



Gespräche mit Schizophrenen

Kohärenzbrüche und der Versuch
ihrer Überbrückung

Helena Rohen

F Frank & Timme

Verlag für wissenschaftliche Literatur

Helena Rohen
Gespräche mit Schizophrenen

Helena Rohen

Gespräche mit Schizophrenen

Kohärenzbrüche und der Versuch ihrer Überbrückung

FFrank & Timme
Verlag für wissenschaftliche Literatur

Umschlagabbildung: © Photographee.eu – Fotolia.com

ISBN 978-3-7329-0174-6

© Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur
Berlin 2016. Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts-
gesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Herstellung durch Frank & Timme GmbH,
Wittelsbacherstraße 27a, 10707 Berlin.
Printed in Germany.

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.

www.frank-timme.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
1 Schizophrenie in affektlogischer Sicht.....	15
2 Gesprächsstrategie unter Rücksichtnahme auf das Krankheitsbild.....	21
2.1 Vorbedingungen.....	21
2.2 Forderungen an den Gesprächspartner	21
2.3 Vorgehensweise in der Konfliktbewältigung nach der Affektlogik von Ciompi.....	23
2.4 Gesprächsstrategie.....	24
3 Kohärenzdefinition und ihre Erweiterung.....	33
3.1 Zur Kohärenz und Kohärenzdefinition	33
3.2 Erweiterung des Begriffes Kohärenz.....	34
3.3 Kohärenzbrüche	36
4 Analyse der Gespräche.....	39
4.1 Gespräche mit dem Patienten H.	40
4.1.1 Gespräch am 17.11.1992 (vormittags)	40
4.1.2 Gespräch am 17.11.1992 (nachmittags).....	41
4.1.3 Gespräch am 24.11.1992 (vormittags)	44
4.1.4 Gespräch am 24.11.1992 (nachmittags).....	46
4.1.5 Gespräch am 1.12.1992	50
4.1.6 Gespräch am 8.12.1992	53
4.1.7 Gespräch am 13.1.1993	54
4.1.8 Gespräch am 19.1.1993	56

4.1.9	Gespräch am 2.2.1993.....	57
4.1.10	Gespräch am 9.2.1993 (vormittags).....	61
4.1.11	Gespräch am 9.2.1993 (nachmittags).....	63
4.1.12	Zusammenfassung von Themen.....	65
4.2	Gespräche mit dem Patienten L.	66
4.2.1	Gespräch am 17.11.1992.....	66
4.2.2	Gespräch am 24.11.1992.....	69
4.2.3	Gespräch am 12.1.1993.....	72
4.2.4	Zusammenfassung der Gespräche.....	76
4.3	Gespräch mit dem Patienten B.	77
4.3.1	Gespräch am 24.11.1992.....	77
4.4	Gespräche mit dem Patienten T.	80
4.4.1	Gespräch am 17.11.1992.....	80
4.4.2	Gespräch am 24.11.1992.....	82
4.4.3	Gespräch am 1.12.1992.....	85
4.4.4	Gespräch am 8.12.1992.....	86
4.4.5	Gespräch am 12.1.1993.....	87
4.4.6	Gespräch am 9.2.1993.....	89
4.5	Gespräch mit dem Patienten M.....	91
4.5.1	Gespräch am 17.11.1992 (vormittags).....	91
4.5.2	Gespräch am 17.11.1992 (nachmittags).....	92
4.5.3	Gespräch am 1.12.1992 (vormittags).....	93
4.5.4	Gespräch am 1.12.1992 (nachmittags).....	97
4.5.5	Gespräch am 12.1.1993 (spätvormittags).....	101
4.5.6	Gespräch am 12.1.1993 (nachmittags).....	104
4.5.7	Gespräch am 12.1.1993 (spätnachmittags).....	105
4.5.8	Gespräch am 19.1.1993 (vormittags).....	105
4.5.9	Gespräch am 19.1.1993 (nachmittags).....	106

4.5.10 Gespräch am 26.1.1993	107
4.5.11 Gespräch am 2.2.1993	107
5 Zusammenfassung der Ergebnisse	111
Literaturverzeichnis	117
Die Gespräche.....	121
Gespräche mit dem Patienten H.....	123
Gespräch am 17.11.1992 (vormittags).....	123
Gespräch am 17.11.1992 (nachmittags)	133
Gespräch am 24.11.1992 (vormittags).....	140
Gespräch am 24.11.1992 (nachmittags)	147
Gespräch am 1.12.1992.....	154
Gespräch am 8.12.1992.....	173
Gespräch am 13.1.1993.....	175
Gespräch am 19.1.1993.....	184
Gespräch am 2.2.1993	192
Gespräch am 9.2.1993 (vormittags).....	210
Gespräch am 9.2.1993 (nachmittags)	230
Gespräche mit dem Patienten L.	246
Gespräch am 17.11.1992.....	246
Gespräch am 24.11.1992.....	252
Gespräch am 12.1.1993.....	263
Gespräch mit dem Patienten B.	274
Gespräch am 24.11.1992.....	274
Gespräche mit dem Patienten T.	285
Gespräch am 17.11.1992.....	285
Gespräch am 24.11.1992.....	298

Gespräch am 1.12.1992	309
Gespräch am 8.12.1992	320
Gespräch am 12.1.1993	328
Gespräch am 9.2.1993	338
Gespräch mit dem Patienten M.	367
Gespräch am 17.11.1992 (vormittags)	367
Gespräch am 17.11.1992 (nachmittags)	372
Gespräch am 1.12.1992 (vormittags)	375
Gespräch am 1.12.1992 (nachmittags).....	393
Gespräch am 12.1.1993 (spätvormittags).....	411
Gespräch am 12.1.1993 (nachmittags).....	421
Gespräch am 12.1.1993 (spätnachmittags)	426
Gespräch am 19.1.1993 (vormittags)	430
Gespräch am 19.1.1993 (nachmittags).....	435
Gespräch am 26.1.1993	439
Gespräch am 2.2.1993	447
Nachwort.....	463

Einleitung

In der vorliegenden Untersuchung befasste ich mich mit den **kommunikativen Möglichkeiten und Grenzen** von Menschen mit schizophrenen Störungen. Es gilt als schwierig, mit ihnen Gespräche so zu führen, dass eine kohärente Kommunikation entsteht. Das liegt daran, dass Schizophrene nicht für die Verbindungen von Äußerungen zu den vorausgehenden und nachfolgenden Dialogteilen (vgl. Goffmann 1972; 1974, S. 207) sorgen. Wie aber schon Käsermann (1983) in ihren Forschungen feststellte, beruht das Misslingen des Austausches wohl nicht darauf, dass der Schizophrene **sich nicht verständlich machen will**. Vielmehr scheint es darum zu gehen, dass „**er sich vielleicht äußern möchte, aber unter den ihm angebotenen Kommunikationsbedingungen nicht kann**“ (Käsermann 1984, S. 35). So entsteht ein „Teufelskreis“, in dem der Schizophrene sich **missverstanden fühlt** (Authaler 2015, S. 14).

Immer wieder erlebt er, dass sein sprachliches Verhalten nicht gesellschaftlich normgerecht ist. Ursachen dafür kann er aber nicht finden (s. Authaler 2015, S. 14). Deshalb betont Authaler die Wichtigkeit der Beschäftigung mit der Theorie der Sprache überhaupt, um dann die Abweichungen in der schizophrenen Sprache besser zu verstehen (Authaler 2015, S. 14).

Das Ziel meiner Untersuchung ist es, unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen kommunikative (nicht psychologische) (vgl. Authaler 2015) Strategien zu finden, die trotz der geschilderten Ausgangslage zu einem Dialog oder einem kommunikativen Austausch mit Menschen mit schizophrenen Störungen führen können.¹

Ausgangspunkt ist – im Anschluss an Authalers Forderung – die Darstellung der wichtigsten linguistischen Forschungsarbeiten über die Schizophrenie (vgl. auch Frommer 1993).²

Am Anfang moderner, d.h. mittels empirischer Methoden arbeitender linguistischer Forschung wurden nur **statistische Wortanalysen** vorgenommen. Dabei wurde eine gewisse **Perseverationstendenz**, d.h. Tendenz zur Wiederholung von gleichen Wörtern, festgestellt (s. Frommer 1993, S. 33). Durch die Zuziehung grammatikalischer Kriterien hat auch schon Southard 1916 festge-

.....
1 Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf diese spezifische Fragestellung.

2 S. Frommer 1993, S. 33-37.

stellt, dass Schizophrene eher kürzere Sätze mit weniger Adjektiven und mit unspezifischen Verben vor komplizierten Satzstrukturen vorziehen (Frommer 1993, S. 34).

In den vierziger, fünfziger und sechziger Jahren wurden die von Johnson (1944) im Anschluss an Zipf entwickelte Type-Token-Technik verwendet. In ihr wurde die Gesamtzahl der benutzten Wörter (tokens) mit der Gesamtzahl der benutzten Worttypen (types) verglichen. Daraus ergaben sich dann ebenfalls die obengenannten Ergebnisse (vgl. Pfaffenberg 1993, s. weiterhin Frommer 1993, S. 33 f.).

Erst in den **siebziger Jahren** stand **nicht nur der Satz**, sondern die **Rede** im Mittelpunkt der linguistischen Forschung. So stellte Flegel (1965) fest, dass Schizophrene sich leicht in der **Eigengesetzlichkeit** der Sprache verlieren. Angeregt durch die Beobachtungen von Flegel entwickelte U.H. Peters (1978 und 1980) eine struktursychopathologische Methode. Seine semantischen Untersuchungen ergaben, dass ein wesentliches Verständnisproblem dadurch entstand, dass in der Sprache der Schizophrene sehr häufig nicht die Kernbedeutungen, sondern Randbedeutungen von Wörtern ins Zentrum rückt (vgl. dazu Rohen 1999, S. 264). Dies wurde von ihm als Wortfeld bzw. Satzfeldstörung, (in neueren Arbeiten als Zeichenfeldstörung, U.H. Peters 1982), bezeichnet.

[Darunter wird verstanden, dass jedem Lexem außer der Kernbedeutung Randbedeutungen, die oft metaphorischen Charakter haben, zugeordnet werden. Laut Weinrich (1976) erhalten Lexeme ihre textspezifische Bedeutung durch den Kontext. Gerade den Kontext beachten aber Schizophrene nicht, wie oben festgestellt.]

Ebenfalls seit den 70er Jahren bemüht sich die moderne textlinguistische Forschung um die Entwicklung von Modellen, die sowohl qualitative wie auch quantitative Aussagen über die komplexen Verarbeitungsprozesse der Textproduktion und -rezeption miteinander verbinden (Beaugrande-Dressler 1981).

Diese neuen linguistischen Verfahren hat Sherry Rochester (1978)³ als einer der ersten zur Untersuchung schizophrener Sprache angewandt. Dabei benutzte er, wie in einer später entstandenen Arbeit auch Käsermann (1983), die textlinguistische Thema-Rhema-Theorie.⁴ Diese Theorie geht davon aus,

.....
3 S. Frommer 1993, S. 36.

4 S. L. Lutz 1981.

dass sich sprachliche Äußerungen stets in **Bekanntes** (Thema), über das etwas ausgesagt wird, und in **Neues, was darüber gesagt wird** (Rhema), unterteilen lassen (vgl. auch Kraus, A/Mundt, Chr. 1991. Vgl. auch Kap. 2 der vorliegenden Untersuchung).

Rochester und Mitarbeiter wandten auch die von Halliday und Hasan (1976) entwickelte Theorie der **kohäsiven Verknüpfungen** an. Diese stellen die gegenseitigen syntaktischen und lexikalischen Abhängigkeiten der Teile eines Textes dar. Dabei kamen Rochester (1978) und Rochester und Martin (1979) zu einem überraschenden Ergebnis: Formal als denkgestört eingestufte akut Schizophrene bilden überwiegend syntaktisch korrekte Sätze. Ebenfalls bedienen sie sich des gleichen lexikalischen Fundus wie Gesunde.

Unter der Annahme, dass sich das Typische schizophrener Sprachstörungen durch die Einbeziehung der **semantischen Textdimension** genauer erfassen lässt, wandten sich einige Autoren dem **textlinguistischen Begriff** der **Kohärenz** zu. Diese steht für die Sicherung der Sinnkontinuität der Textwelt (Beaugrande-Dressler 1981, vgl. auch Kap. 3).

Sowohl Frommer (1993) wie auch schon Käsermann (1983) konnten beide feststellen, dass die Sinnkontinuität in Dialogen mit Schizophrenen abnimmt, wenn ihre Äußerungen durch den Dialogpartner angezweifelt werden (Frommer 1993, S. 107).

Weiterhin stellt Frommer (1993, S. 108) fest, dass in den meisten Fällen die kommunikativen Schwierigkeiten nicht durch Verständnissicherungszüge geklärt werden können, wie in den Dialogen mit nicht-schizophrenen Gesprächspartnern durch Korrekturen oder zusätzliche Informationen. Die mangelnde kommunikative Klärung in Gesprächen mit Schizophrenen hat dann meistens so den Gesprächsabbruch zur Folge.

In seinem textlinguistischen Ansatz ist für Frommer (1993, S. 37) im Anschluss an Hellwig (1984) die Kohärenz nicht eine hierarchische, sondern eine sequentielle Struktur. Somit dient die Kohärenz zur sinnvollen Sprachsequenzierung. Außerdem dient diese laut Frommer als eine Art Mittel zur Gestaltung menschlicher Beziehungen (Frommer 1993, S. 37). Sowohl die **Kohäsion** (beruht auf grammatikalischen Abhängigkeiten) wie auch die **Kohärenz** (Sinnegehalt) werden in seinen Tests mittels der Thema-Rhema-Gliederung bei Patienten mit der Diagnose Schizophrenie, Manie, Depression und hirnorganischer Psychosyndrom untersucht. Außerdem versucht Frommer die Stellen zu finden, an denen die Kommunikation an den Inkohärenzen scheitert (s. Frommer 1993, S. 37). Er stellt dabei fest, dass Inkohärenzen zunehmen, wenn der Dialogpartner die Behauptungen von Schizophrenen anzweifelt

(s. auch Käsermann 1988) oder wenn es um einen ihn persönlich belastenden Inhalt betrifft.⁵ Besonders bei den Schizophrenen fehlt oft die Möglichkeit zur Selbstreflexion und die Fähigkeit der Berücksichtigung des anderen. Außerdem geraten diese Patienten leicht unter Affektdruck (Frommer 1993, S. 116, Ciompi 2015).

Diese verschiedenen Faktoren führen dann oft zu tiefgreifenden Inkohärenzen, so dass die Kommunikation, wie schon oben festgestellt, abbricht (Frommer 1993, s. S. 97–117).

Hier sei noch darauf hingewiesen, dass es nach den 90er Jahren nur noch einzelne Beiträge ohne größere neue Erkenntnisse zur Schizophrenie in der linguistischen Sprachforschung gegeben hat. In der Internetveröffentlichung von Schecker und Kindt zur schizophrenen Sprache (Schecker/Kindt 1998) halten diese es für möglich, dass es in den Sprachstörungen Schizophrener um Störungen in den Sprachverarbeitungsprozessen gehen könnte (s. auch Schecker, M./Kindt, H. (Hg.) 1998: Sprache und Schizophrenie).

Für Authaler (1996 und 2015) handelt es sich bei der Schizophrenie um psychisch bedingte Sprachstörungen, weil „im Gehirn von Schizophrenen weder in der temporalen Sprachregion nach Wernicke noch in der frontalen Sprachregion nach Broca organische Defekte nachgewiesen werden konnten“ (Authaler 2015, S. 117). Weiterhin ist es nach ihr für das **kommunikative Verhalten des Schizophrenen** von Bedeutung, „in welchen vom Kontext bedingten Situationen es stand, in welchem Umfeld der Patient seine Sprache erwarb und wie er auf das Verhalten seiner Mitmenschen zur reagieren lern- te ...“ (Authaler 2015, S. 9).

Hier sei noch auf mehrere Untersuchungen im Gespräch mit Schizophrenen von Käsermann 1988⁶ und Ciompi 2015 hingewiesen. In denen betont sie, dass die Verständlichkeit einer Äußerung nicht nur von der Äußerung selber, sondern u.a. auch von der partnerseitigen Bereitschaft sie zu verstehen abhängt (vgl. auch Käsermann/Foppa 1986). Die Inkohärenz wird durch einen Mangel an dieser Bereitschaft verschärft, wenn nicht gar produziert. Weiterhin stellt sie fest, dass die Asymmetrie in Gesprächen mit Schizophrenen wohl auch zu den Inkohärenzen beiträgt.⁷ In meiner Untersuchung werden diese Vermutungen einbezogen.

.....

5 S. Frommer 1993, S. 107.

6 S. Käsermann 1983 u. 1988.

7 S. Käsermann 1988, S. 32 f.

Die vorliegende Untersuchung hat sich zum Ziel gesetzt, Kohärenzbrüche in Gesprächen mit Schizophrenen herauszufinden. Andererseits möchte diese Untersuchung zeigen, dass es durch eine bestimmte Art der Gesprächsführung teil- oder zeitweise gelingen kann, die Inkohärenz im Laufe mehrerer Gespräche zu überwinden. Unsere Gesprächsstrategie und unser Vorgehen dienen somit erstens dem Ziel, die schizophrene Inkohärenz zu typologisieren, zweitens Mittel zu sein zu ihrer Überbrückung (Rohen 1999).

Die Beispiele in meiner Untersuchung (siehe Kapitel 4, Analyseteil) stammen aus meinen Gesprächen mit fünf Patienten mit der Diagnose „chronische Schizophrenie“, nach ICD 10 definiert. Sie bilden hier auch die empirische Grundlage meiner Untersuchung. Diese Gespräche führte ich einmal wöchentlich über fünf Monate in einer Psychiatrischen Klinik (1992–1993). Vier von den Patienten wurden über zehn Jahre, einer über drei Jahre stationär behandelt. Medikation war eine niedrig dosierte Neuroleptika-Behandlung, so dass keine Artefakte zu erwarten waren. Drei der Probanden waren ca. 50 Jahre und zwei ca. 35 Jahre. Ausbildungsstand der Probanden: ein Facharbeiter, einer mit Abitur, drei mit einem angefangenen Universitätsstudium. Alle Gespräche wurden auf Kassette aufgenommen und anschließend transkribiert. In den hier wiedergegebenen Gesprächen steht P für den Patienten, R für die Referentin. * bezeichnet eine kurze Pause (etwa Atempause). Gemutmaßter (d.h. schlecht verständlicher) Wortlaut steht in ().

Die vorliegende Untersuchung gliedert sich wie folgt:

Im Kapitel 1 wird versucht, einige Gesichtspunkte der Krankheit Schizophrenie zu besprechen, die gerade in der zwischenmenschlichen Kommunikation erschwerend eine Rolle spielen. Die Krankheit wird hier aus affektlogischer Sicht von L. Ciompi (1982, 1997, 1999 u. 2015) dargestellt, – weil in der Affektlogik das Zusammenspiel von Kognition und Affekten eine zentrale Rolle einnimmt. Dieses schließt sich an das hier schon erwähnte Sich-nicht-verstanden-Fühlen von Schizophrenen an (s. Authaler 2015, S. 14).

Darauf basiert die im Kapitel 2 entwickelte Gesprächsstrategie. Im Kapitel 3 folgt die in der Arbeit angewandte Definition der Kohärenz, die Darlegung verschiedener Kohärenzbrüche und ihre Typologisierung. Im Kapitel 4 werden die Darstellung und Typologisierung der verschiedenen Kohärenzbrüche in den Gesprächen analysiert und dargestellt. Im Kapitel 5 werden dann die Ergebnisse unter dem Gesichtspunkt der Überwindung von Inkohärenzen durch die gewählte Gesprächsstrategie zusammenfassend besprochen.

1 Schizophrenie in affektlogischer Sicht

Eine erfolgreiche Gesprächsstrategie mit Menschen mit schizophrenen Störungen lässt sich nicht ohne die Berücksichtigung der Krankheit Schizophrenie durchführen. Gerade diese Krankheit wird in der und durch die Sprache manifest, was auch oft zu Störungen in der Kommunikation führt (Rohen 1994). Bevor aber solche Störungen auftreten, ist anzunehmen, dass es gewisse Faktoren gibt, die dazu geführt haben. Wenn z.B. ein empfindliches Kind in seiner nächsten Umgebung wenig Stabilität oder Nestwärme erfahren hat, ist zu erwarten, dass es schwerer zu kämpfen hat, was eine sogenannte normale seelische Entwicklung betrifft (Rohen 1999). Laut Ciompi (1982) sind Schizophrenie und schizophreniegefährdete Menschen in erster Linie verletzlich Persönlichkeiten, die unter bestimmten Umständen leichter als andere in spannungsvolle Verwirrung und über allerhand Wechselwirkungen schließlich in psychotische Verhaltensweisen verfallen. Deshalb ist für ihn Schizophrenie eine affektiv-kognitive Störung (Ciompi 1999, S. 97 f. und 2015). Ciompis Schizophrenie-Verständnis basiert auf der von ihm entwickelten Affektlogik (Ciompi 1982; 1997; 1999). Diese besteht aus den folgenden fünf Thesen:

1. **Die Grund- und Ausgangsthese** der Affektlogik ist das Postulat, **„dass in sämtlichen psychischen Leistungen affektive und kognitive Komponenten untrennbar zusammenwirken“** (Ciompi 1999, S. 71 ff.). Dieses Postulat wird auch durch die Entdeckung des limbischen Systems in der Neuroforschung gestützt. Dabei spielen die Mandelkerne (Amygdalae) eine besondere Rolle. Diese verleihen nämlich sämtlichen Wahrnehmungen ohne Beteiligung des Bewusstseins eine bestimmte affektive Färbung (Ciompi 1999, S. 71).

Außerdem betont K.Grawe (Neuropsychotherapie 2004, S. 91) die Rolle der Amygdala als eine Art Mittelpunkt des ‚Gefahrensystems‘, als Angstzentrum. In diesem Zusammenhang weist er auch daraufhin, dass es keinen ersichtlichen Grund gibt „warum das, was Le Doux hier über die Grundlagen von psychischen Störungen in Form ‚latenter‘ cell assemblies und über den Zusammenhang von Stress und psychischen Störungen schreibt, nur für Angststörungen gelten sollte“ (K.Grawe 2004, S. 105).

In Anlehnung an gängige neurobiologische Definitionen versteht Ciompi die Affekte als umfassende psychophysische „Gestimmtheiten“. (Laut Ciompi ist **Affekt** ein typischer Oberbegriff, der für Stimmung, „mood“, Gefühl, Emotion steht (Ciompi 1999, S. 71). Im Unterschied zum Affekt definiert Ciompi die **Kognition** als Oberbegriff für das Wahrnehmen und weiteres Verarbeiten von sensorischen Unterschieden. Auch sie hat tiefe Wurzeln in der Evolution. Als **Logik** schließlich versteht er die Art und Weise, wie einzelne kognitive Elemente zu größeren Einheiten verbunden werden. (Ciompi 1999, S. 72 f.)

2. **Die zweite These** (Ciompi 2001, S. 22 ff.) lautet, dass **Affekte alles Denken und Verhalten nicht nur begleiten, sondern zum guten Teil auch leiten**. Sie sind nicht nur Motoren, sondern üben als Operatoren eine übergeordnete Wirkung auf das Denken und Verhalten aus. So beeinflusst z.B. eine bestimmte affektive Grundstimmung laufend die Aufmerksamkeit. Sie bestimmt somit, was als wichtig oder unwichtig empfunden wird. In der Verliebtheit sieht man die Welt anders als während eines heftigen Ehestreits in gereizter Stimmung oder in der oft angespannten Stimmung während einer wichtigen Prüfung. In jeder dieser Stimmungen sieht man und bewertet man die Welt völlig anders. Somit haben die Affekte eine Wirkung auf Wahrnehmung, Gedächtnis und kombinatorisches Denken (Ciompi 2015). Hier üben die Affekte als Operatoren eine allgemeine Wirkung auf das Denken: Also konstruiert man sich jeweils eine „andere Wirklichkeit“. So spricht Ciompi auch z.B. von einer „Angstlogik“, „Wutlogik“ oder von einer „Liebeslogik“ ... (Ciompi 2001b, S. 24 ff.). Außerdem gibt es nach Ciompi nicht nur die allgemeinen, sondern auch die affektspezifischen Operatorwirkungen (Ciompi 1999, S. 74):

- **Neugier und Interesse** stimulieren die emotionalen Energien und richten sie auf bestimmte Gegenstände.
- **Angst** führt zur Distanzierung.
- **Wut, Zorn und Aggressivität** setzen Grenzen. Dabei stoßen sie aber oft an die Grenzen des anderen. Oft erfolgt aus solchen Ausweitungen bzw. Grenzüberschreitungen ein Konflikt.
- **Freude und Liebe** schaffen Nähe und Bindung.
- **Trauer** löst Bindungen.

3. **Die dritte These besagt**, dass *situativ zusammengehörige Gefühle, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen sich im Gedächtnis zu funktionellen Einheiten im Sinne von integrierten Fühl-, Denk- und Verhaltensprogrammen* (abgekürzt FDV-Programme) **verbinden** (Ciompi 2001b, S. 29 ff.). In ähnlichen Situationen aktualisieren, differenzieren und gegebenenfalls auch modifizieren sich diese Verbindungen immer wieder. Dafür gibt Ciompi (2001b, S. 30) folgendes Beispiel:

„Das Sprichwort ‚gebrannte Kinder scheuen das Feuer‘ verallgemeinert die Beobachtung, dass sich Feuer, Schmerz, Schreck und Angst bei einem unerfahrenen Kind, das vielleicht einmal aus Neugier seinen Finger in eine brennende Kerzenflamme gestreckt hat, mit dem zugehörigen Vermeidungsverhalten auf immer zu einem elementaren erworbenen Reflex – also zu einem situationsspezifischen funktionellen Fühl-, Denk – und Verhaltensprogramm – verknüpfen, das fortan bei jeder Begegnung mit einer Flamme **vor der gleichen schmerzlichen Erfahrung schützt**. Durch neue und eventuell andersartige Erlebnisse mit Feuer wird das ursprünglich sehr einfache FDV-Programm mit der Zeit weiter verfeinert und teilweise verändert. Grundsätzlich gleichartiges geschieht mit beliebigen anderen kognitiven Inhalten – so mit Personen, Örtlichkeiten, Tätigkeiten, Gegenständen, ja sogar mit abstrakten Gebilden wie Theorien und Ideologien.“

Weiterhin betont Ciompi dabei die Wichtigkeit der frühkindlich erworbenen personenbezogenen FDV-Programme. Aus ihnen entwickeln sich nach ihm u.U. lebenslange situations- und persönlichkeitsstypische Verhaltensmuster. Im Extremfall führen solche „FDV-Strängen“ zu autistischen Eigenwelten. Auch Übertragungsreaktionen im Sinne der Psychoanalyse beruhen auf erworbene FDV-Programme, so Ciompi. (Darauf wird hier in den späteren Ausführungen eingegangen).

4. **Die vierte These der Affektlogik** von Ciompi lautet: **„Im Grössten das Kleinste im Kleinsten das Größte“**, oder: **„Die Psyche ist fraktal strukturiert“**, (Ciompi 2001b, S. 32 ff.). (Den Begriff „fraktal“ nimmt Ciompi aus der Chaos- und Komplexitätstheorie). Unter „fraktal“ versteht man die gleiche Grundgestalt im kleinsten wie im größten Maßstab, oder „sich selbst ähnlich auf beliebiger Ebene“ wie z.B. ein Blumenkohl oder Gewitterwolken, in denen jeder kleinste Wolkenballen ähnlich aussieht

wie die ganze Wolke (Ciompi 2001b, S. 32). Ein wichtiger Aspekt der Fraktalität ist außerdem, dass „offenbar in jedem vorherrschenden Gefühl alle anderen (Grund-) Gefühle irgendwie noch versteckt enthalten sind: Liebe im Hass, die Angst in der Wut, die Trauer in der Freude und umgekehrt“ (Ciompi 2001b, S. 34 f.).

5. **Die fünfte These** fasst die vier vorangehenden zusammen: **Affekte sind die Motoren und Organisatoren aller psychischen und sozialen Entwicklung** (Ciompi 2001b, S. 35 f.). Dabei spielt die ständige **Interaktion von Kognition und Emotion** eine zentrale Rolle.

In Bezug auf seine Thesen der Affektlogik ist für Ciompi in der Schizophrenie **die Verbindung zwischen den Kognitionen und den Affekten in pathologischer Weise in umschriebenen Bereichen zu labil.** (Ciompi 1999, S. 81). Außerdem liegt hier seiner Ansicht nach in „**fallweise unterschiedlicher Wechselwirkung mit inkonsistenten zwischenmenschlichen Erfahrungen eine unklare Strukturierung von besonders wichtigen FDV-Programmen**“ vor. Auf dieser Basis kann sich die emotionale Spannung kritisch erhöhen. Die zentrale Hypothese der Affektlogik ist, dass kritisch erhöhte emotionale Spannungen bei vulnerablen Menschen einen sog. **nichtlinearen Phasensprung oder Umschlag von einer normalen in eine psychotische Funktionsweise provozieren können** (Ciompi 2015).

Diese Hypothese der Affektlogik ist die Grundlage meiner Gesprächsstrategie. (Dies wird in den folgenden Kapiteln erörtert).

Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse seiner Affektlogik wird in der therapeutischen Wohngemeinschaft „Soteria Bern“ (Ciompi 2001c, S. 57 f.),⁸ gegründet von L. Ciompi, versucht, **psychosofördernde emotionale Spannungen und Inkonsistenzen im Umfeld von Schizophreniekranken nachhaltig zu minimieren.** Entscheidend dabei ist ein emotional schützender und bergender Umgang mit den Kranken in einem kleinräumigen, übersichtlichen, reizgeschützten und spannungsarmen Milieu.

Ob sich die pathologischen Zustände verfestigen, wieder zurückbilden oder noch zu stärkeren Zuständen weiterentwickeln, hängt u.a. vom **Verständnis oder Unverständnis der Umgebung ab** (vgl. dazu auch Eggers, 1999, S. 193 ff.).

.....
8 Ciompi 2001c, S. 57 f. In: Wie wirkt Soteria.

Das Anliegen meiner Ausführungen als Linguistin ist **eine erfolgreiche Gesprächsstrategie** mit Menschen mit schizophrenen Störungen zu entwickeln. Wie ich anfangs schon feststellte, gelingt dies nicht ohne die Berücksichtigung der Krankheit Schizophrenie. Dabei spielt hier „die emotionale Atmosphäre“ eine zentrale Rolle, wie Luc Ciompi in seiner Affektlogik darlegt. Abschließend werden hier noch die **wichtigsten Aspekte aus der Affektlogik** für eine erfolgreiche Gesprächsführung dargelegt:

- Eine entspannte **Umweltatmosphäre**.
- **Verbale Klarheit** und **emotionale Konstanz zur Vermeidung von Stress**
- **Entspannte, gelassene, empathische emotionale Atmosphäre** und **Grundhaltung**. Diese werden als **Fundamentalbotschaft** dem Gesprächspartner signalisiert.

An den genannten Inhalten knüpfe ich meine Gesprächsstrategie als Linguistin an, und zwar dadurch, dass ich systematisch vermeide, den Gesprächspartner zu korrigieren oder ihn gar zu „belehren“, sondern konsequent auf ihn bzw. auf seine Aussagen eingehe. Ein invasives Gesprächsverhalten **würde die emotionale Spannung erhöhen**. Außerdem würde es **die wichtige Nähe-Distanz-Regulierung unberücksichtigt lassen**.⁹

In den nächsten Kapiteln versuche ich daher eine Gesprächsstrategie mit den folgenden Zielen zu entwickeln:

1. Weiterführen des Gesprächs trotz eventueller Inkohärenzen.
2. Überbrücken der Inkohärenzen durch Gesprächsstrategie.
3. Eine eventuelle Überwindung von Inkohärenzen im Laufe mehrerer Gespräche.
4. Eine Verständigung als Folge von Überwindung von Inkohärenzen. (Hier ist sprachliches, kein psychologisches Verstehen gemeint).

.....
9 Ciompi 2001c, S. 56 ff. In: Wie wirkt Soteria?

2 Gesprächsstrategie unter Rücksichtnahme auf das Krankheitsbild

Die im Kapitel 1 geschilderten Schwierigkeiten der Menschen mit schizophrenen Störungen werden in meiner Gesprächsstrategie berücksichtigt. Dabei werden die Thesen der Affektlogik (s. Kapitel 1) einbezogen, sowie die drei Gesprächshaltungen **Einführendes Verstehen**, **Achten-Wärme-Sorgen** und **Echtsein** von Tausch-Tausch (1990).

2.1 Vorbedingungen

Was das Setting betrifft, können diese Menschen verwirrt, hypersensitiv und beim Auftreten von Ungewohntem überfordert sein. Außerdem neigen sie häufig zu wahnhaften Umdeutungen und Verkennungen. Folglich brauchen sie eine entspannte Umweltatmosphäre, in einfacher, übersichtlicher, kleinräumiger und beschützender Umgebung mit wenig Trubel (s. dazu Ciompi 2001).¹⁰

2.2 Forderungen an den Gesprächspartner

Weiterhin benötigen sie gelassene, gesunde und verständnisvolle, interessierte Menschen um sich. Dabei sind die **emotionale Einstimmung** und **das Eingehen auf den schizophrenen Gesprächspartner** von entscheidender Bedeutung. Im Sinne der Affektlogik verstehen wir darunter außerdem das **Eingehen auf die momentane Stimmung** des anderen, was generell auch bei den gesunden Gesprächspartnern eine der Voraussetzungen einer gelungenen Kommunikation ist (Ciompi 2001a, S. 11 ff.).¹¹ Eine wichtige Rolle dabei spielt auch eine flexible Nähe-Distanz-Regulierung (Ciompi 2001c). Ein invasives Gesprächsverhalten wie z.B. zu widersprechen, Aussagen zu verneinen oder dem Gesprächspartner ständig Fragen zu stellen kann bei Menschen mit schi-

10 Ciompi 2001c, S. 57. In: wie wirkt Soteria?

11 Ciompi 2001a. In: Braucht die Schule Psychotherapie.

zophrenen Störungen zum Gesprächsabbruch führen (vgl. dazu Frittrang 1999, S. 292 ff.). Wie Frittrang weiterhin feststellt, können diese Menschen auch u.a. mimische und gestische Signale oder emotionale Gesichtsausdrücke nicht angemessen deuten. (Frittrang 1999, S. 292 ff.).

Entsprechend ist auch in der Psychotherapie von Tausch-Tausch (1990) die innere Haltung des Therapeuten für eine förderliche Kommunikation entscheidend. An Stelle von invasivem Gesprächsverhalten ist hier „**Einführendes Verstehen**“ (Tausch-Tausch 1990, S. 34 f.) angebracht: Dabei erfasst der Gesprächspartner (Therapeut) voll die vom Patienten geäußerten gefühlsmäßigen Erlebnisinhalte und gefühlten Bedeutungen. Er teilt ihm das mit, was er von seiner inneren Welt verstanden hat, zeigt in seinen Äußerungen und seinem Verhalten das Ausmaß an, inwieweit er die Welt des anderen mit seinen Augen sieht. Das ist nach meiner Erfahrung beim einführenden Verstehen die Haltung, die am wichtigsten ist. Nach der Affektlogik wirkt ja das eigene Interesse motivierend, gar stimulierend auf den Gesprächspartner, Desinteresse aber demotivierend. Dementsprechend ist also die **emotionale Ansteckung** bei einer gelungenen Kommunikation von entscheidender Wichtigkeit. Wie auch Tausch-Tausch (1990) feststellen, bedeutet das „**Echtsein**“ nicht ein klischee- und schablonenhaftes, routinemäßiges, professionelles Gehabe (Tausch-Tausch 1990, S. 88 f.). Entscheidend dabei ist, dass der Helfer vertraut ist mit dem, was im Patienten vor sich geht und sich damit in origineller Weise auseinandersetzt.

Außerdem betonen Tausch-Tausch die Wichtigkeit der Haltung „**Achten-Wärme-Sorgen**“ (Tausch-Tausch 1990, S. 66 ff.). Nach den Autoren bedeutet **Achtung und Wertschätzung** für den anderen, indem man seine **Art des Fühlens und Erlebens akzeptiert, auch wenn sie im Widerspruch zu den eigenen Wertmaßstäben steht**. Diese drei Haltungen von Tausch-Tausch –, **Eingehen auf den Gesprächspartner, Achten-Wärme-Sorgen und Echt sein** sind in meiner Gesprächsstrategie die entscheidenden Forderungen an den gesunden Gesprächspartner.

Schließlich werden in der Affektlogik¹² folgende Voraussetzungen an eine gelungene Kommunikation gestellt:

- **Emotionale Einstimmung**, d.h. durchschnittlich entspannte und zugleich hinreichend auf Neues gespannte Stimmung.

.....
12 S. Ciompi 1982, S. 217 ff.

- **Emotionale Ansteckung** bedeutet die eigene affektive Gestimmtheit in einer emotional positiven Grundstimmung.
- Daraus ergibt sich dann **die gegenseitige Akzeptanz als Fundamentalbotschaft einer gelungenen Kommunikation.**

2.3 Vorgehensweise in der Konfliktbewältigung nach der Affektlogik von Ciompi¹³

1. Als erster Schritt dient **das Einstimmen**, d.h. die Stimmung und die Situation des anderen kennenzulernen (z.B. warum jemand keine Lust hat, seine Aufgaben zu erledigen ...) (Ciompi 2011, S. 231)
2. Es folgt **das Zustimmen** bzw. das Zeigen des Verständnisses für die Stimmung und die Situation des anderen. Dadurch wird überhaupt **eine gemeinsame Basis der Verständigung geschaffen.**
3. Es wird versucht **abzustimmen**, ob man wirklich die Situation des anderen verstanden hat oder ob es vielleicht doch um was ganz anderes geht. In dem Falle wäre eine **Neuformulierung** der Ziele sinnvoll.
4. Es wird der Versuch nach einer Ressourcensuche unternommen. Diese hat als Ziel eine eventuelle **Umstimmung** des (eigenen) Standpunktes.
5. Es folgt dann schließlich das **Bestimmen**, was zu tun ist oder das Feld oder den Rahmen stecken, in dem man sich örtlich und zeitlich bewegt. Es werden **sinnvolle Ziele** in den Raum gestellt und **Möglichkeiten und Grenzen** aufgezeigt.

Durch diese Vorgehensweise wird der Versuch unternommen, die Stimmung des anderen zu erspüren, an die gemeinsame Wellenlänge „anzudocken“ und so emotionale Unstimmigkeiten zu beseitigen.

Wie oben gezeigt, wird in der Affektlogik darauf hingewiesen, dass die **Fundamentalbotschaft** einer gelungenen Kommunikation und Konfliktbewältigung **die gegenseitige Akzeptanz bedeutet.**¹⁴

.....
13 S. Ciompi 2011, S. 23 ff.

14 S. Ciompi 1982, S. 217 ff.

Die obigen Schritte werde ich nach Möglichkeit im Analyseteil (Kap. 4) anhand einzelner Beispiele darstellen. Ebenfalls wird gezeigt, welche Schritte in meinen Gesprächen nicht unmittelbar oder gar nicht vollzogen werden können.

2.4 Gesprächsstrategie

Die Verbindung zwischen den Kognitionen und den Affekten ist in der Schizophrenie in umschriebenen Bereichen nach Ciompi (1999, S. 81) zu labil. Es zeigen sich kombinatorische Defizite des Denkens. Ebenfalls haben Schizophrene Schwierigkeiten in der Nähe-Distanz-Regulierung. Außerdem liegt hier nach Ciompi in „fallweise unterschiedlicher Wechselwirkung mit inkonsistenten zwischenmenschlichen Erfahrungen eine unklare Strukturierung von besonders wichtigen FDV-Programmen vor“ (Ciompi 1999, S. 81). Wie schon im Kapitel 1 festgestellt, kann sich die emotionale Spannung auf dieser Basis kritisch erhöhen. Nach der zentralen Hypothese der Affektlogik können **die kritisch erhöhten emotionalen Spannungen bei vulnerablen Menschen einen sog. nicht linearen Phasensprung oder Umschlag von einer normalen in eine psychotische Funktionsweise provozieren (Ciompi 2015).**

Wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht, braucht die Kommunikation mit Schizophrenen eigene Gesprächsstrategien.

Das soll zunächst an einem Beispiel von H. Searles (1959) in Ciompi (1982, S. 304 f.) dargestellt werden. Aus ihm wird ersichtlich, dass der betreffende Patient glaubt, dass er mehrere Mütter hat.

„Die inzwischen verstorbene Mutter eines anderen Schizophrenen wurde von dessen Geschwistern als völlig unberechenbar beschrieben; z.B. konnte sie von der Synagoge mit einem seligen Gesichtsausdruck nach Hause kommen als wäre sie in ein freudiges, geistiges Erlebnis vertieft und zwei Minuten später einem ihrer Kinder einen Kochtopf auf den Kopf schmeißen. Manchmal war sie zu unserem Patienten herzlich und liebevoll und fiel im nächsten Augenblick in böartige Beschuldigungen oder schwere Züchtigungen über ihre Kinder her. Der Patient, der zur Zeit der Einleitung meiner Therapie mehrere Jahre an paranoider Schizophrenie gelitten hatte, brauchte mehr als 3 Jahre intensiver Psychotherapie, ehe er die Wahnvorstellungen aufgeben konnte. Er habe nicht nur eine Mutter, sondern viele verschiedene.

Immer wieder konnte er meinen Hinweis auf ‚Ihre Mutter‘ zurückweisen und protestierte, er habe niemals nur eine Mutter gehabt. Einmal erklärte er ernsthaft und völlig überzeugend: ‚Wenn sie das Wort Mutter gebrauchen sehe ich vor mir eine Prozession von Frauen von denen jede einen anderen Gesichtspunkt repräsentiert!‘“

Bei diesem Patienten teilt sich der Begriff ‚Mutter‘ einmal in ‚Mutter selig‘, einmal ‚Mutter froh‘, einmal ‚Mutter rasend‘, einmal ‚Mutter wutentbrannt‘, mit der Bratpfanne in der Hand. Das jeweilig Erlebte zerschellt bei dem Patienten so in mehrere Teile in seinem emotionalen Erleben. Es entstehen mehrere Ambivalenzen.

Aus der gefühlsmäßigen Ambivalenz entsteht die innere Dynamik, woraus wiederum die verschiedensten Assoziationen, die scheinbar nichts miteinander zu tun haben, entstehen. Dabei verwischen sich die Zeitaspekte. Die dritte These der Affektlogik besagt ja, dass situativ zusammengehörige Gefühle, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen sich im Gedächtnis zu funktionellen Einheiten, im Sinne von integrierten Fühl-, Denk- und Verhaltensprogrammen (abgekürzt FDV-Programme), verbinden.¹⁵

In diesem Beispiel mit ‚mehreren Müttern‘ hat sich ja bei dem Patienten aus den oben geschilderten „FDV-Strängen“ eine widerspruchsvolle „Eigenwelt“ entwickelt: Nach seinen bisherigen „Welterfahrungen“ ist der Patient davon überzeugt, dass er mehrere Mütter hat. Der Zuhörer bekommt somit mehrere Ereignisse, die zeitlich nichts miteinander zu tun haben, als Einheit vermittelt. Für den nicht Schizophrenen natürlich unverständlich, für den Schizophrenen kohärent, verständlich.

Das folgende Beispiel wiederum zeigt, dass der Patient hier nicht auf eine direkte Frage und auf die darauffolgende Belehrung des Therapeuten antwortet:

Beispiel 1:

(Haben Sie einen Freund, mit dem Sie Ihre Probleme besprechen können?)

M: Ja, ich habe Selbstgespräche.

(– Da spricht man mit sich selbst, ich meine mit jemand anderem.)

.....
¹⁵ Ciompi 2001b, S. 29 ff. In: Wiener Vorlesungen.

M: Ich habe Zwiegespräche mit dem Licht.

(– Mit dem Licht?)

M: Ja, beim Licht bin ich durchgefallen in der Prüfung.

(Was wurde sonst noch geprüft?)

M: Übertreibung. Zigarette ist leicht –

kann man auch nehmen mit Hustenbonbon.

(Kraus und Hoeft 1991, S. 87)

Betrachten wir kurz dieses Beispiel: Der Therapeut fragt den Patienten, ob dieser einen Freund habe, mit dem er seine Probleme besprechen könne. Der Patient antwortet darauf: „Ich habe Selbstgespräche.“ Sein Gesprächspartner (hier der Therapeut) akzeptiert diese Antwort nicht. Er belehrt den Patienten, dass „Selbstgespräch“ etwas anderes sei als „einen Freund haben“. Wir sind anders als der geschilderte Therapeut der Meinung, dass die Antwort des Patienten durchaus seinen bisherigen Lebenserfahrungen entspricht. Vielleicht will der Patient hier einfach sagen, dass er **einsam** ist, **keinen Freund** hat und deshalb einfach **mit sich selber** spricht oder sprechen muss, weil **keiner da ist, der ihn versteht**. Durch eine invasive Gesprächsführung, d.h. dass man seine Aussagen korrigiert, **fühlt er sich hier offenbar unverstanden**. Daraufhin antwortet er mit ‚**Inkohärenz**‘, **d.h. dass seine Aussagen dem Gesprächspartner immer unverständlicher werden**. Außerdem sei hier angemerkt, dass die Therapeuten das Gespräch mit einem neuen Inhalt (Rhema) weiterführen. (Vgl. die Gesprächsführung der vorliegenden Arbeit).

So stellen Dieckmann/Dittmann (M. Roth 1989, S. 168 ff.) fest, dass das Gespräch eher abbricht, wenn der Gesprächspartner auf die ihm unverständlichen Antworten des Schizophrenen nicht eingeht. Also sind hier m. E. andere Gesprächsstrategien notwendig. Ein Gespräch kann erst gelingen, wenn zwischen den Gesprächspartnern **eine Beziehung** entsteht. Diese kann aber nur auf **gegenseitigem Vertrauen** basieren. Vertrauen wiederum entsteht eher, wenn der Gesprächspartner **vollständig auf den Patienten eingeht** und zwar zunächst ohne Widerspruch, Fragen, Belehrungen. Dadurch signalisiert er seine **Gesprächsbereitschaft, auch wenn seine Welterfahrung sich komplett von der seines Gesprächspartners unterscheidet** (siehe Tausch-Tausch 1990, S. 68).

Hier ist also der in der Linguistik sonst verbreitete Handlungsbegriff (vgl. Sandig 1990, S. 177) nicht brauchbar.

Die Bekundung der Anteilnahme geschieht in der vorliegenden Untersuchung weder in Bestätigung bzw. Bewertung, noch in Glaubens- oder Mit-

leidsbekundung, Erkundung des Erlebens, in Trösten oder Geben von Rat-schlägen (s. Sandig 1990, S. 176), sondern durch das **Eingehen auf den Pati-enten** wie oben geschildert.

In Bezug auf eine Gesprächsstrategie mit **Menschen mit schizophrenen Störungen** sei noch auf folgende Charakteristika in ihrem Sprachgebrauch hingewiesen: Laut Blankenburg (1976) verfügen sie noch über die Möglichkeit des Begrifflichen, Starren, Abstrakten, Ruhenden. Dies wird eher durch das **Substantiv** ausgedrückt. Folglich bevorzugen sie Substantive **vor Verben** (Blankenburg 1976, S. 115). Durch das Verb wird das Prozessuale des Tuns hervorgehoben (s. dazu Bandler/Grinder 1981, Bd. 1, S. 85–133). **Die Substantivbildung** aber zeigt eher die **autistische Tendenz, sich abzukapseln**, in sich zu verharren. Sie repräsentiert das rein statische, begriffliche Denken, das seinen Bezug zur Wirklichkeit leicht verliert. Deshalb bevorzugen diese Men-schen auch Nominalisierungen (s. dazu Grinder/Bandler 1981, Bd. 1, S. 85–133). In diesen sind ihre Lebensprobleme oft zusammengefasst enthalten, wie schon U.H. Peters beobachtet hat (1978 und 1980).

Anschließend noch ein Hinweis auf meine Untersuchung, in der Patienten mit schizophrenen Störungen Werbetexte vorgelegt wurden (Rohen 1989, S. 163): Daraus ergab sich, dass sie nicht nur Nominalisierungen bevorzugten, wie andere psychisch Kranke (s. Bandler/Grinder, Bd. 1, S. 185–133), sondern den Satz nach dem Referenzteil abbrechen und an diesen weitere Referenzen anknüpfen (Rohen 1989, S. 163). Durch das Beispiel von Searles (1959) in Ciompi (1982) über den Klienten, der seine Mutter als eine Prozession von Müttern erlebte, werden diese Ergebnisse noch bestätigt. Die Mutter bildet den Referenzteil, deren Repräsentation als unerträglich gezeugnet wird. Folglich könnte man auch in diesem Beispiel verstehen, dass der Patient auch seine eigene Aussage nach der Referenz abbricht und eine neue produziert.

In der vorliegenden Untersuchung werden in der Gesprächsführung die obigen Forschungsergebnisse und Beobachtungen einbezogen. Ebenfalls werden insbesondere folgende Schwierigkeiten der Krankheit berücksichtigt: Schizophrene leiden unter kombinatorischen Defiziten des Denkens und haben Schwierigkeiten in der Nähe-Distanz-Regulierung.¹⁶ Ebenfalls geraten sie leichter unter Druck als Nicht-Schizophrene. Folglich ist eine einfache Gesprächsführung sinnvoll, die diesen Defiziten Rechnung trägt.

16 S. Kap. 1 und Ciompi 2001c. In: Wie wirkt Soteria?

Durch die folgenden Beispiele wird unsere Gesprächsführung mit Menschen mit schizophrenen Störungen unter der Berücksichtigung ihrer Krankheit wie folgt dargestellt: Die Gesprächsführung erfolgt durch das Aufgreifen des **Referenzteiles**.¹⁷ Durch ihn wird ausgedrückt, **worüber**, durch den **Prädikationsteil**,¹⁸ **was** gesprochen wurde. In dem in 2.4. angeführten Beispiel von H. Searles (1959) in Ciompi (1982) bildet ‚**die Mutter**‘ den **Referenzteil**, – weil die Aussagen sich auf ‚**den Inhalt Mutter**‘ beziehen. Durch den Referenzteil wird auch oft die ‚**zentrale Lebensproblematik**‘ ausgedrückt. – **Was** gesprochen wurde bildet den **Prädikationsteil**. (Hier, dass die Mutter mal **in die Synagoge ging** oder **die Bratpfanne in die Hand nahm**, oder **sie in ein geistiges Erlebnis vertieft war**).

Weiterhin werden in meiner Gesprächsstrategie durch das Aufgreifen des Referenzteiles Assoziationen in Gang gesetzt. Außerdem wird der Patient auch unterstützt zu assoziieren, was ihn am meisten beschäftigt.

Also versuche ich in der Gesprächsführung auf diese Weise auf ihn einzugehen, auch wenn unsere Welterfahrung sich von seiner unterscheidet. Das Eingehen auf ihn geschieht meistens durch das Aufgreifen des am häufigsten am Ende seiner Aussage auftretenden Referenzteiles. Er selber kann sich weder direkt mit sich selbst auseinandersetzen, noch kann er filtern (Festinger, 1978).

In den folgenden Beispielen wird gezeigt, wie ich – in den Gesprächen als Referentin (R) bezeichnet – möglichst vollständig auf den Patienten (P) eingehe (s. Tausch-Tausch 1990). Dieses geschieht durch das Wiederholen von Referenzteilen. Im Sinne der bisherigen Ausführungen der Affektlogik¹⁹ wird auf diese Weise die gegenseitige Akzeptanz als Fundamentalbotschaft einer gelungenen Kommunikation signalisiert²⁰ und auf die kombinatorischen Defizite des Denkens Rechnung getragen. Durch das Wiederholen des Referenzteiles wird der Patient auch unterstützt bei seinem Thema oder Lebensproblem zu bleiben.

.....

17 S. Rohen 1993, S. 184: Im Gegensatz zu Hoefl/Kraus 1991, S. 88 gehen wir davon aus, „was der Patient gesagt hat. Deshalb wiederholen wir den Referenzteil. Die Wahl, welcher Referenzteil wiederholt wird, treffe ich auf folgende Weise: Der Teil, der am häufigsten in der Gesprächssequenz des Patienten auftritt, wird wiederholt, ausgehend von der Annahme, dass dieser Teil für ihn und für seine Aussage – selber kann er nicht selektieren – am wichtigsten ist.“

18 S. Rohen 1993, S. 185: Den Prädikationsteil greifen wir dann auf, wenn das Gespräch zum Stocken gerät.

19 Ciompi 1982, 1999, 2001.

20 Ciompi 2015.

Die folgenden Beispiele 2–5 stammen aus den Vorgesprächen, die vor der Aufzeichnung stattgefunden haben. Sie sind also nicht im Gesprächsteil wiederzufinden.

Beispiel 2:

P: Es geht nicht immer glatt, es ist sehr schwer für mich, eines Tages hier zu arbeiten und andererseits meiner Mutter zu helfen, am Wochenende, wenn ich heimfahre, und da gibt's **Probleme**, riesige **Probleme**, geistige **Probleme**.

R: geistige **Probleme**?

P: geistige **Probleme**, ich seh **Geister** und äh, seh eben **Geister** und höre **Stimmen**.

R: **Geister** und **Stimmen**?

P: Ja **Stimmen**, ja die mich verunsichern ...

Im Beispiel 2 führen wir das Gespräch durch den letzten Referenzteil **Problem** weiter. Der Patient greift unser Gesprächsangebot mit den Referenzteilen **Geister** und **Stimmen** auf. Diese werden dann von uns wiederholt. Das Gespräch bricht nicht ab (wie auch im Beispiel 3).

Beispiel 3:

P: ... Es hat mich damals schon etwa mitgenommen, ich weiss nicht was das ist, es ist das dass man nicht so viel denken soll, gell. Auch dass alles um einen herum geschieht, ohne dass man selbst etwas dabei erfährt. Und dann kam die **Krankheit** erst später im Studium.

R: Die **Krankheit**?

P: Da fing es an, da habe ich dann auch **viele Weinproben** gemacht und äh ...

R: **Weinproben**?

P: haben gemacht, als **Studenten**, gell

R: Als **Studenten**

P: Haben öfters mal einen getrunken und dann, als es den neuen **Federweißen** gab, habe ich öfters man einen **Federweißen** getrunken.

R: Federweißen?