

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Eine klientenzentrierte Krankheitslehre

Abstract:

Der zentrale Begriff der Klientenzentrierten Krankheitslehre ist die Inkongruenz zwischen der gesamtorganismischen Bewertung von Erfahrung und ihrer Bewertung als das Selbstkonzept bestätigend oder bedrohend. Diese Bewertungen und ihre Nichtübereinstimmung können als affektive und damit Selbsterfahrungen bewußt werden, aber auch dem Bewußtsein mehr oder weniger vollständig ferngehalten, d.h. abgewehrt werden. Im Klientenzentrierten Konzept wird zwischen mehr oder weniger früh gestörten Selbstkonzepten unterschieden, d.h. zwischen mehr oder weniger fully functioning persons mit entsprechend geringerer oder größerer Vulnerabilität bzw. primärer Inkongruenz. Psychopathologische Phänomene werden im Klientenzentrierten Konzept als Ausdruck akuter oder chronischer sekundärer Inkongruenz verstanden: Sowohl die das Selbstkonzept bedrohenden Erfahrungen als auch die Erfahrungen des Bedrohtseins im eigenen Selbstverständnis sowie deren affektive Bewertung und/oder Abwehr können akut oder chronisch und ganz oder teilweise im Bewußtsein symbolisiert sein.

Keywords: Krankheitslehre, Entwicklung, Kongruenz, Psychopathologie, Ätiologie.

Obwohl seit Rogers dem Klientenzentrierten Psychotherapeuten eine ausgesprochene Distanz gegenüber jeder Art von Krankheitslehre eigen und Abstinenz von diagnostischem und ätiologischem Denken während des therapeutischen Gesprächs integraler Bestandteil des eben darum so genannten Klientenzentrierten Psychotherapiekonzepts ist, soll es im folgenden unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, ob es eine Krankheitslehre enthält. Es soll nicht um eine Krankheitslehre für das Klientenzentrierte Konzept gehen, eine tiefenpsychologisch orientierte etwa in Abgrenzung von anderen Entwürfen einer Krankheitslehre für das Klientenzentrierte Konzept, z.B. verhaltensmodifikatorischen oder am interpersonalen Modell orientierten, so als enthielte das Klientenzentrierte Konzept keine eigenen Vorstellungen von psychischer Krankheit.

Die Klienten-, Person- und Personenzentrierten Psychotherapeuten weisen schon mit ihren Namen darauf hin, daß es ihnen in der Psychotherapie um die Begegnung geht und daß die Beschäftigung mit theoretischen Überlegungen der Begegnung von Therapeut und Klient ausgesprochen abträglich sein kann. Christian Fehringer zitiert in diesem Zusammenhang im Jahrgang 13 (S. 15) der apg-Kontakte Rogers wie folgt: „Mein Verdacht geht dahin, daß wir – vorausgesetzt, wir würden daran glauben – auch dann noch alle gleichermaßen erfolgreich wären, wenn jeder von uns gänzlich verschiedene Theorien verträte. Ich darf sogar die Hypothese wagen, daß die jewei-

lige Theorie des Therapeuten unmittelbar in der Beziehung selbst unerheblich ist und, falls sie dem Therapeuten in jenem Augenblick gerade bewußt ist, der Therapie sogar abträglich ist. Ich will damit sagen, daß die existentielle Begegnung wichtig ist. Unmittelbar im Augenblick der therapeutischen Beziehung ist für theoretisches Bewußtsein kein Platz. Man kann auch sagen, daß wir in eben dem Maß, in dem wir in der Beziehung theoretischen Gedankengängen nachhängen, zum Zuschauer werden und nicht mehr selbst mitspielen – aber erfolgreich sind wir nur als Mitspieler. Damit soll keineswegs in Abrede gestellt werden, daß es uns ein andermal nötig und lohnenswert erscheinen könnte, eine Theorie zu entwickeln, die uns selbst betrifft oder unsere Klienten oder Patienten, um den Veränderungsprozeß näher unter die Lupe zu nehmen. Ich neige jedoch zu der Annahme, daß im Augenblick der Beziehung selbst solches Theoretisieren unnützlich oder gar nachteilig ist.“ (Rogers 1983, 201).

An dieser Stelle sei auch Freud zitiert, der in seinen „Ratschlägen für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung“ – sagt: „Es ist zwar einer der Ruhmestitel der analytischen Arbeit, daß Forschung und Behandlung bei ihr zusammenfallen, aber die Technik, die der einen dient, widersetzt sich von einem gewissen Punkte an doch der anderen. Es ist nicht gut, einen Fall wissenschaftlich zu bearbeiten, solange seine Behandlung noch nicht abgeschlossen ist, seinen Aufbau zusammensetzen, seinen Fortgang erraten zu wollen, von Zeit zu Zeit

Aufnahmen des gegenwärtigen Status zu machen, wie das wissenschaftliche Interesse es fordern würde. Der Erfolg leidet in solchen Fällen, die man von vornherein der wissenschaftlichen Verwertung bestimmt und nach deren Bedürfnissen behandelt; dagegen gelingen jene Fälle am besten, bei denen man wie absichtslos verfährt, sich von jeder Wendung überraschen läßt, und denen man immer wieder unbefangen und voraussetzungslos entgegentritt. Das richtige Verhalten für den Analytiker wird darin bestehen, sich aus der einen psychischen Einstellung nach Bedarf in die andere zu schwingen, nicht zu spekulieren und zu grübeln, solange er analysiert, und erst dann das gewonnene Material der synthetischen Denkarbeit zu unterziehen, nachdem die Analyse abgeschlossen ist“ (Freud 1912). Weiter heißt es dann aber bei Freud: „Die Unterscheidung der beiden Einstellungen würde bedeutungslos, wenn wir bereits im Besitze aller oder doch der wesentlichen Erkenntnisse über die Psychologie des Unbewußten und über die Struktur der Neurosen wären, die wir aus der psychoanalytischen Arbeit gewinnen können“ (ebd 380).

Rogers und Freud stimmen also darin überein, daß es in der realen Begegnung von Therapeut und Patient um das „Mitschwingen“ bzw. das „Mitspielen“ des Therapeuten geht und nicht darum, „daß wir in der Beziehung theoretischen Gedankengängen nachhängen, zum Zuschauer werden ...“ (Rogers 1983). Während nun aber Freud die Vorstellung hatte, daß die Erfassung des Unbewußten des Patienten im konkreten therapeutischen Kontakt dann, „wenn wir bereits im Besitze aller oder doch der wesentlichen Erkenntnisse über die Psychologie des Unbewußten und über die Struktur der Neurosen wären“, auch durch analysierendes und synthetisierendes Denken unterstützt werden könnte, vertrat Rogers die Vorstellung, daß eine Theorie geeignet sein könnte, „ein andermal ... den Veränderungsprozeß näher unter die Lupe zu nehmen.“ Es ist Rogers nicht darum gegangen, daß sich die Psychotherapeuten keine Gedanken machen und keine Theorien entwickeln sollten. Es ging ihm darum, daß sie in der konkreten therapeutischen Situation alles daran setzen, „Mitspieler“ zu bleiben, dem Klienten zu begegnen und ihm nicht in theoretischen Gedankengängen verlorenzugehen.

Bekanntlich findet die Arbeit der deutschen Gesprächspsychotherapeuten an der Ausarbeitung ihrer Krankheitslehre unter dem Druck des Wunsches auf Anerkennung durch die KBV als Richtlinienverfahren auf der einen Seite und in der Hoffnung auf ein Psychotherapeutengesetz auf der anderen Seite statt. Wenn wir wollen, daß die Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren anerkannt wird, müssen wir eine Krankheitslehre vorweisen, die, wie Freud es formuliert, Erkenntnisse über die Psychologie des Unbewußten und die Struktur der Neurosen beinhaltet. Diese müssen sich in ihrer Bedeutung für die konkreten therapeutischen Vorgehensweisen zugleich

von denen der Psychoanalyse/Tiefenpsychologie deutlich unterscheiden. Das ist verwunderlich. Ging es nicht Freud und geht es nicht seinen Nachfolgern um die Psychologie des Unbewußten und nicht um irgendeine Theorie?

Wenn wir im Rahmen des erhofften Psychotherapeutengesetzes berücksichtigt werden wollen, müssen wir zudem – so jedenfalls die Meinung einer einflußreichen Strömung in der heutigen Psychotherapieforschungsszene – nicht nur aufzeigen, daß wir empirisch nachweisbar Therapieerfolge erzielen, sondern auch, mit welchen konkreten Interventionen neben dem Mitschwingen bzw. dem empathischen Verstehen oder dem Begegnen von Patienten mit welchen Krankheitsbildern welcher Genese wir das bewerkstelligen. Wir müßten also – so lautet die Vermutung – nicht nur so tun, als hätten wir, wie Freud das nennt, besondere eigene Erkenntnisse über die Psychologie des Unbewußten und die Struktur der Neurosen, wir möchten auch so tun, als könnten wir diese nicht nur systematisch, sondern vor allem auch differentiell in unserem therapeutischen Verhalten nutzen, indem wir uns unterschiedlich gegenüber Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen unterschiedlicher Genese verhalten.

Ich glaube nicht, daß das möglich ist und sinnvoll wäre, auch nicht im Sinne der Hoffnungen Freuds. Empathisches Verstehen und denkendes Verstehen sind nicht ein und dasselbe und auch nicht lückenlos ineinander überführbar und dann in differentielle Interventionen umsetzbar.

Ich hege aber die Hoffnung, in der Tradition von Rogers, daß uns die differenzierte klientenzentrierte Betrachtung der verschiedenen Krankheitsbilder, ihrer Entwicklungsgeschichte im therapeutischen Prozeß und ihrer vermutlichen Entstehungsgeschichte nicht nur helfen kann, zu verstehen, wie und warum Psychotherapie was eigentlich heilt, sondern auch uns selbst besser zu verstehen, wenn es uns in der konkreten Therapiesituation nicht gelingt, dem Klienten zu begegnen, wenn wir in der Reaktion auf sein Erleben etwas anderes fühlen als unbedingte Wertschätzung.

Auf die Idealisierungen durch Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, z.B. in der Form von: „Ich habe mich noch nie im Leben von jemandem so gut verstanden gefühlt, wie von Ihnen“, reagiere ich heute bei weitem nicht mehr so nachhaltig mit Angst und Schrecken und Schuld- und Verpflichtungsgefühlen wie früher. Ich kann mir heute schneller als früher in einem inneren Dialog klar machen, daß Idealisierungen Angst, nicht verstanden zu werden und in der Reaktion darauf wütend oder verzweifelt aus der Fassung zu geraten, zugleich zum Ausdruck bringen und verleugnen; daß ich mit meinem Impuls, vor jemandem der mich idealisiert, wegzulaufen, auf den Anklammerungsversuch eines geängstigten Menschen reagiere, der mich mit seiner Zuwendung zu kontrollieren versucht; und daß ich in meiner ei-

genen Entwicklung in solchen Reaktionen früher wenig verstanden und nicht akzeptiert worden bin, weshalb sie mir heute ein schlechtes Gewissen machen.

Ich verspreche mir von der Explikation der Klientenzentrierten Krankheitslehre für mich als Therapeutin also nicht mehr und nicht weniger als das, was wir unseren Patienten versprechen, wenn wir sie in Behandlung nehmen: Sie werden nach einer erfolgreichen Behandlung mit sich selbst so umgehen können, wie der Therapeut oder die Therapeutin mit ihnen umgegangen ist: Sie werden sich selbst zuhören können. Sie werden sich selbst verstehen können. Sie werden sich selbst auch in schwierigen Selbsterfahrungen akzeptieren können. Und sie werden sich mehr und unerschütterlicher mit sich selbst identisch fühlen. Das wird ihre Begegnungsfähigkeit erhöhen: Wir können schneller zur unbedingten Wertschätzung einer anderen Person zurückzufinden, wenn wir uns selbst in der nur bedingten oder nicht vorhandenen besser verstehen und akzeptieren können. Ich habe also die Hoffnung, daß ein Therapeut, der sich mit der Krankheitslehre des Klientenzentrierten Konzepts auseinandergesetzt hat, es leichter haben wird, sich therapeutisch zu verhalten – nicht weil er nun den Patienten leichter denkend erfassen könnte und schneller erkennen könnte, wie er sich ihm gegenüber entsprechend seinem Krankheitsbild am besten zu verhalten hat, sondern weil er sich selbst in seinen Reaktionen auf den Patienten besser verstehen kann und damit frei wird für das empathische Verstehen des Patienten.

Welche Aussagen über und Erklärungen für gesunde und gestörte psychische Entwicklungen und ihre Erscheinungsformen in diesem Sinne enthält das Klientenzentrierte Konzept?

Im Klientenzentrierten Konzept wird nur ein Axiom vorausgesetzt: die Aktualisierungstendenz.

„Diese ist die dem Gesamtorganismus innewohnende Tendenz, alle seine Möglichkeiten in einer Art und Weise zu entwickeln, daß sie den Organismus als Ganzes erhalten und fördern“ (Rogers 1959, 196). Die Annahme der Aktualisierungstendenz ist die eines übergeordneten komplexen Entwicklungsprinzips (vgl. Höger 1993): Der Organismus als Ganzer ist ein seine Weiterentwicklung und Erhaltung selbst organisierendes und regulierendes System. Jede Erfahrung enthält ihre eigene Bewertung im Hinblick darauf, ob sie die einer Bedrohung oder Weiterentwicklung ist oder nicht.

Zur selbst organisierten und regulierten Entwicklung des Organismus als Ganzem gehört es, Teile seines Erlebens zu symbolisieren (ihrer gewahr zu werden, sich ihrer bewußt zu werden), damit auch sich selbst zu erfahren (seiner selbst gewahr, bewußt zu werden).

Wir werden uns unserer Erfahrung und ihrer Bewertung und damit auch unserer selbst im sogenannten Symbolisierungsprozeß bewußt, und zwar in Körperempfindun-

gen, Vorstellungen, Gefühlen, Gedanken und Worten, die aufeinander bezogen sind, sich gegenseitig Ausdruck und vor allem Sinn verleihen (vgl. Gendlin). Der erfolgreiche Abschluß eines Symbolisierungsprozesses, der Abschluß der Entwicklung des „felt sense“, geht mit einer deutlichen, auch körperlich spürbaren Entspannung einher im Sinne eines: „Das ist es, was mich im Moment bewegt.“ Kann der „felt sense“ nicht zu Ende entwickelt werden, bleibt diese auch körperlich spürbare Entspannung (felt shift) aus.

In der Symbolisierung der Erfahrung wird uns also nicht nur etwas, sondern werden wir uns auch unserer selbst als erfahrende und Erfahrung bewertende bewußt.

Und die Selbsterfahrung hat sowohl eine psychische als auch eine körperliche Seite, die als Entspannung fühlbar wird, wenn sie voll bewußt wird.

In der letzten Ausgabe der Zeitschrift *Psyche* (6, 50, 1996, Klett-Cotta, Stuttgart) hat Mark Solms in einem Beitrag mit dem Titel: „Was ist ein Affekt“ daran erinnert, daß Freud bei der Entwicklung seines Triebbegriffes von eben diesen Doppelseitigkeiten der Selbsterfahrungen ausgegangen ist. So wie Kant zwischen dem einfachen und dem Selbst-Bewußtsein unterschieden habe, und Bion zwischen der sinnlichen und der psychischen Realität, habe Freud zunächst zwischen einer Erfahrung und einer Selbsterfahrung unterschieden, eine äußere von einer inneren „Bewußtseinsoberfläche“ unterschieden. Auf der äußeren werde uns die (uns immer nur phänomenal gegebene) Realität in der „Bewußtseinschülle“ unserer Sinne zur Erfahrung: in dem, was wir sehen, hören, schmecken, riechen und in unseren Körpersensationen. Auf der inneren „Bewußtseinsoberfläche“ werde uns Erfahrung in der „Bewußtseinschülle“ unserer Affekte bewußt. So wie wir nie ein „Ding an sich“ erfahren könnten, sondern immer nur wahrnehmen könnten, wie es aussieht, riecht etc., so könnten wir auch nie „uns selbst an sich“ erfahren, sondern uns immer nur unserer affektiven Reaktionen bewußt werden, unseres Fühlens. Das besondere am Affekt sei nun, daß er eine psychische und eine körperliche Seite habe. Affektive Erfahrung könne nicht nur subjektiv gefühlt werden, sondern könne auch im bzw. am eigenen Körper objektiv wahrgenommen werden. Ich kann Angst z.B. fühlen. Daß meine Knie weich werden, kann ich aber auch feststellen, ohne daß ich Angst fühle; ich kann sehen und ertasten, wie ich eine Gänsehaut bekomme, auch wenn es mich nicht gruselt. Diese Doppelseitigkeit der Selbsterfahrung, die uns nur in der „Bewußtseinschülle“ des Affekts gegeben sei, daß sie eine psychische und eine körperliche Seite habe und dadurch sowohl subjektiv als psychisches als auch objektiv als körperliches Geschehen wahrgenommen werden könne, habe Freud in die Definition des Begriffs des Triebes aufgenommen: triebhaftes Geschehen sei psychisches, das eine körperliche Seite habe.

Daß wir uns selbst nicht „an sich“ sondern nur in der „Bewußtseinshülle“ des Affekts wahrnehmen können, so wie wir die Realität nicht „an sich“ sondern nur als Phänomen in der „Bewußtseinshülle“ unserer Sinne wahrnehmen können, sei der Hintergrund für Freuds Postulat des prinzipiell Unbewußten allen Triebgeschehens, das nie als solches bewußt werden könne.

Wir können davon ausgehen, daß, wenn Rogers das Selbstkonzept auch das phänomenale Selbst nennt, er sich vermutlich auf ähnliche Vorüberlegungen von „Bewußtseinshüllen“, in denen uns unsere Selbsterfahrung gegeben ist, bezieht. Jedenfalls wird den Konzepten der gefühlten Erfahrung, dem Fühlen und damit auch dem Körper im Klientenzentrierten Konzept eine zentrale Bedeutung beigemessen, und das spricht dafür, daß auch in diesem Rahmen zunächst einmal von affektiver Erfahrung die Rede ist, wenn von Selbsterfahrung gesprochen wird.

Wir müssen aber andererseits betonen, daß im Klientenzentrierten Konzept nicht – wie in der klassischen psychoanalytischen Metapsychologie – von Trieben und triebhaftem Erleben die Rede ist, wenn es um Selbsterfahrungen und ihre Abwehr geht, und nicht um triebhafte Bedürfnisse, wenn es um das Bedürfnis geht, gewisse Affekte zum Ausdruck zu bringen, dem eigenen „Fühlen“ nachzugehen. Das Klientenzentrierte Konzept enthält den ursprünglichen Freudschen Triebbegriff nicht. Im Klientenzentrierten Konzept wird ein Bedürfnis nach Erfahrung und Entwicklung und Erhaltung des Selbst, des phänomenalen Selbst, angenommen. Man könnte es heute das Bedürfnis nennen, sich mit sich selbst identisch und in Ordnung zu fühlen. Wir sprechen von der Selbstaktualisierungstendenz, wenn wir diese Entwicklungstendenz, Selbsterfahrung zu machen und in einem Selbstkonzept zu integrieren und es damit weiterzuentwickeln, meinen.

Auch die Selbstaktualisierung ist ein sich in der Erfahrung, in der Interaktion mit der Umwelt bzw. in Abhängigkeit von bestimmten Bedingungen in der Umwelt selbst organisierender und regulierender Prozeß: Nachdem sich ein erstes Selbstkonzept gebildet hat, enthält jede Selbsterfahrung ihre eigene Bewertung als eine der Bestätigung oder der Infragestellung, der Weiterentwicklung oder Bedrohung des Selbstkonzepts.

Die zentrale Bedeutung des Konzepts der Selbstaktualisierung im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts wird z.B. in folgender Definition von Psychotherapie, der sich auch Rogers angeschlossen hat, deutlich:

„Wir können Psychotherapie vom phänomenologischen Standpunkt aus definieren als: die Vermittlung von Erfahrung, durch die das Individuum befähigt wird, angemessene Differenzierungen des phänomenalen Selbst und seiner Beziehungen zur äußeren Wirklichkeit vorzunehmen. Wenn solche Differenzierungen vorgenommen werden, dann erledigt das Bedürfnis des Individuums nach Erhal-

tung und Erhöhung des phänomenalen Selbst alles übrige“ (Snygg und Combs zitiert in Rogers 1951/1973).

Die Selbstaktualisierungstendenz wird in dieser Definition einem Bedürfnis gleichgesetzt und Psychotherapie als eine Situation beschrieben, in der es befriedigt wird: Im psychotherapeutischen Prozess wird Selbsterfahrung gemacht, die in das Selbstkonzept integriert werden kann und es damit weiterentwickelt.

Auch auf der Grundlage dieser Erfahrungen in psychotherapeutischen Prozessen wird im Klientenzentrierten Konzept davon ausgegangen, daß Selbsterfahrung zunächst nur unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert wird, daß sie von einem wichtigen Anderen empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird. Im Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Entwicklung des phänomenalen Selbst, mit der Selbstaktualisierungstendenz, wird deshalb ein „need for positive regard“ angenommen. Das Bedürfnis nach bedingungsfreier Anerkennung (Biermann-Ratjen 1993) bedeutet das Bedürfnis, in der Selbsterfahrung empathisch verstanden und in ihr ausschließlich um seiner selbst willen wertgeschätzt zu werden.

Die Voraussetzung dafür, daß ein Kind von Geburt an von anderen Menschen verstanden werden kann, daß sein Bedürfnis nach Anerkennung zum Ausdruck gebracht und befriedigt werden kann, ist mit den Affekten gegeben. Die basalen Affekte: Freude, Interesse, Überraschung, Trauer, Furcht, Ekel, Wut und Scham sind als Empfindungs- (Erfahrungs- und Bewertungs-) und Ausdrucksprogramme angeboren und unmittelbar nach der Geburt in ihren Signalkomponenten (Mimik und Vokalisation) und im Verlauf der ersten Lebensmonate auch in ihren motorischen Komponenten an Babies beobachtbar und sicher identifizierbar, und d.h. auch: andere Menschen können sich in das Baby vom Tag seiner Geburt an einfühlen, können seine Erfahrungen erkennen, sie verstehen, sein Bedürfnis nach Anerkennung befriedigen.

Seit den 30er und 40er Jahren dieses Jahrhunderts haben sich vor allem Forscher in der Nachfolge von Bowlby mit der Beobachtung beschäftigt, daß Kinder, die ohne Mutter aufwachsen, in Institutionen oder mit häufig wechselnden Betreuungspersonen, später an Persönlichkeitsentwicklungsstörungen leiden. Diese werden vermehrt dann beobachtet, wenn Babies zwar ordnungsgemäß gepflegt und versorgt werden, aber wenig oder keine liebevolle Zuwendung erfahren, wenn, wie wir das ausdrücken würden, ihr Bedürfnis nach empathischer positiver Beachtung, nach Anerkennung nicht befriedigt wird. Vor allem das Leiden dieser Kinder ist so beeindruckend, daß nach dem Zweiten Weltkrieg, als es viele elternlose Kinder gab, der englische Kinderpsychiater John Bowlby von der Weltgesundheitsorganisation damit beauftragt wurde, über die Bedürfnisse der Kinder, deren Befriedigung bei der gesunden Entwicklung eine Rolle

spielen, zu berichten. Bowlby's Bericht ist einer der Meilensteine auf dem Weg der Bindungsforschung, die sich in ihren theoretischen Formulierungen auf Sullivan bezieht, der ebenfalls ein Bedürfnis nach positiver Beachtung angenommen hat. Sullivan nannte es „Zärtlichkeitsbedürfnis“, das „von Anfang an als ein interpersonales Bedürfnis vorhanden“ sei (Sullivan 1953, 64).

Ich wiederhole an dieser Stelle zusammenfassend:

Mit dem Entwicklungsprinzip Aktualisierungstendenz wird im Klientenzentrierten Konzept davon ausgegangen, daß der Gesamtorganismus jede seiner Erfahrungen im Hinblick darauf bewertet, ob sie solche der Erhaltung und Förderung des Organismus oder solche der Bedrohung und Hemmung sind. In diesem Bewertungsprozess spielt die subjektive affektive Erfahrung eine herausragende Rolle. Zur Aktualisierungstendenz gehört eine Selbstaktualisierungstendenz, das Bedürfnis, eine Repräsentation der Erfahrung, das phänomenale Selbst oder das Selbstkonzept zu entwickeln. Erfahrung wird zunächst nur unter der Bedingung in die Repräsentanz der Selbsterfahrung integriert, daß sie von wichtigen Anderen anerkannt wird. Die Voraussetzung dafür, daß ein Kind in seinem Bedürfnis nach empathischem Verstanden- und unbedingtem Wertgeschätztwerden befriedigt werden kann, ist vom Tag seiner Geburt an mit den Affekten gegeben.

Das Selbstkonzept entwickelt sich also zwar selbstorganisiert aber nur in sozialen Interaktionen. Und die im Selbstkonzept repräsentierten Erfahrungen sind also immer zweifach bewertete Erfahrungen: Sie sind sowohl organismisch als auch sozial bewertet. Die organismische Bewertung lautet: affektiv als erhaltend oder bedrohend, entwicklungsfördernd oder -hemmend erlebt. Die soziale Bewertung lautet: der Anerkennung wert, empathisch verstehbar und unbedingt wertzuschätzen.

Nachdem das Selbstkonzept eine erste Gestalt gewonnen hat, werden nun – dem Bedürfnis des Individuums nach Erhaltung des phänomenalen Selbst entsprechend – neue Erfahrungen nicht nur als der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Gesamtorganismus dienlich oder nicht bewertet, sondern auch als das Selbstverständnis bestätigend oder bedrohend und das Bedürfnis nach Anerkennung befriedigend – wie die bisher ins Selbstkonzept integrierten Erfahrungen.

Auf diese Weise kann sich die gesamtorganismische Bewertung von Erfahrung spalten. Rogers spricht von einer Spaltung der Aktualisierungstendenz. Die Selbstaktualisierungstendenz kann in Widerspruch zu einer Selbsterhaltungstendenz geraten. Erfahrungen, die das Selbstkonzept infrage stellen würden, werden nur unvollständig oder verzerrt symbolisiert oder gar nicht bewußt bzw. abgewehrt. Es besteht dann Inkongruenz zwischen der Gesamtheit der Erfahrung und der bewußten Erfahrung. Gelingt die Abwehr nicht oder nur zum Teil, wird die Inkongruenz gespürt. Das Individuum ist dann nicht nur ge-

spannt, sondern erlebt auch Teile seines subjektiven Erlebens als nicht verstehbar und/oder nicht akzeptierbar, nicht zu sich gehörend und/oder sein Selbstkonzept in Frage stellend. Wir sprechen dann von Symptomen von Inkongruenz.

Wir können auch sagen: Im Zustand der Inkongruenz kollidiert das Bedürfnis nach Selbsterfahrung als Voraussetzung für die Weiterentwicklung des phänomenalen Selbst mit dem Bedürfnis nach Selbstachtung, Anerkennung durch die eigene Person. Diese Kollision kann zur Folge haben, daß Selbsterfahrung dissoziiert bleibt und zunehmend die Gesamtheit der im Selbstkonzept repräsentierten Erfahrung nicht kongruent mit der Gesamtheit der Erfahrung des Organismus als Ganzem ist.

Der ganz und gar psychisch gesunde Mensch des Klientenzentrierten Konzepts ist die „fully functioning person“. Sie hat in ihren Interaktionen mit wichtigen anderen Menschen dann, wenn es um die Integration von Selbsterfahrung in das Selbstkonzept, um Identitätsentwicklung auf dem Hintergrund der Befriedigung des Bedürfnisses nach positiver regard ging, niemals etwas anderes erlebt als Anerkennung. Die fully functioning person kann immer kongruent sein. Sie kann alle Selbsterfahrungen vollständig symbolisieren und somit immer den erwähnten Zustand von auch körperlich spürbarer Entspannung erreichen.

Die fully functioning person ist natürlich niemals in der Realität vorzufinden – aber sie ist als theoretisches Konzept von Bedeutung – auch für eine Krankheitslehre.

Auf dem Hintergrund dieser prozeßorientierten Unterscheidung – mehr oder weniger fully functioning bedeutet, zu mehr oder weniger vollständiger Symbolisierung bzw. Gewährerdung der Selbsterfahrung in der Lage zu sein – zwischen mehr oder weniger gesunder Selbsterfahrung ist im klientenzentrierten Konzept auch eine entwicklungsorientierte Unterscheidung zwischen mehr oder weniger frühen Störungen der Selbstentwicklung und den entsprechenden Formen, in denen sich die Entwicklungsstörung manifestiert, möglich.

Im klientenzentrierten Konzept wird davon ausgegangen, daß die Selbstentwicklung ein Prozeß zunehmender Differenzierung ist. Selbsterfahrungen sind am Anfang der Entwicklung des Selbstkonzepts Erfahrungen des Wahr- und Angenommenwerdens in der affektiven Erfahrung, Erfahrungen der Befriedigung des Bedürfnisses nach positiver regard. In Abhängigkeit vom Verlauf der Interaktion zwischen Baby und Pflegeperson in dieser ersten Phase entwickelt sich ein Selbstkonzept, in dem mehr oder weniger affektive Erfahrung überhaupt repräsentiert ist und in der Folge affektive, Bedeutungs- bzw. Sinnerfahrung repräsentiert bzw. erlebt werden kann. Wenn diese nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnten, dann wird Inkongruenz in der Form von Vernichtungsangst und Depression im Sinne eines vollständi-

gen Fehlens von Selbstachtung und der Lebenskraft und -freude erlebt.

Wenn sich eine erste Gestalt des Selbstkonzepts und der Selbstachtung entwickeln konnte, wird der Prozeß der Bewertung von Erfahrung als das Selbst und mit ihm die Selbstachtung bestätigend oder bedrohend selbst eine Quelle der Erfahrung: die Selbsterhaltungstendenz wird erfahrbar. Auch sie wird affektiv erfahren: Neben die Angst als Signal für die Bedrohung des Selbst und die Depression als Anzeichen für den Zusammenbruch der Selbstachtung, können nun auch andere Selbstgefühle treten: Freude an sich selbst, Überraschung über sich selbst; aber auch z.B. Ekel, Furcht, Wut und Scham angesichts von Erfahrungen mit sich selbst. Auch diese Selbstbewertungen bzw. die Affekte, in denen sie erlebt werden, können von wichtigen Anderen richtig verstanden oder falsch interpretiert werden, anerkannt oder bewertet werden – und dementsprechend als Selbsterfahrung ins Selbstbild integriert werden oder eben nicht. In dieser Entwicklungsphase taucht die Bewertungskategorie ‚gut-böse‘ auf. Von wichtigen Anderen nicht verstandene und nicht akzeptierte Selbsterfahrungen werden nun als wertlose und im Extrem schlechte, der positiven Beachtung eben nicht würdige, erlebt. Ob diese Spaltung der Selbsterfahrung in gute und böse Anteile überwunden werden kann zugunsten einer klaren Unterscheidung zwischen: „Dieses ist meine Erfahrung, egal wie sie von mir und anderen bewertet wird, und dieses ist die Beurteilung meiner Erfahrung durch mich oder einen anderen“, hängt wesentlich davon ab, ob die wichtigen Bezugspersonen vor allem die Gefühle, in denen Ohnmacht und Kleinsein erfahren werden, als solche begreifen, und zwar insbesondere das Außer-sich-sein, wenn das Kind nicht verstanden und nicht akzeptiert wird oder wenn es sich selbst nicht verstehen und akzeptieren kann. Es geht in dieser Phase also erst in einem zweiten Schritt um die Integration der Selbsterfahrung Verzweiflung oder Wut. In einem ersten Schritt geht es darum, in dem Gefühl, sich in einer Selbsterfahrung selbst nicht akzeptieren zu können, beachtet und verstanden zu werden.

Wenn sich schließlich ein Selbst entwickelt hat, in das auch die Möglichkeit der Erfahrung von Scham und Selbstzweifeln integriert werden konnte, und die Selbstachtung nicht durch jedes Erleben von sich nicht verständlich machen können und sich nicht geliebt und anerkannt vorfinden, erschüttert wird, kann das Kind sein Interesse darauf richten, was es sein und werden kann – in der eigenen Wahrnehmung und in den Augen anderer – z.B. in Abhängigkeit von seiner biologischen Ausstattung als männlich oder weiblich; und wie sich das anfühlt.

Wir können im Klientenzentrierten Konzept also zwischen Erfahrungen des basalen Angenommenwerdens, Selbstbehauptungserfahrungen und „Identitätsgefühlen“ unterscheiden, die nacheinander in der Selbstentwick-

lung in das Selbstkonzept integriert werden können, vorausgesetzt, sie werden von Bezugspersonen verstanden und positiv beachtet.

Wir gehen davon aus, daß bei der Selbstentwicklung zu zunehmender Differenziertheit zunächst „positive regard“ ganz allgemein und elementar eine Voraussetzung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Selbstrepräsentanz ist; daß bei der Integration von selbstreflexiver Erfahrung in das Selbstkonzept das korrekte Verstehen des kindlichen Erlebens durch wichtige Andere besonders wichtig ist und daß bei der Entwicklung der Gefühle für die eigene individuelle Besonderheit des Kindes an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung vor allem unbewußter (inkongruenter) Art durch die wichtigen Anderen Art und Ausmaß der Selbstentwicklung sehr stark beeinflussen.

Hans Swildens (1993) hat den Vorschlag gemacht, zwischen einer sekundären und einer primären Inkongruenz zu unterscheiden. Primäre Inkongruenz bezeichnet die Menge der gesamtorganismischen Erfahrung und ihrer Bewertung, die nicht in das Selbstkonzept integriert worden ist. Sie bezeichnet damit auch das Ausmaß des nicht fully functioning, denn die Menge der nicht im Selbstkonzept repräsentierten Erfahrung bestimmt auch das Ausmaß, in dem die Selbsterfahrung, die bewußt werden könnte, nicht bewußt werden und damit auch nicht gemacht werden kann. Das Ausmaß der primären Inkongruenz bestimmt auch die Wahrscheinlichkeit, daß Erfahrung eine existentielle Bedrohung (des Selbstkonzepts) darstellt und existentielle Bedrohung gefühlt wird. Positiv formuliert: Je weniger primäre Inkongruenz vorliegt, desto weniger wahrscheinlich stellt eine Erfahrung eine Bedrohung für das Selbstkonzept dar, desto weniger affektive Erfahrung muß abgewehrt werden, dem bewußten Erleben vorenthalten oder so verzerrt werden, daß sie nicht als Selbsterfahrung imponiert; desto offener ist die Person für die Erfahrung und desto weniger vulnerabel, anfällig für Vernichtungsangst und Depression, Sinnlosigkeits- und Wertlosigkeitserleben und das Gefühl der Leere, desto mehr kann eine Person leben.

Von sekundärer Inkongruenz sprechen wir dann, wenn akut eine bestimmte Erfahrung, die mit dem Selbstkonzept oder der Selbstachtung inkompatibel ist, nicht oder nicht vollständig bewußt wird und die akute Inkongruenz gespürt wird. Swildens erwähnt als Beispiel ein gesundes und auch von den Eltern geliebtes Kind, daß nun in der Schule plötzlich die Erfahrung machen muß, daß es z.B. wegen seiner Hautfarbe oder auch wegen der etwas zu gehobenen sozialen Position seiner Eltern unerwartete Ablehnung erfährt. Dieses Kind wird Symptome der sekundären Inkongruenz entwickeln: Angst vor der Schule – nicht vollständig bewußt als Angst vor der eigenen affektiven Reaktion auf die Ablehnung, und in der Folge vielleicht Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Kontaktvermeidungsverhalten, Verstimmtheit usw.

Die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Inkongruenz ermöglicht zusammen mit der prozeßorientierten Unterscheidung des mehr oder weniger fully functioning und den dazu gehörenden Inkongruenzerfahrungen eine differentielle Betrachtung und differenzierte Beschreibung, vor allem aber ein differentielles Verstehen bestimmter Störungsbilder und ihrer Psychogenese.

Am Beispiel der unterschiedlichen neurotischen Phänomene läßt sich das verdeutlichen. Neurotische Krankheitsbilder beinhalten nicht nur Hinweise auf nicht vollständig symbolisierte bzw. abgewehrte Erfahrung. Sie beinhalten immer auch Hinweise auf das akute Erleben von Inkongruenz: auf Angst, Depression, Ablehnung bis zur Bekämpfung oder Ausblendung von Erfahrung aus dem Wahrnehmungsfeld, z.B. Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörungen, die nicht nur als beeinträchtigend erlebt werden, sondern ihrerseits oft unvollständig symbolisiert sind. Die körperlichen Anzeichen für Angst oder Wut sind oft bewußt, das Gefühl der Angst oder Wut aber z.B. nicht. Und selbst wenn die Erfahrung der Inkongruenz vollständig symbolisiert werden kann, wird sie oft als persönlichkeitsfremd, eben als krank empfunden. Neurotisch Erkrankte leiden also nicht nur darunter, daß sie bestimmte, ihr Selbstkonzept in Frage stellende oder ihre Selbstachtung bedrohende Erfahrungen abwehren. Sie leiden auch darunter, daß es ihnen nicht gelingt, bestimmte Symptome der akut erlebten Inkongruenz als zu sich gehörend zu erleben und sich zu fragen, auf welche ihr Selbstkonzept infragestellende Erfahrung sie also wohl reagieren. Selbst wenn sie sich ihrer Angst, Depression oder Wut z.B. tatsächlich vollständig bewußt werden, bleibt ihnen verborgen, daß sie mit diesen Symptomen auf eine Erfahrung reagieren, durch die sie in ihrem Selbst und in ihrer Selbstachtung bedroht sind. Sie können ihre Symptome nicht als Ausdruck ihrer eigenen Bewertung ihrer Erfahrung als mit ihrem Selbstkonzept nicht zu vereinbaren ansehen.

Neurotische Erkrankungen basieren nicht auf sog. frühen Störungen. Ihnen liegt auch nicht ein hohes Ausmaß an primärer Inkongruenz zugrunde, in der Regel auch nicht einzelne traumatische Erfahrungen, sondern Jahre des Zusammenlebens mit Bezugspersonen, die das Kind in bestimmtem Inkongruenzerfahrungen (Belastungsreaktionen) nicht anerkannt haben: wenn es sich ängstlich oder wütend oder unglücklich oder unaufmerksam zeigte – in der Reaktion auf Erfahrungen, die sein Selbstkonzept bedrohten oder infragestellten.

Die Dekompensation einer neurotischen Störung, die neurotische Erkrankung, wird dadurch ausgelöst, daß sich eine Erfahrung, die früher nicht hat in das Selbstkonzept integriert werden können, wiederholt. Solche Erfahrungen werden abgewehrt. Sie lösen aber zugleich auch die Wiederholung der Erfahrung von Inkongruenz aus. Da diese beim Neurotiker z.T. ebenfalls eine Bedrohung für

das Selbstverständnis darstellen und abgewehrt bzw. nicht vollständig symbolisiert werden, können sie auch nicht abklungen.

Im therapeutischen Prozeß müssen also zunächst die Symptome der akuten, nicht vollständig symbolisierten sekundären Inkongruenz des neurotischen Patienten im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Der Klient muß sie als solche ernstnehmen und sich in ihnen verstehen und akzeptieren als eine Person, die offenbar auf etwas reagiert, das sie nicht mit sich selbst vereinbaren kann, und zwar in einer Form, die sie ebenfalls nicht mit sich vereinbaren kann. Erst danach können wir daran gehen, mit dem Klienten gemeinsam zu explorieren, welche Erfahrung ihn – möglicherweise aber nicht unbedingt ebenfalls als Wiederholung einer früheren, die er nicht hat in sein Selbstkonzept integrieren können – inkongruent gemacht bzw. alarmiert hat.

Literatur:

- Biermann-Ratjen, E.-M. (1993), Die Psychogenese der Neurosen, in: Eckert J./Höger D./Linster H., (Hg.) Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Köln (GwG-Verlag) 99–107
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert J./Schwartz H.-J. (1979/1995') Verändern durch Verstehen. Gesprächspsychotherapie. Bommert H./Schmidtchen S. (Hg.). Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer W.)
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1996), On the way to a client-centred psychopathology, in: Hutterer R. et al. (Hg.) Client-centred and experiential psychotherapy. Frankfurt am Main (Lang Peter) 11–24
- Gendlin, E. T. (1970) A theory of personality change, In: Hart J. T./Tomlinson T. M. (Hg.) New directions in Client-Centered Psychotherapy. Boston (Houghton Mifflin) 129–73
- Rogers C. R. (1959) A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as developed in the Client-Centered Framework. In: Koch S. (Hg.) Psychology: A Study of a Science. Volume 3. Formulations of the Person and the Social Context. New York, Boston (McGraw-Hill) 184–256
- Rogers C. R. (1951/1972) Client-Centered Therapy. München (Kindler), Frankfurt (Fischer TB 1983)
- Snygg, D./Combs. A. W. (1949) Individual behavior: a new frame of reference for psychology. New York (Harper and Bros)
- Solms, M. (1996) Was sind Affekte? Psyche 6, 50. Stuttgart (Klett-Cotta) 486–522
- Sullivan, H. S. (1953) The Interpersonal Theory of Psychiatry. New York (W. W. Norton and Company)
- Swildens H. (1988/91) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln (GwG-Verlag)
- Höger, D. Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Eckert/Höger/Linster (Hg.) (vgl. Biermann-Ratjen 1993)
- Freud (1912) Ratschläge für den Arzt in der psychoanalytischen Behandlung. GW VIII, Frankfurt (Fischer) 380

Biographie:

Eva-Maria Biermann-Ratjen, geb. 1939, Diplom-Psychologin, Dozentin, seit 1965 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf, Gesprächspsychotherapeutin, Ausbilderin in der GwG.