congruence and Therapeutic Presence. In G. Wyatt (Hrsg.), *Congruence* (S. 131–149). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Berlin: Verlag von Julius Springer.
- Kant, I. (1798). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Königsberg: Friedrich Nicolovius.
- Kant, I. (1800). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht* (Zweyte verbesserte Auflage). Königsberg: Friedrich Nicolovius.
- Kant, I. (1820). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht* (Dritte verbesserte Auflage). Königsberg: Universitäts-Buchhandlung.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On Becoming Carl Rogers: The life and work of America's distinguished psychologist, educator and author of On Becoming a Person*. New York, NY: Delacorte Press.
- Knienider, P. (2014). *Paranoia: Klientenzentriertes Verständnis und klientenzentrierte Psychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Luther, M. (1534). *Biblia / Das ist / Die ganze Heilige Schrift Deudsch*. Wittenberg: Hans Lufft.
- Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer H.-P., (Hrsg.). (2008). *Psychiatrie und Psychotherapie*. 3. vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Rogers, C. R. (1957a). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology. A study of a science*. (Vol. 3, S. 184–256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1959a/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. München: Reinhardt.
- Rogers, C. R. (1959 g). Significant Learning: In Therapy and in Education. *Educational Leadership*, 16, 232–242.
- Rogers, C. R. (1959 g/2014). Signifikantes Lernen: In Therapie und Erziehung. In C. R. Rogers, J. Giere (Übers.), *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus Sicht eines Therapeuten* (19. Auflage, S. 273–289). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1961c). The loneliness of contemporary man as seen in "The case of Ellen West". *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1(2), 94–101.
- Rogers, C. R. (1961c/1980). Ellen West – und Einsamkeit. In C. R. Rogers & R. L. Rosenberg, E. Görg (Trans.), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 94–103). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1962c). Some Learnings From a Study of Psychotherapy With Schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, (Summer), 3–15.
- Rogers, C. R. (Hrsg.). (1967). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R. (1967i). A Silent Young Man. In Carl R. Rogers (Hrsg.), *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics* (S. 401–416). Madison: The University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R. (1975e). Client-centered psychotherapy. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Hrsg.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (2. Aufl., Bd. 2, S. 1831–1843). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Rogers, C. R. (1975e/1977b). Klientenzentrierte Psychotherapie. In *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 15–52). München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1962/1977b). Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 161–179). München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1980b). Client-centered Psychotherapy. In H. I. Kaplan, A. M. Freedman & B. J. Sadock (Hrsg.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (3. Aufl., Bd. 2, S. 2153–2168). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Rogers, C. R. (1985d). Comment on Slack's Article. *Journal of Humanistic Psychology*, 25(2), 43–44.
- Rogers, C. R. (1986h). Client-Centered Therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Hrsg.), *Psychotherapist's casebook*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Rogers, C. R. (1986h/1991). Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl Rogers* (S. 238–256). Mainz: Grünewald.
- Rogers, C. R. (1987i). Comments on the Issue of Equality in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 27(1), 38–40.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Hrsg.). (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (Tenth Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shlien, J. (2001). Empathy in Psychotherapy: Vital Mechanism? Yes. Therapist's Conceit? All Too Often. By Itself Enough? No. In S. Haugh & T. Merry (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice: Empathy* (Vol. 2, S. 38–52). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Stahl S. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications*. Cambridge: Cambridge University Press
- Stravynski, A. & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(1), 32–40.
- Teusch, L., Köhler, K.-H. & Finke, J. (1987). Die Bearbeitung von Wahnphänomenen in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In H. M. Olbrich (Hrsg.), *Halluzination und Wahn* (S. 168–173). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Teusch, L. (1994). Gesprächspsychotherapie bei schizophrenen Störungen. In L. Teusch, J. Finke, & M. Gastpar (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen: Neue Konzepte und Anwendungsfelder* (S. 92–99). Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Teusch, L. & Finke, J. (2002). Personzentrierte Psychotherapie in der Psychiatrie. In Wolfgang W. Keil & Gerhard Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 477–498). Wien: Springer.
- Van Werde, D. (1998). Prä-Therapie im Alltag einer psychiatrischen Station. In G. Prouty, D. Van Werde & M. Pörtner (Hrsg.), *Prä-Therapie* (S. 85–158). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Ostling, S. & Waern, M. (2010). Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 57–67.