

Die Therapie der Ichgrenzenstörung unter besonderer Beachtung struktureller Empathie

David Oberreiter

Linz

Ichgrenzenstörungen sind in der Bedeutung, die sie für die Betroffenen entwickeln, von Therapeutinnen und Therapeuten oft schwer nachzuvollziehende Phänomene. Psychologische und philosophische Konzepte über innere Strukturen können helfen, sich einem Verständnis der Störung anzunähern. Ichgrenzenstörungen zeigen sich als fundamentale Störungen der Ichstruktur. Ein Schlüssel zum Verständnis der Störung liegt im empathischen Verstehen der strukturellen Problematik.

Schlüsselwörter: Ichgrenze, Psychose, strukturelle Empathie, Sorge

The therapy of ego boundary disorder in regard to structural empathy. The significance that ego boundary disorders takes on for those affected constitutes a phenomenon that is often difficult for psychotherapists to fully understand. Psychological and philosophical concepts regarding inner structures can be of some assistance in approaching an understanding of such disorders. Ego boundary disorders manifest as a fundamental disorder of ego structure. A key to understanding the disorder lies in the empathic understanding of the structural problem.

Keywords: Ego boundary, psychosis, structural empathy, concern

Empathie bei psychotischer Symptomatik

Die Nachvollziehbarkeit des psychischen Erlebens von Menschen, die unter psychotischer Symptomatik leiden, entzieht sich manchmal den empathischen Möglichkeiten von Therapeuten. Die fremd anmutende Andersartigkeit des Erlebens kann selbst von sehr psychiatriee erfahrenen Personen oft nur schwer in ihrer ganzen Tragweite und Bedeutung für die Betroffenen nachvollzogen werden.

Die von den Betroffenen angegebenen Phänomene sind nicht nacherlebbar, weshalb Kurt Schneider zu Recht bezweifelt, dass man die geschilderten Erlebnisse „überhaupt mit dem vergleichen kann, was wir uns bei den Schilderungen normalpsychologisch denken. Solche [...] Erlebnisse sind stets nur mit einer Art ‚negativer Psychologie‘ beschreibbar, also eigentlich nicht“ (Schneider, 1950, S. 130).¹

Besonders das Phänomen der Ichgrenzenstörungen entzieht sich durch seine Andersartigkeit dem Vergleich mit nachvollziehbaren Erfahrungen.

Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung und Darstellung der Symptomatik soll in diesem Artikel der Versuch unternommen werden, sich durch psychologische und philosophische Denkmodelle dem Verständnis dieser Störungen soweit anzunähern, dass sich die Problematik in einer Weise offenbart, die Implikationen für ein förderliches psychotherapeutisches Begegnen ermöglicht.

Die Geschichte der Ichgrenzenstörung

Der Begriff „Ichgrenzen“ wurde als Neologismus durch den österreichischen Psychiater Victor Tausk eingeführt. In der „Internationalen Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse“ (erschienen kurz nach seinem Suizid) beschreibt Tausk 1919 ein Symptom, das er „Verlust der Ichgrenzen“ nennt: „Der Kranke hat das Bewußtsein verloren, ein psychisches Sonderwesen, ein Ich mit eigenen Grenzen zu sein“ (Tausk, 1919, S. 14). In dieser namensgebenden Beschreibung klingt bereits an,² dass

David Oberreiter, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeut, Vorstand des Instituts für Psychotherapie des Kepler Universitätsklinikums.

Kontakt: Kepler Universitätsklinikum, Institut für Psychotherapie, 4020 Linz, Wagner-Jauregg-Weg 15, david@oberreiter.net

- 1 In Analogie zur negativen Theologie, in der auf menschlichen Vorstellungen basierende Aussagen über Gottes absolute Transzendenz stets als ungenügend angesehen werden müssen und deshalb zu vermeiden seien, ist ein mögliches Einfühlen in psychisch so störungsbedingt entfremdete Gefühle stets als unzureichend aufzufassen.
- 2 Emil Kraepelin und Eugen Bleuler hatten zuvor Symptome von Ichgrenzenstörungen beschrieben, die sie jedoch anders benennen und

Ichgrenzenstörungen nicht nur als isolierte Symptome zu verstehen sind, sondern auf grundlegendere Störungen des Ichs verweisen. Leider folgten auf diese frühen Annäherungen an das Phänomen keine entscheidenden Entwicklungen eines umfassenderen psychotherapeutischen Konzepts zu Verständnis und Therapie dieser Problematik.

Ein Grund für die Vernachlässigung des Themas könnte darin liegen, dass das Phänomen der Ichgrenzenstörung nicht im hauptsächlichen Fokus von Sigmund Freud lag, der die damalige psychotherapeutische Entwicklung dominierte. In „Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia“ geht Sigmund Freud in keiner Weise auf die Ichgrenzenstörungen ein, die Daniel Paul Schreber deutlich beschreibt (vgl. Schreber, 1903). Das Phänomen der Ichgrenzenstörung war zu diesem Zeitpunkt zwar beschrieben doch noch nicht benannt, es scheint aber auch nicht im besonderen Interesse Freuds gelegen zu haben. Trotz deutlicher Beschreibung der Ich-Grenzen-Symptomatik widmet Freud seine Aufmerksamkeit den Äußerungen des sekundären Erklärungswahns und deutet sie in Hinblick auf Sexualität und Vaterkomplex (vgl. Freud, 1911b).³ Freud bemerkt dazu: „Ich bin für die Eintönigkeit der psychoanalytischen Lösungen nicht verantwortlich“ (Freud, 1911b, S. 48–49).

Der Einfluss von Freuds Sichtweisen auf Psychotherapie und Psychiatrie ist nicht zu leugnen. Vor allem die Psychiatrie der Vereinigten Staaten von Amerika war in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in starkem Ausmaß von psychoanalytischen Einflüssen geprägt.

Der europäische Kontinent hatte einen weitgehenden Verlust an wissenschaftlich tätigen Psychoanalytikern zu beklagen (vgl. Schott, Tölle, 2005, S.187). Dieses Defizit führte in der Psychiatrie zu einer Besinnung auf die (teilweise vor Entwicklung der Psychoanalyse liegende) reiche Tradition an psychopathologischem Wissen, ohne durch die „Eintönigkeit der psychoanalytischen Lösungen“ eingeschränkt zu sein.⁴ Die daraus folgende differenzierte Sichtweise fließt in das Diagnostische Manual der Weltgesundheitsorganisation (ICD) ein und führt neben anderen Gründen zu Unterschieden zum diagnostischen Manual der American Psychiatric Association (DSM).

Während in beiden Manualen die Einteilung der Krankheitsbilder weitgehend vergleichbar ist, zeigen sich Unterschiede vor allem in der Beurteilung verschiedener Symptome. Besonders

zuordnen (Kraepelin, 1883, S. 299; 1904, S. 186–187; Bleuler, 1916, S. 292, 294).

3 Ichgrenzenstörungen der Gedanken finden sich bei Daniel Paul Schreber vor allem ab S. 47; körperliche Ichgrenzenstörungen ab S. 148; Ichgrenzenstörungen der Gefühle ab S. 171; Ichgrenzenstörungen des Tuns ab S. 156.

4 Vgl. Griesinger, 1845; Krafft-Ebing, 1883; Kraepelin, 1883; Jaspers, 1913; Bleuler, 1916; Schneider, 1950.

deutlich ist dies sichtbar am Beispiel der Ichgrenzenstörungen, denen im ICD-10 eine große Bedeutung zukommt⁵ – die im DSM-5 jedoch keine Erwähnung finden. Psychopathologisch ordnet der DSM-5 die Symptomatik dem (bizarren) Wahn zu.⁶ Diese Zuordnung ist jedoch unpräzise, da mit *Wahn* eine unverrückbare gedankliche *Überzeugung* beschrieben würde, *Ichgrenzenstörung* jedoch das unmittelbare *Erleben* der Grenzverletzung bedeutet.

Nosologische Zuordnung

Von den meisten Autoren werden die Symptome der Ichgrenzenstörung den Ich-Störungen zugerechnet. Ich-Störungen umfassen neben Derealisation, Depersonalisation auch Symptome, bei denen „die Grenze zwischen dem Ich und der Umwelt durchlässig erscheint“ (Möller, 2015, S. 67).⁷ Der vorliegende Artikel befasst sich mit jenen Symptomen der durchlässigen Grenze zwischen Umwelt und Ich.

Bedauerlicherweise findet im Manual der „Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie“ der traditionelle Begriff *Ichgrenzenstörung* keine Erwähnung. Durch das vielleicht zu ambitionierte Bestreben der Arbeitsgruppe eine ausreichend hohe Interbeobachterreliabilität zu gewährleisten, musste „eine große Zahl von Symptomen der traditionellen Psychopathologie den Standardisierungsbemühungen geopfert werden“ (Möller, 2011, S. 436).⁸

Symptomatik

Die Symptomatik der Ichgrenzenstörung

Nicht die subjektive Gewissheit beeinflusst zu werden ist das Wesen der Störung, sondern die unmittelbare Empfindung des Geschehens. Ichgrenzenstörungen sind von wahnhaften Gedanken zu unterscheiden. So beschreibt Karl Landauer eine Form der Ichgrenzenstörung, den Gedankenentzug,⁹

5 Vor allem in der Symptombeschreibung der Schizophrenie werden unter den „wichtigsten psychopathologischen“ Phänomenen Ichgrenzenstörungen beschrieben (Vgl. ICD-10 F20.0).

6 Vgl. American Psychiatric Association, 2013, S. 87.

7 Hans-Jürgen Möller definiert Ich-Störungen als „Störungen, bei denen sich die Ichhaftigkeit des Erlebens verändert (Derealisation, Depersonalisation) oder die Grenze zwischen dem Ich und der Umwelt durchlässig erscheint“ (Möller, 2015, S. 67).

8 Anderen Autoren greifen explizit die Grenzen des Ich und deren Störungen auf (vgl. z. B. Kröber, 2008; Hoff & Sass, 2010; Kröber & Lau, 2010; Wendt, 2010; Saß & Hoff, 2011; Möller, 2015).

9 Eugen Bleuler berichtet über die Entstehung des Begriffes: „Den besten Ausdruck hat Jung von einer Patientin gehört: er bezeichnet das Phänomen von der subjektiven Seite als ‚Gedankenentzug‘. Das Wort ist so treffend, daß es von vielen Schizophrenen sofort verstanden wird“ (Bleuler, 1911, S. 27).

folgendermaßen: „Auch der Gedankenentzug ist nicht etwa plötzliches Vergessen, wie wenn einem ‚ein Name auf der Zunge liegt‘, sondern ein Gefühl des Erleidens der Gedankenwegnahme“ (Landauer, 1926, S. 389).¹⁰

Die Betroffenen empfinden, dass ihre Gedanken entzogen werden, sich ausbreiten oder eingegeben werden. Im Empfinden, andere wüssten ihre Gedanken sind häufig Gefühle des Beschämtseins die Folge.

Ebenso können Gefühle als ausbreitend, als entzogen, als eingegeben erlebt werden. Es ist möglich Gefühle anderer Menschen durch Mitfühlen nachzuempfinden oder durch Einfühlung daran teil zu haben (vgl. Stein, 1917, S. 18). Unterschiedliche Menschen empfinden jedoch nicht das idente Gefühl im Sinn einer numerischen Einheit. – Selbst wenn es gleich benannt wird, so ist die Ausformung des Gefühls individuell unterschiedlich. Bei dem Phänomen der Ichgrenzenstörung der Gefühle entsteht in den Betroffenen jedoch die Empfindung, ihre Gefühle seien in numerischer Identität mit anderen geteilt.

Eigene Absichten und Körperbewegungen können ebenfalls im Empfinden Betroffener als von Anderen oder von dunklen oder höheren Mächten beeinflusst erlebt werden. Die Steuerung von Körperfunktionen wie die Kontinenz von Harn und Stuhl können als der eigenen Kontrolle entzogen empfunden werden (vgl. Deutsch, 1919, S. 42–43).

Die Empfindung einer Störung körperlicher Ichgrenzen beschreibt Daniel Paul Schreber in seiner autobiographischen Darstellung seiner Krankheit eindrücklich: „Man versuchte mir die Nerven aus dem Kopfe herauszuziehen, eine Zeitlang sogar (während der Nächte) in den Kopf des im Nebenzimmer schlafenden M. zu verpflanzen. Diese Versuche hatten (abgesehen von der Sorge um den wirklichen Verlust meiner Nerven) eine unangenehm spannende Empfindung in meinem Kopfe zur Folge“ (Schreber, 1903, S. 155).

Sekundärer Erklärungswahn

Im Versuch eine Ursache für die plötzliche, irritierende Veränderung zu finden, kann sekundärer Erklärungswahn entstehen.¹¹ Exemplarisch zeigt sich dies im folgenden Zitat aus

10 Der 1887 in München geborene Karl Landauer absolviert nach der Ausbildung zum Facharzt für Nervenheilkunde bei Emil Kraepelin an der Münchner Universitätsklinik eine analytische Ausbildung bei Sigmund Freud und praktiziert bei Julius Wagner-Jauregg an der Psychiatrischen Klinik in Wien. Er stirbt 1945 im KZ Bergen-Belsen.

11 Die Weltgesundheitsorganisation sieht im ICD-10 wahnhaftes Geschehen, das in Verbindung mit Ichgrenzenstörungen auftritt, als Erklärungswahn, „mit dem Inhalt, daß natürliche oder übernatürliche Kräfte tätig sind, welche die Gedanken und Handlungen des betreffenden Individuums in oft bizarrer Weise beeinflussen“ (Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, 1991, S. 95; 2015, S. 128). Hier ist in differenzierter Weise die Symptomatik der Störung des Ich-Erlebens als

der autobiographischen Schilderung von Daniel Paul Schreber: „Sehr häufig hatte ich – und dies ist auch jetzt noch in periodischer Wiederkehr alltäglich der Fall – die Empfindung, daß meine ganze Schädeldecke vorübergehend dünner geworden war, der Vorgang besteht nach meiner Auffassung darin, daß das Knochenmaterial meiner Schädeldecke durch die zerstörende Wirkung der Strahlen vorübergehend zum Theil pulverisirt, dann aber von reinen Strahlen, namentlich im Schlafe der Schädeldecke wieder angefügt wird. Daß durch alle diese Vorgänge sehr unangenehme Empfindungen entstehen müssen, wird man sich vorstellen können“ (Schreber, 1903, S. 155). Hier wird im ersten Teil des ersten Satzes die Empfindung der Ichgrenzenstörung beschrieben und im zweiten Satzteil die daraus erfolgende wahnhafte Verarbeitung der Empfindung. Im Folgesatz wird der Leidensdruck formuliert.

Es werden möglicherweise bestimmte Mitmenschen, Organisationen, Außerirdische, höhere Mächte oder technische Einrichtungen für das Entstehen der Empfindung verantwortlich gemacht. So beschreibt Victor Tausk 1919 beispielsweise einen „schizophrenen Beeinflussungsapparat“, den er an Patienten beobachtet hatte. „Er macht und entzieht Gedanken und Gefühle. Das geschieht mittels Wellen oder Strahlen oder aber mittels geheimer Kräfte, für die der Kranke mit seinen Kenntnissen aus der Physik keine Grundlage finden kann. In solchen Fällen wird der Apparat oft auch ‚Suggestionsapparat‘ genannt. Seine Konstruktion ist unerklärlich, aber seine Funktion ist die Übertragung oder Entziehung von Gedanken und Gefühlen durch den oder die Verfolger“ (Tausk, 1919, S. 2).¹²

Abwehrverhalten und Resignation

Die Möglichkeit für sich selbst in der Weise zu sorgen, dass bestimmte sozial möglicherweise nicht anerkannte Gedanken oder Gefühle nicht geäußert werden ist durch Phänomene wie Gedankenausbreitung, Gedankenlautwerden und Gefühlsausbreitung außer Kraft gesetzt. Die Betroffenen erleben sich bloßgestellt und unfähig in den sehr persönlichkeitsnahen Bereichen des Denkens, Fühlens und des Körpers nicht mehr in adäquater Weise für sich sorgen zu können. Dies kann zu Abwehrverhalten führen. „[...] zur Abwehr der geheimnisvollen ‚Beeinflussungen‘ werden zauberähnliche Gegenmaßnahmen getroffen“ (Bleuler, 1916, S. 293). Je nach der Ausprägung des Erklärungswahns könnten sich Betroffene mit Filzschreiber magisch-abwehrende Zeichen auf die Haut malen, die

eigenständiges Symptom im Unterschied zur wahnhaften Verarbeitung im Erklärungswahn unterschieden.

12 Technische Wahninhalte beziehen sich auf jeweilige technische Möglichkeiten der Epoche. Mit Verbreitung von Computern nahmen Wahninhalte, die Computerchips betrafen zu (vgl. De Hert, Magiels, & Thys, 2000).

Wohnungswände mit Zitronensaft einreiben oder andere für die Mitmenschen eigenartig wirkende Maßnahmen setzen. So irritierend diese Abwehrversuche erscheinen, sind sie doch als Wunsch zu verstehen, eine Schutzbarriere gegen fremde Einflüsse zu errichten und so für das eigene Wohl im Äußeren zu sorgen, was im Inneren nicht mehr möglich erscheint.

Die Abwehrstrategien müssen jedoch scheitern. Die Betroffenen haben weiterhin die Erlebnisse der Ichgrenzenstörungen. Sie sind weiterhin belastet und fühlen sich ausgeliefert. Es kann eine Resignation entstehen, in der sich die Betroffenen in das scheinbar unvermeidliche Schicksal fügen, die Kontrolle über ihre Grenzen verloren zu haben. Die von der Ichgrenzenstörung betroffenen Teile der inneren Strukturen werden nicht mehr wahrgenommen als Teile, die die Betroffenen beeinflussen können. Sie erleben diese Bereiche als fremdkontrollierte Strukturen, um die sie sich selbst weder kümmern noch sorgen können und brauchen. Sie fühlen sich der Verantwortung gegenüber jenen Inhalten enthoben, die sie als fremd eingegeben oder beeinflusst erleben.

Dimension der Bedeutung

Tiefere Bedeutung von Ich-Strukturen

Um die ganze Tragweite des Erlebnisses von Ichgrenzenstörungen zu erfassen, sind kurze Überlegungen zur Bedeutung von Ich-Strukturen hilfreich. In den Traditionen verschiedener Theoriebildungen werden „Ich“ oder „Selbst“ in unterschiedlicher Weise definiert und beschrieben. Es soll hier weder auf die konkreten Details eingegangen werden noch soll ein umfassender Überblick über verschiedene theoretische Konstrukte dargestellt werden, sondern in sehr pragmatischer Hinsicht mögen nur jene Überlegungen Raum finden, die unmittelbar helfen, das Phänomen der Ichgrenzenstörungen zu verstehen und förderliche Impulse für mögliche Behandlungsansätze zu geben. Diese Überlegungen mögen einzig dazu dienen das ganz grundsätzlich Unverständliche dem Verstehen etwas zugänglicher zu gestalten (vgl. Schneider 1950, S. 130).

Die Fähigkeit zur Wandlung

Theorien, die versuchen, innere Strukturen des Menschen zu beschreiben, sehen diese oft als wandlungs- und entwicklungs-fähig an. So schreibt beispielsweise Immanuel Kant: „Das Bewusstseyn seiner selbst, nach den Bestimmungen unseres Zustandes, bey der innern Wahrnehmung ist bloß empirisch, iederzeit wandelbar, es kan kein stehendes oder bleibendes Selbst in diesem Flusse innrer Erscheinungen geben, und wird gewöhnlich der innre Sinn genant, oder die empirische Apperception“ (Kant, 1781, S. 107).

Auch Carl Rogers sieht die Wandelbarkeit innerer Strukturen, wenn er das Selbst beschreibt als „eine fließende, eine wechselnde Gestalt, um einen Prozess, der zu jedem beliebigen Zeitpunkt eine spezifische Wesenheit ist“ (Rogers 1959a/2009, S. 31).¹³ Die prinzipielle Wandelbarkeit innerer Strukturen ist notwendige Voraussetzung für mögliche Weiterentwicklung. Um sich den verändernden Bedingungen der Umwelt anzupassen, den unterschiedlichen Anforderungen verschiedener Lebensphasen und um sich selbst weiter zu entwickeln ist die Flexibilität innerer Strukturen erforderlich. Auf biologischer Ebene versuchen Konzepte der Neuroplastizität die Veränderbarkeit neuronaler Strukturen zu beschreiben.

Der Aspekt der Beständigkeit

Neben veränderbaren Strukturen sieht Rogers jedoch auch die Notwendigkeit von beständigen Anteilen der inneren Struktur. Dies drückt sich beispielsweise in seiner Beschreibung des „Abwehrverhaltens“ auf Bedrohung des Organismus aus, bei dem das Ziel verfolgt wird: „die gegenwärtige Struktur aufrecht zu erhalten“ (Rogers, 1959a/2009, S. 36).¹⁴ In bedrohlichen oder krisenhaften Situationen ist es manchmal kurzfristig förderlich, die Stabilität des Organismus im Außen und Innen zu bewahren (vgl. Gutberlet, 1985). Hier wird das Konzept einer bleibenden inneren Struktur beschrieben, die im Abwehrprozess in ihrer Beständigkeit bewahrt werden soll.

Die gleichbleibende Kontinuität der Person

Durch die Stabilität von inneren Strukturen ist es der Person möglich, sich als beständiges Wesen zu erleben. So sieht Paul Federn zum Ich gehörig ein Selbsterlebnis, das „eine bleibende, wenn auch nie gleichbleibende Einheit, die nicht abstrakt, sondern wirklich ist. Diese Einheit bezieht sich auf die Kontinuität der Person in zeitlicher, räumlicher und kausaler Hinsicht, diese Einheit ist objektiv erkennbar und wird stets subjektiv wahrgenommen und gefühlt“ (Federn, 1932, S. 145–146).¹⁵ Søren Kierkegaard beschreibt als gleichbleibende Kontinuität im Selbst nicht eine Struktur, sondern den Prozess und die Tatsache des zu sich selbst Verhaltens. „Das Selbst ist ein Verhältnis, das sich zu sich selbst verhält, oder ist das im Verhältnis, daß sich das Verhältnis zu sich selbst verhält; das Selbst ist nicht das Verhältnis, sondern daß sich das Verhältnis zu sich

13 „It is a fluid and changing gestalt, a process, but at any given moment it is a specific entity“ (Rogers, 1959a, S. 200).

14 „Defense is the behavioral response of the organism to threat, the goal of which is the maintenance of the current structure of the self“ (Rogers, 1959a, S. 204).

15 Vgl. S. 61 im posthum, nach Federns Suizid erschienen Sammelband *Ego Psychology and the Psychoses* (Federn, 1952; 1956, S. 59).

selbst verhält“ (Kierkegaard, 1911, S. 10).¹⁶ Diese Tatsache hat Stabilität. Dabei wird als stabile innere Struktur nicht ein morphologisches Substrat gesehen, sondern ein Prozess des Zusichverhaltens. Der Prozess des Zusichverhaltens hat Beständigkeit.

Die Art des Zusichverhaltens

Edmund Husserl versucht das Beständige genauer zu differenzieren und betont den „bleibenden Habitus als verharrendes Ich“ (Husserl, 1950, S. 101) als das Beständige einer bestimmten Art des inneren Verhaltens. „Indem aus eigener aktiver Genesis das Ich sich als identisches Substrat bleibender Ich-Eigenheiten konstituiert, konstituiert es sich in weiterer Folge auch als *stehendes und bleibendes* personales Ich (ebd.).¹⁷ Auch wenn sich Meinungen und Überzeugungen ändern können, so bewahrt das Ich „einen bleibenden Stil, einen *personalen Charakter*“ (ebd.) – auch in der Art und Weise wie sich Überzeugungen verändern.

Der von Husserl beschriebene bleibende Stil, der personale Charakter, geht den unter Ichgrenzenstörungen Leidenden verloren. In der Symptomatik der Ichgrenzenstörung entsteht die Erfahrung, dass die bisher gewohnte Weise die Umwelt durch die vertrauten Sinne wahrzunehmen verändert ist. Plötzlich erleiden die Betroffenen Wahrnehmungen nicht durch Hören, Sehen etc. – sondern scheinbar fremde, von außen kommende Gedanken sind ohne Vermittlung der Sinne präsent. Zuvor war ihnen vertraut eigene Gedanken durch Sprache mitzuteilen, nun geschieht scheinbar unvermittelt Gedankenübertragung. Die Betroffenen erleben manche Abläufe in sich grundlegend verändert. Manche Bereiche ihres Seins, auf die sie zuvor ohne große Schwierigkeiten Einfluss hatten, die sie nach ihrem Belieben in ihrem gewohnten Stil nutzen konnte, sind nun ihrem Einfluss entzogen. Sie erleben, dass in diesen Bereichen etwas ohne ihren Willen oder gar gegen ihren Willen geschieht. Sie erleben diese Bereiche (zum Beispiel das Auftreten von Gedanken) nicht mehr als zu sich gehörig, sondern eingegeben und fremd. Diese Bereiche haben den zuvor gewohnten Stil, den eigenen personalen Charakter verloren.

Das kann nicht als unbedeutende Störung aufgefasst werden, sondern wird als ganz grundlegender Eingriff in das innerste Bewusstsein empfunden. Das Ich ist in seiner Einheit und Funktion gefährdet. Erlebt man Gefühle oder Gedanken in sich, die nicht dem eigenen gewohnten Stil, nicht dem eigenen

personalen Charakter entsprechen, ist es kaum möglich, diese Gefühle oder Gedanken sich selbst zuzuordnen. Das Erleben in diesen Bereichen und das Ich-Erleben insgesamt sind gestört. Max Scheler meint dazu, dass „im letzten Grunde alle Erlebnisse, alle Motive unvollständige und nur abstrakte Einheiten sind, sofern ich nicht weiß und sehe, wessen Erlebnisse, welches individuellen Ichs Erlebnisse sie sind“ (Scheler, 1955, S. 291). Von Ichgrenzenstörungen Betroffene erleben sich nicht mehr als jene Einheit, die sie zuvor waren.

Ichgrenzenstörungen sind somit nicht nur als Störungen einer sonst intakten Grundstruktur anzusehen, sondern als ganz grundlegende Störung der Struktur an sich. Sie sind eine Störung sich als diese Struktur zu erleben.

Umsichsorgen als Funktion innerer Strukturen

Martin Heidegger ergänzt die Betrachtungen über das sich als stabile Identität Erfahren um eine Funktion und Zielsetzung des Seinsprozesses: „Das Sein des Daseins besagt: Sich-vorweg-schon-sein-in-(der-Welt-) als Sein-bei (innerweltlich begegnendem Seienden). Dieses Sein erfüllt die Bedeutung des Titels Sorge, der rein ontologisch-existential gebraucht wird“ (Heidegger, 1929, S. 192). Das Sorgen um sich und um die Zukunft ist ein wesentlicher Teil menschlichen Daseins. Heidegger sieht die Sorge im großen existenzialen Kontext, im Angesicht des Todes, im Sein zum Ende. „Die Sorge liegt als ursprüngliche Struktur ganzheitlich existenzial-apriorisch ‚vor‘ jeder, d. h. immer schon in jeder faktischen ‚Verhaltung‘ und ‚Lage‘ des Daseins“ (ebd., S. 193).

Betrachtet man das Sorgen jedoch nicht nur im großen theoretischen, existenzialen Wurf Heideggers sondern in den vielen kleinen Situationen, die den Kontakt mit Mitmenschen und das Leben ausmachen, so offenbart sich dessen umfassende Bedeutung für das Individuum.¹⁸ Durch möglichst adäquate Reaktionen auf die Umwelt versuchen Menschen üblicherweise Beeinträchtigungen und Schaden abzuwenden, und für die unmittelbaren Bedürfnisse zu sorgen.¹⁹ Im Kontakt

18 Ludwig Binswanger versteht die existentielle Sorge vor allem im Beziehungsgeschehen als zu kurz gegriffen. „Gegenüber dem Sich-vorweg-schon-sein in der Welt als Sein bei *innerweltlich* Seiendem, dem In-der-Welt-sein als Sorge, stellt sich das Problem des liebenden Miteinanderseins schon rein formal als *Einander-vorweg-schon-sein* in der Welt des Einander als Sein *miteinander*“ (Binswanger, 1942, S. 70–71). Und: „Das Sichvorweg enthüllt sich als *Sein zum Ende*. Ein solches Ende ‚kennt‘ das liebende Miteinandersein als solches, wie wir wissen, nicht, besser gesagt, es ‚rechnet‘ nicht mit dem Tod in dem Sinne, daß es sich auf ihn in vorlaufender Entschlossenheit entwirft“ (ebd., S. 93).

19 Edith Stein sieht das Individuum als freie Person, es ist „der Gemeinschaft nicht mehr einfach ausgeliefert, sondern kann sich ihr hingeben oder sich gegen sie verschließen und diese oder jene Rolle in ihr übernehmen oder ihre Annahme ablehnen“ (Stein, 2001, S. 24–25).

16 „Selvet er et Forhold, der forholder sig til sig selv, eller er det i Forholdet, at Forholdet forholder sig til sig selv; Selvet er ikke Forholdet, men at Forholdet forholder sig til sig selv“ (Kierkegaard, 1849, S. 7). Dieser Satz fehlt in der deutschen Übersetzung von Albert Bärthold von 1881 (Kierkegaard, 1881).

17 Edith Stein betont ebenfalls den persönlichen Habitus (Stein, 1931, S. 7; 1998, S. 110).

mit Mitmenschen sucht das Individuum meist eine der jeweiligen Situation angepasste Ausdrucksmöglichkeit zu wählen: durch Wortwahl, Benennen bestimmter und Weglassen anderer Inhalte, durch Lautstärke verbaler Äußerungen, geeigneten Zeitpunkt der Mitteilung, Einbeziehung nonverbaler Kommunikationsebenen etc. trägt das Individuum Sorge dafür, dass seine Äußerungen möglichst passend angenommen werden können und möglichst kein Nachteil daraus erwächst. Dies gelingt Menschen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen unterschiedlich gut und entspricht jedenfalls dem eigenen gewohnten Stil, dem eigenen personalen Charakter.

Im Kontakt mit der Umwelt und mit anderen Menschen ist so ein sehr grundlegender Teil, des ganz konkret für sich Sorgens, die selbstverständlich anmutende Erfahrung, dass es eigene Gedanken, Überlegungen, Strategien, Worte sind, mit denen wir auf die Erfordernisse des Alltags reagieren. Unter Ichgrenzenstörungen Leidende erleben sich in den betroffenen Bereichen ihrer inneren Struktur, im Denken oder Fühlen als unfähig ausschließlich selbstkontrolliert auf die Anforderungen der Umgebung in passender Weise zu reagieren. Dadurch vermögen die Betroffenen nicht mehr hinreichend im Kontakt mit der Umwelt für sich zu sorgen.

Auch Sigmund Freud beschreibt das Umsichsorgen als wesentliche Aufgabe innerer Strukturen: Das Real-Ich müsse „nach Nutzen streben und sich gegen Schaden sichern. In Wirklichkeit bedeutet die Ersetzung des Lustprinzips durch das Realitätsprinzip keine Absetzung des Lustprinzips, sondern nur eine Sicherung desselben. Eine momentane, in ihren Folgen unsichere Lust wird aufgegeben, aber nur darum, um auf dem neuen Wege eine später kommende, gesicherte zu gewinnen“ (Freud, 1911a, S. 5–6).²⁰ Freud versteht hier die Sorge weniger im existenzialen Kontext sondern vielmehr in vielen kleinen Begebenheiten und Entscheidungen zum Lustgewinn.

Gotthold Ephraim Lessing sieht 1780 die tieferen Beweggründe des (umsichsorgenden) Handelns nicht in der Belohnung (z. B. des Lustprinzips) sondern bemerkt, dass der Mensch „das Gute thun wird, weil es das Gute ist, nicht weil willkürliche Belohnungen darauf gesetzt sind“ (Lessing, 1780, S. 80). Diese Position ist derjenigen von Carl Rogers nicht zu fern. Die Aktualisierungstendenz könnte man bei Rogers als jene innere Instanz des Umsichsorgens identifizieren. Die Aktualisierungstendenz ist „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“

20 „Wie das Lust-Ich nichts anderes kann als wünschen, nach Lustgewinn arbeiten und der Unlust ausweichen, so braucht das Real-Ich nichts anderes zu tun als nach Nutzen streben und sich gegen Schaden sichern“ (Freud, 1911a, S. 5).

(Rogers 1959a/2009, S. 26).²¹ Hier darf das Umsichsorgen nicht nur als Streben nach Nutzen und Abwehr von Schaden verstanden werden und nicht nur als Mittel zur Lustbefriedigung sondern darüber hinaus als Wachstum hin zu Kreativem, Sozialem etc. (ebd., S. 27).

Umsichsorgen im über die Person hinausweisenden Kontext

Die dem Menschen innewohnende Tendenz des Sichsorgens weist über ihn hinaus als Sorge für sich und seine Umwelt. Die formative Tendenz, die Rogers einbringt als „evolutionäre Tendenz hin zu größerer Ordnung, größerer Komplexität und stärkerer Wechselbeziehung“ (Rogers, 1980a/1981, S. 83),²² sieht Jeffrey Cornelius-White als dialektische Erweiterung der Aktualisierungstendenz, die mehr als die Aktualisierung des Individuums eine Vertiefung der Basis des personenzentrierten Ansatzes darstellt (Cornelius-White, 2007, S. 234). Das Umsichsorgen wird so in einen größeren über das Individuum hinausreichenden Kontext gesehen – auch in einer ökologischen und politischen Dimension.

In dieser Hinsicht ist auch Keith Tudors Verweis auf die Reproduktion zu verstehen. Neben anderen Aspekten beschreibt Rogers, dass die Aktualisierungstendenz die Tendenz der „Ausweitung und Verbesserung durch Reproduktion“ beinhalte (Rogers 1959a/2009, S. 26).²³ Tudor interpretiert das als Trend, „der über individuelle und individualistische Ziele hinausgeht und einen Zugehörigkeitssinn sowie den Wunsch, zur Menschheit etwas beizutragen, zum Ausdruck bringt“ (Tudor, 2010, S. 15). Auf diese Weise ist die Tendenz die dem Umsichsorgen zugrunde liegt auch als Tendenz des Sorgens um die Mitmenschen zu betrachten.

Sorgen als Verantwortung

Rollo May leitet aus dem Verhalten zur Umwelt Verantwortung ab: „Bewusstsein ist die spezifisch menschliche Form des Gewährseins, die spezifisch menschliche Fähigkeit, nicht nur etwas zu wissen, sondern zu wissen, daß man es weiß; das heißt, sich selbst als Subjekt in Beziehung zu einem Objekt

21 „Actualizing tendency. 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).

22 Vgl.: „It is hypothesized that there is a formative directional tendency in the universe, which can be traced and observed in stellar space, in crystals, in microorganisms, in organic life, in human beings. This is an evolutionary tendency toward greater order, greater interrelatedness, greater complexity“ (Rogers, 1978b, S. 26).

23 „expansion and enhancement through reproduction“ (Rogers, 1959a, S. 196).

oder als ein Ich zu einem Du zu erleben“ (May, 1984, S. 138).²⁴ Und „Bewußtsein läßt sich in der Erfahrung ausdrücken: ‚Ich bin die Person, die diese Welt hat und in ihr handelt.‘ Daraus folgt Verantwortung, das heißt, ein *Antworten auf die Welt*“ (May, 1984, S. 141).²⁵

Da aus der Sorge die Verantwortung entsteht ist bei einer Störung des Sorgens ein Verlust an Verantwortlichfühlen beobachtbar. Ichgrenzenstörungen führen zu Störungen des Verantwortlichfühlens.

Möglichkeit der Gewährwerdung durch Nichtwahrnehmen von Verantwortung

Im Prozess der Ichgrenzenstörung werden die von den Betroffenen als fremdbeeinflusst erlebten Gefühle, Gedanken oder Impulse nicht zu ihrer Person gehörig erlebt, weshalb keine unmittelbare Verantwortung für diese Gedanken und Impulse spürbar wird. Im klinischen Alltag imponieren Inhalte von Ichgrenzenstörungen meist irritierend stark vom bestehenden Selbstkonzept der Betroffenen abweichend. „Material“, welches deutlich inkonsistent mit dem Selbstkonzept ist, ist „nicht direkt und frei der Gewährwerdung zugänglich“ schreibt Carl Rogers (Rogers 1959a/2009, S. 36).²⁶ Diese Inhalte werden im Phänomen der Ichgrenzenstörung als fremd erlebt. Rogers meint über Bedürfnisse und Erfahrungen, die nicht symbolisiert wurden und im Widerspruch zur Struktur des Selbst stehen: „Das Selbst besitzt keinerlei Kontrolle, und das Verhalten wird nicht als Teil des Selbst betrachtet“ (Rogers, 1951a/1973, S. 439).²⁷

Durch den irritierenden Prozess der Ichgrenzenstörung können Gedanken und Gefühle ins Gewahrsein kommen, ohne von der weitaus ängstigeren Irritation begleitet zu sein, dass es sich um eigene Wünsche, Ängste oder Vorstellungen handelt. Die Betroffenen fühlen sich der Verantwortung für diese Inhalte enthoben. Neben der belastenden Empfindung des Kontrollverlustes sind hier auch entlastende Faktoren für die Betroffenen dadurch denkbar, dass beschämende oder in anderer Weise irritierende Gedanken als fremd und nicht zu ihnen gehörend erlebt werden dürfen. Die Betroffenen müssen sich für die Inhalte nicht verantwortlich fühlen.

24 „Consciousness is the distinctly human form of awareness – the particularly human capacity not only to know something but to know that I know it, that is to experience myself as subject in relation to an object or as I in relation to Thou“ (May, 1979, S. 124–125).

25 „Consciousness consists of the experience, ‘I am the one who has this world, and am doing something in it.’ This implies responsibility, ‘responding to’ the world“ (May, 1979, S. 126).

26 „It is an observed phenomenon that material which is significantly inconsistent with the concept of self cannot be directly and freely admitted to awareness“ (Rogers, 1959a, S. 205).

27 „The self is not in control, and the behavior is not regarded as a part of self“ (Rogers, 1951a, S. 509).

Es kann als kreative Leistung des Organismus interpretiert werden, dass dieses vom Selbstkonzept deutlich inkonsistente Material nicht völlig abgewehrt und ausgelöscht ist, sondern in einer verfremdeten Weise der Gewährwerdung zugänglich bleibt – wenngleich als scheinbar einer anderen Person zugehörig. So wird der Konflikt vermieden, dass bestimmte Inhalte dem bestehenden Selbstkonzept widersprechen. Es gelingt dem Individuum auf diese Weise, jene Gedanken und Gefühle wahrzunehmen, die ansonsten vollständig abgewehrt worden wären.

Die Inhalte sind durch das Gewordensein und die Erfahrungen der Betroffenen individuell höchst unterschiedlich, sodass ein weiteres Eingehen auf Inhalte an dieser Stelle wenig sinnvoll ist. Rogers meint auch in Bezug auf Psychotherapie mit Menschen, die unter psychotischen Störungen leiden: „wir haben gelernt, daß das psychotische Material verhältnismäßig unwichtig ist“ (Rogers, 1962c/1984, S. 218).²⁸ So ist es auch hier. Der Weg zu einem förderlichen und heilsamen Umgang mit dem Phänomen der Ichgrenzenstörungen führt nicht hauptsächlich über Inhalte, sondern vielmehr müssen im therapeutischen Prozess zunächst die beschriebenen, ganz grundlegenden strukturellen Störungen Beachtung finden – insbesondere, da das Auftreten von Ichgrenzenstörung einen vom Inhalt weg-führenden Prozess darstellt.

Fokusverschiebung vom Inhalt zur Struktur

Das Erleben von Ichgrenzenstörung wird meist als ein derart irritierendes Ereignis erlebt, dass über der Empfindung des innerlichen Ausgeliefertseins die Inhalte anfangs in den Hintergrund treten können. Es darf als ein Umsichsorgen des Organismus verstanden werden, durch das Phänomen der Ichgrenzenstörungen den Aufmerksamkeitsfokus weg von (belastenden, inkonsistent mit dem Selbstkonzept, ängstigenden) Inhalten hin zu dem irritierend veränderten, personalen Charakter des eigenen Stils zu lenken. Das Umsichsorgen in einzelnen Teilbereichen des Fühlens oder Denkens und bezüglich mancher Inhalte ist im Phänomen der Ichgrenzenstörung eingeschränkt – zugunsten eines Umsichsorgens im Prozess der Ichgrenzenstörung an sich. Somit wird die Verantwortung gegenüber belastendem Material vermieden. Auch unter diesem Gesichtspunkt ist das Symptom der Ichgrenzenstörung verstehbar als Abwehrmechanismus, dessen Sinnhaftigkeit es zunächst zu respektieren gilt.²⁹

28 „[...] we have learned how relatively unimportant is psychotic material“ (Rogers, 1962c, S. 12).

29 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).

Strukturelle Empathie

*Empathisches Verstehen der Struktur*³⁰

Das Verständnis von Empathie entwickelte sich bei Carl Rogers von einfachem Zuhören über bewusstes Hören von emotionalen Äußerungen, hin zu einer Beschreibung „den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘-Position aufzugeben“ (Rogers 1959a/2009, S. 44). Später beschreibt Rogers Empathie als eine Art des Umgangs mit Mitmenschen (vgl. Rogers, 1975a). In dieser Definition von Empathie wird ein starkes Gewicht auf die Bedeutungen des Erlebnisflusses gelegt. Dies zeigt sich in Formulierungen wie: „in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für sich ändernden gefühlten Bedeutungen in dieser anderen Person [...] Bedeutungen zu erahnen, deren sie selber kaum gewahr wird [...] auf die möglichen Bedeutungen in ihrem Erlebnisfluß [...] Bedeutungen stärker zu erleben“ (Rogers, 1975a/1980, S. 79).

Weitere Beiträge zur Entwicklung des Empathiebegriffs erfolgten durch Godfrey T. Barrett-Lennard, Jerold D. Bozarth, Barbara T. Brodley, Robert, Elliott, Leslie S. Greenberg, Wolfgang W. Keil, Greet Vanaerschot und andere.³¹ Es zeigt sich auch hier, dass in Empathiekonzepten der Umgang mit Bedeutungen betont scheint.

Der Fokus empathischen Verstehens gilt hauptsächlich den formulierten oder zu formulierenden Bedeutungen von Themen und Inhalten im Gegenüber.³² So wertvoll diese Ansätze sind, bedürfen sie jedoch einer Erweiterung im Kontakt mit Menschen, die unter Ichgrenzenstörungen leiden. Ein vorrangiges Beachten von inhaltlichen Bedeutungen hieße das Wesen der Störung in seiner Tragik nicht ernst zu nehmen und die Betroffenen in ihrem Leid nicht zu verstehen. Das Wesen der Störung ist viel grundlegender. Im Kontakt mit Betroffenen ist zu beachten, dass es vorrangig nicht förderlich ist, Bedeutungen von Inhalten auf der Grundlage einer intakten Grundstruktur

gewahrt zu werden, sondern dass das zu erfassende Problem die ganz grundlegende Störung der Struktur an sich ist. Die Störung ist das Unvermögen, sich als einheitliche Struktur zu erleben.

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/1977, S. 20).³³ Überträgt man dieses anschauliche Bild auf den Kontakt mit Menschen, die Ichgrenzenstörungen erleiden, so wäre zunächst „in der Haut des Klienten“ zu erfassen, dass diese Haut in ihrer Gesamtheit von den Betroffenen nicht als ihre eigene Haut erfahren wird. Es gilt zu verstehen, dass Teile dieser Haut als fremd wahrgenommen werden und dass die Haut als Grenze zur Umwelt durchlässig, verwundet, löchrig ist. Es gilt zu verstehen, dass manche Anteile innerhalb der Haut als fremd, als nicht zu sich gehörig erlebt werden. Es gilt ein empathisches Verständnis für dieses ganz grundlegende strukturelle Problem zu entwickeln. Hier offenbart sich das existentielle Leid des betroffenen Menschen.

Bei einer alleinigen Fokussierung auf inhaltliche Bedeutungen besteht die Gefahr das grundlegende Leid nicht wahrzunehmen. Die Form des Erlebens der Betroffenen erfordert besondere Beachtung um dem entgegenzuwirken, was Søren Kierkegaard als die größte Gefahr identifiziert: „sich selbst zu verlieren“ (Kierkegaard, 1911, S. 29–30).

Kierkegaard weist darauf hin, dass dieser Verlust in einem kaum wahrnehmbaren Prozess vor sich gehen kann: „Das wirklich Gefährlichste und Schlimmste, sich selbst zu verlieren, kann in der Welt so still hingehen, als wäre es nichts“ (ebd.). Den Aufmerksamkeitsfokus nicht auf das strukturelle Defizit zu legen, hieße das stille Hingehen fortschreiten zu lassen.

Margaret Warner beschreibt die möglichen Schwierigkeiten von Menschen über psychotisches Erleben zu berichten (Warner, 2001, S. 183). Während manche psychotische Erlebnisse, wie wahnhaftes Erleben und Halluzination leichter formulierbar und vermittelbar erscheinen, ist der Verlust innerer Struktur schwerer benennbar. Zwar kann das Gefühl des Beeinflusstwerdens von den Betroffenen gut erkannt und benannt werden; das Aufgeben des Umsichsorgens in bestimmten Bereichen entzieht sich jedoch oft eigener Beobachtbarkeit.

Das konkrete Umsichsorgen in fremd beeinflusst wahrgenommenen Bereichen erscheint den Betroffenen nicht möglich. Die Sorge und die Verantwortung für jene Bereiche werden meist resignativ aufgegeben. Zusätzlich ist auch das

30 Im vorliegenden Artikel wird der Begriff der *strukturellen Empathie* verwendet, um eine Haltung der therapeutischen Person zu verdeutlichen, in der versucht wird, Betroffene nicht nur inhaltlich zu verstehen sondern in ihrer Gesamtheit wahrzunehmen – auch in jenem Leiden, das aus innerpsychischer struktureller Problematik entsteht. Gerald Ullrich versteht hingegen unter *struktureller Empathie* eine erstrebenswerte Haltung von Gesundheitseinrichtungen: „Negative Einflüsse durch diese quasi strukturellen Aspekte wiegen zumeist so schwer, daß sie nicht durch individuelle Empathie im Einzelkontakt kompensierbar sind. Insofern müßte es ein vorrangiges Ziel psychosozialer Mitarbeiter sein, die sozusagen strukturelle Empathie einer Klinik zu verbessern“ (Ullrich, 1993, S. 300).

31 Vgl. Barrett-Lennard, 1998; Bozarth, 1998, 2001; Brodley, 1996; Greenberg & Elliott 1997; Keil, 1997; Vanaerschot, 1997.

32 Zum Dilemma der Unterscheidung von Empathie und empathischem Verstehen vergleiche Bozarth 2001, S. 149–151.

33 „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, p. 1833).

Umsichtsorgen in dem Sinn eingeschränkt, so für sich zu sorgen, dass das Defizit an Umsichtsorgen erkannt werden kann. Hierfür ein empathisches Verständnis zu entwickeln, ist eine vorrangige Aufgabe der therapeutisch in Kontakt tretenden Person.

Nicht nur die „emotionalen Komponenten und Bedeutungen“ sind empathisch wahr zu nehmen, sondern vor allem die Sprünge und Risse, die erlebten Durchlässigkeiten des Bezugsrahmens. Es bedarf hier einer Erweiterung des empathischen Konzepts um die strukturelle Dimension.

Strukturelle Zielsetzung der Therapie

Aus dem empathischen Verstehen des strukturellen Problems ergibt sich als eine wichtige therapeutische Zielsetzung, die Betroffenen zu fördern, sich wieder als identisches Substrat bleibender Ich-Eigenheiten zu erleben, mit einem bleibenden Stil des Sichverhaltens und Zusichverhaltens, mit ihrem ganz personalen Charakter.

In der Betrachtung des Therapieprozesses müssen zunächst jene Besonderheiten Beachtung finden, die den Beziehungsaufbau mit Menschen, die unter Ichgrenzenstörungen leiden, kennzeichnen.

Besonderheiten des Beziehungsaufbaus bei Ichgrenzenstörungen

Dosierung der Beziehung

Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung muss bei Menschen mit Ichgrenzenstörungen auf ihre Einschränkung der Grenzwahrnehmung abgestimmt sein. Die Intensität an Beziehung muss achtsam dosiert sein.³⁴

Während die Bedingungen und „minimalen Voraussetzungen“ (vgl. Rogers, 1957a) der Dosierung förderlicher psychotherapeutischer Beziehung in der bestehenden Literatur hinreichend gewürdigt scheint, verdient die zu nahe, toxische Dosierung von psychotherapeutischer Beziehung in der Kontaktaufnahme mit Menschen mit Ichgrenzenstörungen besondere Beachtung.³⁵

34 In Publikationen über Dosis-Wirkungs-Relationen von Psychotherapie wird als Dosis meist die Anzahl an Therapieeinheiten definiert (vgl. Howard et al. 1986; Hansen et al., 2002). Verglichen mit pharmakologischer Therapie entspricht dies jedoch eher der Dauer der Medikation nicht jedoch der Höhe der Dosierung. Die Dosis an Psychotherapie sollte eher an der Nähe und Intensität der therapeutischen Beziehung zu ermesen sein.

35 Der Vergleich mit medikamentöser Therapie liegt nahe. Die Wirksamkeit von Medikamenten ist meist abhängig von der Dosierung. Mit steigender Dosierung steigt die Wirksamkeit – mit weiterem Ansteigen der Dosierung nimmt jedoch die Anzahl toxischer Wirkungen

Um im Kontaktaufbau mit Menschen mit Ichgrenzenstörungen schädigende Auswirkungen der Therapie zu vermeiden ist es ratsam den Beziehungsaufbau nicht zu rasch zu forcieren. Zu Beginn des Beziehungsaufbaus ist sehr deutlich abgegrenztes Verhalten anzuraten.³⁶

Gefahren des Beziehungsangebots

Personen mit Ichgrenzenstörungen vermuten ihre Grenzen durchlässig. Im Kommunikationsverhalten und in der Strukturierung der Beziehung muss dies berücksichtigt werden. Rogers schreibt über die Strukturierung der therapeutischen Beziehung, „Elemente, wie zum Beispiel die Empfänglichkeit des Beraters, werden eher erfahren als verbalisiert“ (Rogers, 1942a/1972, S. 87).³⁷ Diese Aussage ist sicher für den Großteil an therapeutischen Beziehungen zutreffend. Bestehen jedoch Ichgrenzenstörungen, kann die Empfänglichkeit von Beratern falsch interpretiert werden. Die Ebenen der Kommunikation können unrealistisch gedeutet werden. Betroffene meinen vielleicht telepathisch mit dem Gegenüber in Kontakt zu sein. Oder es wird angenommen, die eigenen Gefühle würden ohne Verbalisierung direkt und unmissverständlich vom Gegenüber ident erlebt.

Rogers sieht die Strukturierung der therapeutischen Beziehung dadurch erfahrbar, was in ihr nicht geschieht: „In gewissem Umfang wird die Struktur der Situation durch das definiert, was nicht geschieht. Moralische Urteile werden nicht gefällt, Druck in eine bestimmte Richtung wird nicht empfunden“ (Rogers, 1942a/1972, S. 87).³⁸ Das Erfassen der unterschiedlichen kommunikativen Faktoren setzt eine weitgehend intakte Realitätskontrolle voraus. Es darf nicht angenommen werden, dass Menschen mit Ichgrenzenstörungen die Abwesenheit von Bewertung und Druck in dem Ausmaß empfinden, in dem sie

zu. Die „therapeutische Breite“ eines Medikamentes bezeichnet den Abstand zwischen seiner therapeutisch wirksamen Dosis und einer Dosierung, die zu einer toxischen Wirkung führt (Forth, Henschler, & Rummel, 1990, S. 6–7). Diese grundlegenden Überlegungen zum Zusammenhang zwischen Dosis, Wirkung und Toxizität können auch auf die psychotherapeutische Beziehung übertragen werden. Die Beziehung muss einen gewissen Grad an Intensität (Dosis) erreichen um förderlich und wirksam sein zu können. Bei Überschreiten einer gewissen Intensität, bei zu großer Nähe (zum Beispiel bei unreflektierten und ausagierten Verschmelzungswünschen seitens der therapeutischen Person, sexuellen Übergriffen etc.) können Prozesse entstehen, die wenig förderlich (toxisch) sind.

36 Körperliche Berührungen sind zu vermeiden. Menschen mit Problemen in der Grenzziehung könnten diese in besonderem Ausmaß fehlinterpretieren.

37 „Other elements, such as the responsiveness of the counselor, are experienced rather than verbalized“ (Rogers, 1942a, S. 91).

38 „To some extent, the structure of the situation becomes defined by what does not happen. Moral judgments are not made; pressure to follow certain courses of action is not felt“ (Rogers, 1942a, S. 90–91).

gegeben sind. Subjektiv erleben sie möglicherweise sehr bewertende und druckerzeugende Gedankeneingaben.

Vielleicht ist in diesem Zusammenhang die Aussage von John Shlien zu verstehen: „In der Tat vertrat Rogers einmal die Ansicht, daß diese Form der Therapie sich nicht auf psychotisch Kranke anwenden lasse“ (Shlien, 1984, S. 174).³⁹ An anderen Stellen zeichnet Rogers ein hoffnungsfroheres Bild der Möglichkeiten des personenzentrierten Ansatzes (vgl. Rogers, 1967). Es scheint jedoch nötig im Umgang mit Menschen mit psychotischen Störungen kommunikative Grundsätze zu beachten.

Klärung der Kommunikationswege

In Kombination mit den Gedanken und Gefühlen, die Betroffene mit dem Gegenüber geteilt oder vom Gegenüber beeinflusst glauben, könnten scheinbar harmlose Aussagen in der Therapie unpassend, distanzlos oder abwertend wirken. Gerade die psychotherapeutische Kontaktaufnahme bietet Möglichkeiten der Fehlinterpretation, da sie eine Qualität der Empathie aufweist, die vielleicht für Betroffene zunächst ungewohnt ist. Empathisches Verstehenwollen kann missgedeutet werden als ein wissendes Lesen im Gegenüber. Die psychotherapeutisch in Kontakt tretende Person wird in diesem Fall als zu nahe, vielleicht als zu eindringend, als zu übergriffig erlebt.

Auch interpretative Interaktionen bergen Gefahren. Interpretierende Äußerungen sollten klar als solche gekennzeichnet sein oder am besten ganz entfallen, da in jemandem, der von der Existenz von Gedanken- oder Gefühlsübertragung überzeugt ist, die Meinung entstehen könnte, man spreche nicht interpretierend, sondern aus einem möglicherweise aus Gedankenübertragung erlangtem Wissen. Dies könnte Gefühle des Ausgeliefertseins in der Therapiesituation fördern. Somit wäre durch Nichtbeachten der speziellen Problembereiche in der Kommunikation mit Menschen mit Ichgrenzenstörungen die Nähe an psychotherapeutischer Beziehung falsch dosiert, die therapeutische Breite wäre in Richtung des toxischen Bereichs verlassen. Rogers schreibt: „Empathie bedeutet, die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten und darin ganz und gar heimisch zu werden“ (Rogers, 1975a/1980, S. 79).⁴⁰ Wenngleich Rogers das Eindringen in die Welt Anderer metaphorisch meint, ist in der konkreten Kommunikation darauf zu achten, dass empathisches Verstehen nicht als Gedankenlesen missinterpretiert wird.

Bei Menschen mit Ichgrenzenstörungen ist es nicht nur wichtig, die eigenen Botschaften klar zu formulieren, sondern

auch ganz prinzipiell klar zu stellen, auf welchen Kommunikationswegen man in Kontakt tritt und auf welchen nicht. Es ist von Anfang an notwendig, erklärende Elemente einzubringen, die vermeintlichen Kommunikationsebenen (wie zum Beispiel Gedankenübertragung, Gefühlsausbreitung etc.) als nicht geeignet zu deklarieren, um miteinander in Kontakt zu kommen.⁴¹

Das Erklären der Situation, dass man selbst nicht die Gedanken des Gegenübers lesen kann, dass die Gefühle des Mitmenschen nicht in numerischer Identität erlebbar sind, helfen die Situation zu strukturieren. (Zum Beispiel: „Sie haben den Eindruck, Ihre Gefühle breiten sich auf andere Menschen aus. Ich fühle nur meine Gefühle. Aber ich würde gerne Ihre Gefühle verstehen wollen, wenn Sie sie mir mit Worten mitteilen wollen.“ Hier ist die Klärung der Kommunikationswege von einer parapositionierenden Haltung unterstrichen, ergänzt durch beziehungsförderndes Interesse am Gegenüber.)⁴²

Der Prozess der strukturellen Empathie

Nach den kurzen Überlegungen zum Beziehungsaufbau sollen nun jene Therapieschritte beleuchtet werden, die Menschen, die unter Ichgrenzenstörungen leiden, helfen, sich wieder als identisches Substrat bleibender Ich-Eigenheiten zu erleben.

Der Therapieschritt der Empathie für die Störung der Struktur

Die Betroffenen hatten die Kontrolle bestimmter Ichstrukturen als nach außen verschoben erlebt. Bedeutend und intensiv wird anfangs das Gefühl des Beeinflusstwerdens erlebt – in späteren Phasen der Störung kann dieses auch resignierend hingenommen werden, scheinbar emotionslos geschehen lassend mit sich. Die Inhalte und Bedeutungen, die mit dem anfangs irritierenden Erleben verknüpft sind, werden von den Betroffenen als ichfremd und daher oft als wenig bedeutsam für sie selbst erlebt. Eine aktive Zuwendung zu diesen inneren Bereichen wird den Betroffenen nicht möglich sein. Die Sorge um diese Bereiche ist zunächst ganz den in therapeutischen Kontakt Tretenden überantwortet.

Eine zu intensive Hinwendung in der Therapie auf jene ichfremd erlebten Inhalte würde von den Betroffenen wahrscheinlich mit Verständnislosigkeit betrachtet werden. Dennoch werden therapeutisch helfende Personen neben all den Inhalten

39 „Rogers once held, in fact, that this form of therapy was not applicable to psychotics“ (Shlien 1967, S. 151; vgl. Shlien, 1961, S. 286).

40 „An empathic way of being with another person has several facets. It means entering the private perceptual world of the other and becoming thoroughly at home in it“ (Rogers, 1975a, S. 4).

41 Die Überlegung, ob dieses erklärende Verhalten noch im engeren Sinn als personenzentriert bezeichnet werden kann, ist eindeutig zu bejahen. Carl Rogers beschreibt ein Beratungsverhalten, welches zu einer beschleunigten Strukturierung beiträgt, indem die Situation „dem Klienten auf die eine oder andere Art erklärt“ wird (Rogers, 1942a/1972, S. 88).

42 Vgl. Oberreiter, 2018a, S. 83; 2018b.

und Themen, die von den Betroffenen eingebracht werden auch immer wieder sanft Bezug nehmen auf jene fremd erlebten Strukturanteile.

Carl Rogers schreibt: „Als Therapeut will ich die Klientin nicht führen, weil sie den Weg zu den Ursprüngen ihres Schmerzes selbst besser kennt als ich. [...] Was ich will ist, an ihrer Seite zu sein. Dabei bleibe ich gelegentlich einen Schritt zurück, und gelegentlich gehe ich einen Schritt voran, wenn ich den Weg deutlicher sehe, auf dem wir uns befinden“ (Rogers, 1986h/1991, S. 254).⁴³ Eine Hinwendung zu Themen- und Problembereichen, die den Betroffenen nicht bewusst sind entspricht in diesem Bild wohl einen Schritt voran zu gehen, wenn man den Weg deutlicher sieht.

Durch vorsichtiges Benennen der Existenz der resignativ aufgegebenen Bereiche wird der Fokus auf die ichfern erlebten Anteile gelenkt. Es kommt zunächst nicht auf den genauen Gehalt oder die Bedeutung der Inhalte an, sondern vielmehr auf die Tatsache, dass sich das therapeutische Gegenüber zu den fremdgeglaubten Strukturen verhält. Die Empathie bewegt sich zunächst auf einer strukturellen Ebene. Die Tatsache des zu den Strukturen Verhaltens bekommt Bedeutung (vgl. Kierkegaard, 1849, S. 7).

Es mag anfänglich vielleicht Unverständnis und auch Irritation in den Betroffenen auslösen, zu erfahren, dass das Gegenüber jenen ichfremd erlebten Inhalten und Strukturanteilen Aufmerksamkeit zuwendet. Selbst würden die Betroffenen dazu neigen, den Blick auf diese „deutlich inkonsistent mit dem Selbstkonzept“ erlebten Materialien resignativ oder angstvoll zu vermeiden.

In der sich entwickelnden therapeutischen Beziehung gewinnt die Person therapeutisch in Kontakt tretender zunehmend an Bedeutung. Die von Therapierenden gemachten Äußerungen gewinnen an Bedeutung. Ihr Aufmerksamkeitsfokus gewinnt an Bedeutung – und somit auch das durch die therapeutische Aufmerksamkeit beleuchtete.

Dies wird als umso bedeutsamer wahrgenommen, je mehr Bedeutung der therapeutischen Beziehung zugeschrieben wird. Gelingt es im Beziehungsaufbau, dass die therapeutische Person zu einem wertgeschätzten Gegenüber wird, so werden ihren Äußerungen und Intentionen zunehmend mehr Gewicht beigemessen.

Die erste Beachtung dass die scheinbar fremdeingegebenen Inhalte Bedeutung in der therapeutischen Beziehung haben könnten, geschieht durch „kommentierende Bemerkungen, die sich nicht nur auf das beziehen, was dem Klienten bewußt ist,

sondern ‚auf die neblige Zone am Rande der Gewährwerdung‘“ (Rogers 1975e/1977, S. 20).⁴⁴

Nach dem Therapieschritt, der die fremdbeeinflusst gefühlten inneren Strukturanteile wieder verstärkt in den Aufmerksamkeitsfokus gebracht hatte, sollen nun die Emotionen Beachtung finden, die mit dem Phänomen der Ichgrenzenstörung verbunden sind.

Der Therapieschritt der Empathie für das Phänomen

Da es den Betroffenen oft aufgrund der stattgefundenen resignativen Prozesse nicht möglich ist eine emotionale Resonanz zu diesen Bereichen herzustellen, muss diese emotionale Funktion die therapeutische Person übernehmen. Zunächst ist ein Benennen der Emotionen wenig förderlich, die sich auf jene Inhalte beziehen, die durch das Phänomen der Ichgrenzenstörung eingegeben gefühlt werden. Eine Konfrontation mit jenen Inhalten, denen wahrscheinlich der Abwehrmechanismus gilt, weil sie vom Selbstkonzept deutlich inkonsistentes Material beinhalten, würde ängstigen und dadurch abwehrende Mechanismen fördern.

Die emotionale Resonanz bezieht sich zunächst nicht auf Inhalte, sondern auf das Phänomen der Ichgrenzenstörung an sich. So könnte die therapeutische Person in etwa sagen: „Ich weiß es nicht, wie es für Sie ist. Wenn ich mir vorstelle beeinflusst zu werden, dann ist das ängstigend für mich.“ (Hier wird im ersten Satz darauf geachtet, dass die unter Ichgrenzenstörung leidende Person die Intervention als die Aussage eines klar abgegrenzten Gegenübers versteht und nicht als Gedankenlesen fehlinterpretiert.)

In diesem Prozess gewinnen die Gefühle, die das Erleben des psychotisch Beeinflusstwerdens bei den Betroffenen auslöst, zunehmend an Bedeutung. Neben dem Gefühl des Ausgeliefertseins können Angst, Wut, Ärger, Trauer, Verwunderung etc. auftreten. Diese Gefühle und die Tatsache, dass wieder Gefühle in Bezug auf die psychotischen Erlebnisse bestehen und nicht scheinbar gefühllose Resignation, vermögen in förderlicher Weise die resignative Aufgabe von Persönlichkeitsanteilen aufweichen.

Der Therapieschritt der Zuwendung zu fremdgeglaubten Anteilen

Auch die zuvor als fremd angesehenen Teile der inneren Struktur werden zunehmend mit Emotionen begleitet und wieder zu sich gehörend erlebt. Es kann sich wieder ein Bezug zu den

43 „I do not want to lead the client, since she knows, better than I, the pathway to the sources of her pain. [...] What I wish is to be at her side, occasionally falling a step behind, occasionally a step ahead when I can see more clearly the path we are on, and taking a leap ahead only when guided by my intuition“ (Rogers, 1986h, S. 207–208).

44 „At its best, such understanding is expressed by comments that reflect not only what the client is fully aware of but the hazy areas at the edge of awareness“ (Rogers, 1975e, S. 1833).

eigenen inneren Anteilen entwickeln. Bei erfolgreicher Therapie gelingt es den Betroffenen wieder, sich als vollständiger und in allen inneren Bereichen mit personalem Charakter zu erleben. Empfindet die Person wieder alle ihre inneren Anteile ausschließlich ihrer Kontrolle zugänglich, so kann sie wieder entsprechend ihrem Stil, ihrem personalen Charakter auf die Erfordernisse der Umwelt reagieren. Sie kann auf dieser Ebene wieder für sich sorgen.

Der Therapieschritt der Empathie für Inhalte und Bedeutung

Nun kann man in der Therapie nach und nach den Inhalten und Bedeutungen auf dem Boden einer vom Betroffenen als zu sich gehörenden Struktur empathische Beachtung widmen. „Durch die Mitteilung des Therapeuten, daß er den vom Klienten gefühlten und auch den noch nicht ins Bewußtsein getretenen Sinn von dessen Äußerungen versteht, lernt der Klient sich selbst besser verstehen und kann mehr von seinem aktuellen Erleben, das in ihm leibhaft (at a gut level) abläuft, in seinem Bewußtsein zulassen“ (Rogers 1975e/1977, S. 20).⁴⁵

Die Erfahrung, dass das therapeutische Gegenüber durch die Inhalte nicht abgeschreckt ist, sich nicht abwendet, sondern in einer verstehenden und akzeptierenden Haltung bleibt, ist bedeutsam. Rogers beschreibt mögliche Gedanken von Betroffenen: „Offenbar ist es in Ordnung, wenn ich ich selbst bin, sogar dieses neue Ich, das sich zögernd herausbildet, da mein Therapeut es anscheinend versteht und akzeptiert“ (ebd.).⁴⁶ Im Verstehen und Akzeptieren psychotischer Abläufe und Inhalte können für die therapeutische Person jedoch Schwierigkeiten entstehen, die sich auf die Kommunikation auswirken.

Zugewandtheit trotz Unverständnis

In der Kommunikation haben neben bewusst regulierten Faktoren auch schwerer beeinflussbare kommunikative Elemente Auswirkungen auf die empfundene Nähe der Beziehung, „weil Kommunikation auch durch nebensächliche Bemerkungen oder einen unfreiwilligen Gesichtsausdruck entsteht“ (Rogers, 1959a/2009, S. 47).⁴⁷ Meinungen und Einstellungen können sich durch unbeabsichtigte Mimik oder Nebenbemerkungen

deutlicher zeigen als beabsichtigt. Dies ist vor allem von Bedeutung bei Inhalten, bei denen psychotische Sichtweisen vom *sensus communis* stark abweichen oder kaum nachvollziehbar sind. Besonders die Empfindungen der Ichgrenzenstörungen sind für Nichtbetroffene nur schwer oder gar nicht nach zu vollziehen. Auch die wahnhaften Verarbeitungen, mit denen versucht wird, die auftretenden Ichgrenzen-Erlebnisse zu erklären, sind aus der therapeutischen Perspektive oft nicht verstehbar.

Diese unverstandenen Empfindungen sollten jedoch besondere Beachtung finden und möglichst frühzeitig angesprochen werden, da sie möglicherweise die Kommunikation massiv beeinflussen können. Aus der Haltung der Paraposition explizit die Schwierigkeiten des Verstehens zu kommunizieren und explizit über die eigenen Möglichkeiten des Verstehens und der Kommunikation zu sprechen, hilft betroffenen Menschen die Zugewandtheit des Gegenübers zu erkennen, selbst wenn die therapeutische Person ihr Unvermögen im Verstehen formuliert. So wird die Möglichkeit geboten, das Bemühen um Verständnis und Beziehung zu erfahren.

Es besteht die Gefahr, dass ein Nichtverstandenwerden fehlinterpretiert wird: „als ein nicht helfen Wollen oder Können des Therapeuten, als ein Entziehen“ (Oberreiter, 2012, S. 110). Deshalb ist es neben der authentischen Information des Nichtverstehenkönnens notwendig, die Zugewandtheit und das Verstehenwollen explizit zu betonen. Es ist notwendig als helfendes Gegenüber authentisch und zugewandt in der Beziehung präsent zu sein, – insbesondere wenn man die Symptomatik der Ichgrenzenstörungen als verständliche Sehnsucht nach Beziehungserfahrung auffasst.

So gelingt es dem Klienten sich angstfreier jenen Inhalten zuzuwenden, die zuvor als fremdes Material erschienen waren. „Bisweilen sind diese Gefühle tiefe Ambivalenzen, mitunter sind es feindselige Gefühle und manchmal Gefühle der Unzulänglichkeit. Was auch immer sie sein mögen, der Berater bemüht sich, durch das, was er sagt und tut eine Atmosphäre zu schaffen, in der der Klient erkennen kann, daß er diese negativen Gefühle hat, und die es ihm ermöglicht, sie als Teil seiner selbst zu akzeptieren, statt sie auf andere zu projizieren oder hinter Abwehrmechanismen zu verbergen“ (Rogers, 1942a/1972, S. 44).⁴⁸ Nun können Bedeutungen gewahrt und kommuniziert werden.

Nach den bisher diskutierten formalen Aspekten von Störung und Therapie soll nun jener Beziehungsaspekt Raum finden, in dem der Ansatz zum heilsamen Prozess liegt.

45 „Through the therapist’s communication of his understanding of his client’s felt meanings—including those meanings not yet fully conceptualized into awareness—the client broadens his understanding of himself and is able to permit into awareness more of the actual experiencing going on at a gut level in his organism“ (Rogers, 1975e, S. 1833).

46 „It seems okay to be me, even this tentative new me which is emerging, since it appears understandable to my therapist“ (Rogers, 1975e, S. 1833).

47 „It is not essential that the therapist intend such communication, since often it is by some casual remark, or involuntary facial expression, that the communication is actually achieved“ (Rogers, 1959a, S. 213).

48 „Sometimes the feelings are deep ambivalences, sometimes they are feelings of hostility, sometimes they are feelings of inadequacy. Whatever they are, the counselor endeavors, by what he says and by what he does, to create an atmosphere in which the client can come to recognize that he has these negative feelings and can accept them as a part of himself, instead of projecting them on others or hiding them behind defense mechanisms“ (Rogers, 1942a, S. 38).

Beziehungsaspekt der Ichgrenzenstörungen

Sehnsucht nach Beziehungserfahrung

Ein Phänomen menschlichen Seins ist die Sehnsucht nach Verstandenwerden, nach Akzeptiertwerden so wie man ist. „Mit dem Gewahrsein des Selbst entwickelt das Individuum das Bedürfnis nach Wertschätzung. Dieses Bedürfnis ist ein Wesenszug des Menschen. Es ist allgegenwärtig“ (Rogers, 1959a/2009, S. 58).⁴⁹ Nach Rogers schließt der Begriff Wertschätzung „Halungen wie Wärme, Liebe, Respekt, Sympathie und Anerkennung ein“ (ebd., S. 40). Diese Sehnsucht nach wertschätzender Beziehungserfahrung kann unerfüllt bleiben, weil sie entweder in gar keiner Weise erfüllt wird, oder weil sie zwar erfüllt scheint, das Verstanden- und Akzeptiertwerden aber nicht auf wirklich ehrliche, kongruente, förderliche Art gegeben ist. Die Sehnsucht bleibt unbefriedigt, entweder durch Fehlen einer anderen Person oder es ist zwar die Anwesenheit einer anderen Person gegeben, es besteht aber dennoch „das Fehlen einer Beziehung, in der wir unser tatsächliches Erleben – und damit unser wirkliches Selbst – anderen mitteilen können“ (Rogers, 1961c/1980, S. 94).⁵⁰ Der Begriff der Vanitas versucht die Bedeutung dieses Defizits zu akzentuieren – unabhängig durch welche Ursache der Mangel an wirklich positiver ehrlicher, wertschätzender Beziehungserfahrung gegeben ist (Oberreiter, 2018b).

Der Wunsch nach Wahrgenommenwerden scheint ein ganz grundlegendes menschliches Bedürfnis zu sein. So sieht Martin Heidegger die Sorge als wichtigen Teil des „Sein des Daseins“: „Weil das In-der-Welt-sein wesenhafte Sorge ist, deshalb konnte [...] das Sein bei dem Zuhandenen als Besorgen, das Sein mit dem innerweltlich begegnenden Mitdasein Anderer als Fürsorge gefaßt werden. Das Sein-bei.. ist Besorgen, weil es als Weise des In-Seins durch dessen Grundstruktur, die Sorge bestimmt wird“ (Heidegger, 1929, S. 193). Unter Heideggers „innerweltlich begegnenden Mitdasein Anderer als Fürsorge“ darf zuallererst gegenseitiges Wahrnehmen, Erkennen und Erkanntwerden, Beachtetsein und Ernstgenommenwerden verstanden sein. Weiterführende Fürsorge je nach erkannten und notwendig erachteten Bedürfnissen ist die Folge.

Im menschlichen Miteinander ist eine bestimmte Qualität des Umgangs nötig, um sich beachtet und angenommen zu fühlen. So weist auch Heidegger darauf hin, dass Alleinsein nicht dadurch behoben wird, dass „ein zweites Exemplar Mensch ‚neben‘ mir vorkommt oder vielleicht zehn solcher.

Auch wenn diese und noch mehr vorhanden sind, kann das Dasein allein sein“ (Heidegger, 1929, S. 120).

Ein Mangel an Beziehungserfahrung kann für Menschen eine existenziell bedrohliche Gefahr darstellen. Studien legen nahe, dass Suizidgedanken und Parasuizidales Verhalten mit dem Grad der Einsamkeit zunehmen (vgl. Stravynski & Boyer, 2001). Einsamkeit erweist sich als bedeutender Risikofaktor für Suizid (vgl. z. B. Wiktorsson et al., 2010). „Wenn der Tod die größte Gefahr ist, so hofft man auf Leben; wenn man aber die noch schrecklichere Gefahr kennen lernt, hofft man auf den Tod“ (Kierkegaard, 1911, S. 15).

Abwehr der Einsamkeit

Bei einer Vanitas an wertvollen Beziehungserfahrungen ist es für den Organismus von lebenserhaltender Bedeutung, das Bewusstwerden der Einsamkeit in ihrer vollen Tragweite abwehren zu können. 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, S. 26). Dem Erhalt des Organismus dient es, die möglicherweise suizidfördernden Erfahrungen von Einsamkeit abzuwehren. Neben anderen Mechanismen scheint die Abwehr der belastenden und ängstigenden Erfahrungen von Einsamkeit besonders durch das Phänomen der Ichgrenzenstörung möglich.

Die Ichgrenzenstörung zeigt sich in dieser Betrachtung hier nun als ein Umsichsorgen des Organismus im existenzialen Sinne Martin Heideggers – im Sein zum Ende.⁵¹ Als eine Sorge, die das Sein vor dem zu nahen Ende zu schützen versucht.

Betrachten wir das Phänomen der Ichgrenzenstörungen nicht als Symptom einer Krankheit, sondern als kreativen Mechanismus, der aus dem Bestreben entsteht, der Erhaltung des Organismus zu dienen, so zeigt sich das Aufweichen und Ausdehnen der bestehenden Ich-Grenzen als sinnvoll. Auf diese Weise gelingt es dem Organismus, das Bewusstwerden des Defizits an ausreichend wertschätzender, empathisch interessierter Beziehungserfahrung abzuwehren. Betroffene müssen sich nicht mit der Realität auseinandersetzen, dass sie zu wenig beachtet sind. Im Gegenteil, durch die Ichgrenzenstörung entsteht vielmehr vielleicht sogar das Gefühl zutiefst erkannt zu sein. Gedanken oder Gefühle werden als bloßgelegt erlebt.

49 „As the awareness of self emerges, the individual develops a need for positive regard. This need is universal in human beings, and in the individual, is pervasive and persistent“ (Rogers, 1959a, S. 223).

50 „The other element in our loneliness is the lack of any relationship in which we communicate our real experiencing—and hence our real self—to another“ (Rogers, 1961c, S. 94; 1980a, S. 166).

51 Das Phänomen der Ichgrenzenstörung könnte auch als unmittelbare Abwehr der Angst vor dem Tod interpretiert werden. Als einen Versuch der Ausbreitung der Gedanken oder Gefühle über die Grenzen des sterblichen Individuums hinaus.

Bei den Phänomenen Gedanken- und Gefühlsausbreitung, Gedankenlautwerden, Gedanken- und Gefühlsentzug entsteht ein intensives Erleben des Beobachtetwerdens, des Beachtetwerdens und Erkanntwerdens – ohne selbst beeinflussbare Grenzen, ohne Schranken.⁵²

Grenzen der psychotischen Beziehungserfahrung

Doch die scheinbare Verbindung mit den Mitmenschen oder einer höheren Macht ist eine nur einseitige. Man fühlt sich selbst beobachtet und erkannt – nicht jedoch das Gegenüber. Auch im Erleben der Gedanken- oder Gefühlseingebung erlebt man kein wirkliches Erfahren oder Erkennen des Gegenübers, weil sich die Betroffenen den Eingebungen gegenüber hilflos ausgeliefert fühlen, diese nicht steuern können und so das Gefühl haben nur selektiv jene Bereiche (Gedanken oder Gefühle) der Anderen zu erfahren, die vom Gegenüber gewollt sind – ein umfassenderes, nicht manipuliertes Erkennen des Anderen scheint so unmöglich.

Es ist eine Voraussetzung mit eigener Absicht und unter eigener Kontrolle die Aufmerksamkeit auf Mitmenschen werfen zu können, um sie befriedigend wahrnehmen zu können. Nur wer diese Fähigkeiten besitzt und nur wer sich in diesem Sinn „als Person als sinnvolles Ganzes erlebt, kann andere Personen verstehen“ (Stein, 1917, S. 129). Eine Person, die sich als eigenständiges Ganzes und vom Gegenüber abgegrenzt erlebt, kann mit Anderen in Kontakt treten und sich dem mitteilenden Gegenüber einfühlen. Die Fantasie des Einsseins mit einer anderen Person bietet weder den Rahmen noch die Motivation zur Begegnung. So schreibt Edith Stein in ihrer Dissertation zu Recht: „Und nicht durch das Einfühlen erfahren wir von andern, sondern durch das Einfühlen, durch Einfühlung wird Einfühlung und Bereicherung des eigenen Erlebens möglich“ (Stein, 1917, S. 18).⁵³

Die scheinbar enge Verbindung zu Mitmenschen entspringt im Symptom der Ichgrenzenstörung jedoch nicht dem

52 Auch die Erlebnisse von Gedanken- und Gefühlseingebung und Beeinflussung des Wollens und Tuns enthalten implizit den Aspekt des Erkanntwerdens: Die Macht oder die Mitmenschen, die Gedanken, Gefühle, Handlungsanweisungen in den Betroffenen projizieren, benötigen zuallererst Kenntnis seiner Gedanken, Gefühle und Impulse, um die Manipulationen zielführend durchführen zu können. So liegt in Fremdbeeinflussungsgefühlen auch der Anteil des Erkanntwerdens.

53 Martin Buber sieht auch in der Einfühlung die Gefahr der „Ausschaltung der eigenen Konkretheit“. Im Gegensatz dazu beschreibt er „Umfassung“ als „Erweiterung der eigenen Konkretheit“ ohne „von der gefühlten Realität ihres eigenen Tätigseins einzubüßen“ (Buber, 1926, S. 34–35). John Shlien berichtet, dass Carl Rogers Auszüge aus dem Text Bubers in englischer Übersetzung kennen lernte (vgl. Buber, 1947) – zu einer Zeit, als Rogers an Client-Centered Therapy (Rogers, 1951a) arbeitete. Dem Bericht Shliens zufolge waren aber jene Zeilen über die Unterscheidung von Einfühlung (Empathie) und Umfassung Rogers damals nicht in schriftlicher Form zugänglich (vgl. Shlien, 2001, S. 43).

Einfühlen sondern einem (partiellen) Einfühlen ohne Einfühlung. So ist wirkliche Beziehung nicht möglich. Durch das Phänomen der Ichgrenzenstörung ist die Abwehr des Bewusstwerdens von Vanitas an Beziehungserfahrung möglich, wirklich wertvolle reale Beziehungserfahrung gelingt so jedoch nicht.

Schlussfolgerung

Da der Entstehung von Ichgrenzenstörungen möglicherweise eine Vanitas an Beziehungserfahrungen zugrunde liegt, ergibt sich als Zielsetzung der Psychotherapie das Füllen dieser Leere. Besondere Beachtung im Therapieprozess muss die Tatsache finden, dass die Ichgrenzenstörungen als ganz fundamentale Störungen der Ichstruktur zu verstehen sind. Betroffene sind nicht mehr in der Lage sich als identisches Substrat bleibender Ich-Eigenheiten zu erleben, mit einem bleibenden Stil des Sichverhaltens und Zusichverhaltens. Sie sind nicht mehr in der Lage in bestimmten Bereichen für sich Sorge zu tragen. Sie haben die Sorge und Verantwortung für bestimmte Teilbereiche aufgegeben. Die Sorge um diese Anteile müssen zunächst vom therapeutischen Gegenüber übernommen werden, indem es ihnen Aufmerksamkeit widmet. Durch wertschätzenden, nicht abwertenden Umgang in der Therapie gelingt es den Betroffenen jene Inhalte weniger angstbesetzt zu erleben und sie schließlich als ichnahe Anteile ihrer selbst wahrzunehmen. Auf diese Weise können sie sich jenen Inhalten wieder zuwenden und sie nicht nur als fremd und eingegeben erleben. So erleben sie sich wieder vollständiger in ihrer Struktur. Das Gefühl des Ausgeliefertseins ist reduziert; Kontaktaufnahmen mit der Umwelt folgen wieder dem gewohnten personalen Charakter.

Der Beziehungsaufbau mit Menschen, die unter Ichgrenzenstörungen leiden erfordert besondere Sensibilität und oft ein aktives Klären, über welche Kommunikationswege in Beziehung getreten wird und über welche nicht. Durch eine parapositionelle Haltung kann den psychotischen Wahrnehmungen nicht-wertend begegnet werden und die therapeutische Wahrnehmung der Realität ohne Widerspruch und Rivalität daneben positioniert werden.

So kann es gelingen, dass der Klient in der therapeutischen Beziehung die Erfahrung macht, von einem Gegenüber wirklich wertgeschätzt zu sein und als Person Bedeutung zu haben. Der Klient ist insgesamt bereichert, die Leere an wertvoller Beziehungserfahrung ist behoben. Dies ist der heilsame Prozess. Der Klient kann wieder für sich Sorge tragen und Verantwortung übernehmen. Im positiven Sinn ist es den Betroffenen wieder möglich an dem Teil zu haben, was Kierkegaard beschreibt als: „Die Sorge ist das Verhältnis zum Leben, zur Wirklichkeit der Persönlichkeit“ (Kierkegaard, 1911, S. 3).

Literatur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.) (2016). *Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (9., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' Helping System, Journey and Substance*. London: Sage Publications.
- Binswanger, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Zürich: Max Niehans Verlag.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Franz Deuticke.
- Bleuler, E. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Julius Springer.
- Bozarth, J. D. (1998). *Person-Centered Therapy: A Revolutionary Paradigm*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Bozarth, J. D. (2001). An Addendum to Beyond Reflection: Emergent modes of empathy. In S. Haugh & T. Merry (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice: Empathy* (Bd. 2, S. 144–154). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Bradley, Barbara T. (1996). Empathic understanding and feelings in client-centered therapy. *Person-Centered Journal*, 3(1), 22–30.
- Buber, M. (1926). *Rede über das Erzieherische*. Berlin: Lambert Schneider.
- Buber, M. (1947). Education. In *Between Man and Man* (S. 83–103). London: Kegan Paul.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007). Congruence: An integrative five-dimension model. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(4), 229–239.
- De Hert, M., Magiels, G., & Thys, E. (2000). *Het geheim van de hersenchip: Zelfgids voor mensen met een Psychose*. Antwerpen: EPO.
- Deister, A. & Möller, H.-J. (1997). *Schizophrenie und verwandte Psychosen*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Deutsch, H. (1919). Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Mechanismus der Regression bei Schizophrenie. In S. Freud (Hrsg.), *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, (V. Jahrgang). Wien: Internationaler psychoanalytischer Verlag.
- 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.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Bern: Hogrefe Verlag.
- Federn, P. (1932). Das Ichgefühl im Traume. *Internationale Zeitschrift Für Psychoanalyse*, XVIII(2), 145–170.
- Federn, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychoses*. New York, NY: Basic Books.
- Federn, P. (1956). *Ichpsychologie und die Psychosen*. Bern: Hans Huber.
- Forth, W., Henschler, D., & Rummel, W. (Hrsg.). (1990). *Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie* (5., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Zürich: Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus.
- Freud, S. (1911a). Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. In E. Bleuler & S. Freud (Hrsg.), *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* (III. Band, S. 1–8). Wien: Franz Deuticke.
- Freud, S. (1911b). Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). In E. Bleuler & S. Freud (Hrsg.), *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* (III. Band, S. 9–68). Wien: Franz Deuticke.
- Greenberg, L. S., Elliott, R. (1997). Varieties of Empathic Responding. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Hrsg.), *Empathy Reconsidered* (S. 167–186). Washington DC: American Psychological Association.
- Griesinger, W. (1845). *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart: Adolph Krabbe.
- Gutberlet, M. (1985). Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie / Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-Info*, 61, 51–62.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The Psychotherapy Dose-Response Effect and Its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329–343.
- Heidegger, M. (1929). *Sein und Zeit* (2. Auflage). Halle: Max Niemeyer.
- Hoff, P., & Sass, H. (2010). Psychopathologische Grundlagen der forensischen Psychiatrie. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf, & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie: Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (S. 1–156). Berlin: Springer-Verlag.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164.
- Husserl, E. (1950). *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge*. (S. Strasser, Hrsg.). Haag: Martinus Nijhoff.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie: Ein Leitfadens für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Berlin: Julius Springer.
- Kant, I. (1781). *Critik der reinen Vernunft*. Riga: Johann Friedrich Hartknoch.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1(1), 5–13.
- Kierkegaard, S. (1849). *Sydommen til Døden: En christelig psykologisk Udvikling til Opbyggelse og Opvækelse af Anti-Climacus*. København: Carl Andreas Reitzel Forlag.
- Kierkegaard, S. (1881). *Die Krankheit zum Tode: Eine christliche psychologische Entwicklung zur Erbauung und Erweckung*. (A. Bärthold, Übers.). Halle: Julius Fricke.
- Kierkegaard, S. (1911). Die Krankheit zum Tode. In *Gesammelte Werke* (Band 8). Jena: Eugen Diederichs.
- Kraepelin, E. (1883). *Compendium der Psychiatrie*. Leipzig: Ambrosius Abel.
- Kraepelin, E. (1904). *Psychiatrie* (7. Auflage, II. Band). Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Krafft-Ebing, R. (1883). *Lehrbuch der Psychiatrie* (2. Auflage). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Kröber, H.-L. (2008). Kann man die akute Gefährlichkeit schizophrener Erkrankter erkennen? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 2(2), 54–62.
- Kröber, H.-L., & Lau, S. (2010). Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf, & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie: Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (S. 312–333). Berlin: Springer-Verlag.
- Landauer, K. (1926). Die Schizophrenie. In P. Federn & H. Meng (Hrsg.), *Das Psychoanalytische Volksbuch* (Bd. II, S. 381–394). Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Lessing, G. E. (1780). *Die Erziehung des Menschengeschlechts*. Berlin: Christian Friedrich Voß und Sohn.
- May, R. (1979). *Psychology and the Human Dilemma*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- May, R. (1984). *Antwort auf die Angst: Leben mit einer verdrängten Dimension*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Möller, H.-J. (2011). Methodik empirischer Forschung. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie: Allgemeine Psychiatrie* (4. Auflage, Band 1, S. 429–452). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Möller, H.-J. (2015). Psychopathologische Symptome und ihre Exploration. In H.-J. Möller, G. Laux, & A. Deister (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (6., aktualisierte Auflage, S. 56–86). Stuttgart: Thieme.
- Oberreiter, D. (2012). Hermeneutische Empathie als Ausgangspunkt psychotherapeutischen Arbeitens in der Akutpsychiatrie. In U. Diethardt, L. Korbei, & B. Pelinka (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie – quo vadis?* (S. 106–112). Wien: Facultas.
- Oberreiter, D. (2018a). Die Bedeutung struktureller Empathie für Verständnis und Therapie der Ichgrenzenstörung: Psychotherapeutische Implikationen basierend auf Edith Stein, Martin Heidegger, Edmund Husserl und Søren Kierkegaard. In Provinzialate des Teresianischen Karmel in Deutschland und Österreich (Hrsg.), *Edith Stein Jahrbuch 2018* (S. 61–98). Würzburg: Echter Verlag.
- Oberreiter, D. (2018b). The Therapy of Delusion in Regard to Vanitas, Sensus Communis, and Para-Position. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 18(3), 224–240.
- Rogers, C. R. (1942a). *Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1942a/1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler. (Orig. ersch. 1942: *Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1951a). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler. (Orig. ersch. 1951: *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin Company.)
- 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* (Bd. 3, S. 184–256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1959a/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V., Hrsg., G. Höhner & R. Brüseke, Übers.). München: Reinhardt. (Orig. ersch. 1959: *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* (Bd. 3, S. 184–256). New York: McGraw Hill.)
- 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 (Übers.), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 94–103). Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1961: 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. (1962c). Some Learnings From a Study of Psychotherapy With Schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly, Summer*, 3–15.
- Rogers, C. R. (1962c/1984). Einige Untersuchungsergebnisse aus der Psychotherapie mit Schizophrenen. In C. Rogers & B. Stevens (Hrsg.), A. Tilebein & B. Westermeier (Übers.), *Von Mensch zu Mensch: Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen* (S. 209–222). Paderborn: Junfermann. (Orig. ersch. 1962: 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. (1975a). Empathic—an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10.
- Rogers, C. R. (1975a/1980). Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In C. R. Rogers & R. L. Rosenberg (Hrsg.), E. Görg (Übers.), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 75–93). Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1975: Empathic—an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10.)
- 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/1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In U. Seeßlen (Übers.), *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 15–52). Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. ersch. 1975: 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. (1978b). The Formative Tendency. *Journal of Humanistic Psychology*, 18(1), 23–26.
- Rogers, C. R. (1980a). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980a/1981). Die Grundlagen eines personenzentrierten Ansatzes. In B. Stein (Übers.), *Der neue Mensch* (S. 65–84). Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1980: *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1986h). Client-Centered Therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Hrsg.), *Psychotherapist's casebook* (S. 197–208). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Rogers, C. R. (1986h/1991). Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), M. Werkmeister & P. F. Schmid (Übers.), *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl Rogers* (S. 238–256). Mainz: Grünewald. (Orig. ersch. 1986: Client-Centered Therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Hrsg.), *Psychotherapist's casebook* (S. 197–208). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.)
- Saß, H., & Hoff, P. (2011). Deskriptiv-psychopathologische Befunderhebung. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage, Vol. 1, S. 525–544). Berlin: Springer Medizin.
- Scheler, M. (1955). *Vom Umsturz der Werte. Abhandlungen und Aufsätze*. (M. Scheler, Hrsg.) (4. durchgesehene Auflage). Bern: Francke Verlag.
- Schott, H., & Tölle, R. (2005). *Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: C. H. Beck.
- Schneider, K. (1950). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schreber, D. P. (1903). *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken nebst Nachrichten und einem Anhang über die Frage: „Unter welchen Voraussetzungen darf eine für geisteskrank erachtete Person gegen ihren erklärten Willen in einer Heilanstalt festgehalten werden?“*. Leipzig: Oswald Mutze.
- Shlien, J. M. (1961). A Client-Centered Approach to Schizophrenia: First Approximation. In A. Burton (Hrsg.), *Psychotherapy of the psychoses* (S. 285–317). New York NY: Basic Books.
- Shlien, J. M. (1967). A Client-centered Approach to Schizophrenia: First Approximation. In Carl R. Rogers & B. Stevens (Hrsg.), *Person to Person: The Problem of Being Human* (S. 151–165). Lafayette: Real People Press.
- Shlien, J. M. (1984). Klient-zentrierte Therapie bei Schizophrenie: Erste Annäherung. In C. Rogers & B. Stevens (Hrsg.), *Von Mensch zu Mensch: Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen* (S. 173–189). Paderborn: Junfermann.
- 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.
- Stein, E. (1917). *Zum Problem der Einfühlung*. Halle: Buchdruckerei des Waisenhauses.
- Stein, E. (1931). *Das Ethos der Frauenberufe*. Augsburg: Verlag Haas und Grabherr.
- Stein, E. (1998). *Potenz und Akt: Studien zu einer Philosophie des Seins*. Freiburg: Herder.
- Stein, E. (2001). *Bildung und Entfaltung der Individualität: Beiträge zum christlichen Erziehungsauftrag* (2. Aufl., ESGA 16). Freiburg: Herder.
- 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.
- Tausk, V. (1919). Über die Entstehung des „Beeinflussungsapparates“ in der Schizophrenie. In S. Freud (Hrsg.), *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse* (V. Jahrgang). Wien: Internationaler psychoanalytischer Verlag.
- 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.
- Tudor, K. (2010). Alpha und Omega, oder: Umfasst die Aktualisierung den Tod? *Person*, 2, 15–16.
- Ullrich, G. (1993). Rolle und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 42(8), 299–305.
- Vanaerschot, G. (1997). Empathic Resonance as a Source of Experience-Enhancing Interventions. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Hrsg.), *Empathy Reconsidered* (S. 141–165). Washington DC: American Psychological Association.
- Warner, M. S. (2001). Empathy, Relational Depth and Difficult Client Process. In S. Haugh & T. Merry (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice: Empathy* (Bd. 2, S. 181–191). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Wendt, F. (2010). Drogenrausch. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf, & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie: Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Stafrecht* (S. 258–311). Berlin: Springer-Verlag.
- 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.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.