

Ute Binder

Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen¹

Zusammenfassung: *In diesem Artikel wird das Wesentliche eines störungsspezifischen empathischen Verstehens im Personenzentrierten Ansatz in Abhebung von rein diagnosegeleiteten Einstellungen in der Psychotherapie herausgearbeitet. Einleitend wird die grundlegende Bedeutung konstruktiv nutzbarer Beziehungen für die Persönlichkeitsentwicklung erörtert, wobei die These einer angeborenen „Beziehungslust“ (in Anlehnung an die Funktionslust beim kindlichen Spiel nach K. Bühler) aufgestellt wird. Störungsspezifisches empathisches Verstehen geht weit über allgemeine Empathie hinaus und kann (kommunizierbare) Diagnosen beinhalten. Es wird dabei versucht, über spontan Vertrautes hinaus einen differenzierteren Zugang zu Erleben zu finden, das sich weder dem Betroffenen noch seinem Gegenüber unmittelbar erschließt, sondern erst über gemeinsame Erarbeitung oder auch über Störungserfahrung und -wissen zugänglich wird.*

Schlüsselwörter: *Personenzentrierter Ansatz, Störungsspezifisches empathisches Verstehen, Beziehungslust, konstruktiv nutzbare Beziehungen*

Abstract: Disorder-specific processes of empathic understanding versus diagnosis-led procedures. *This article sets out the essentials of a disorder-specific process of empathic understanding in the person-centered approach of psychotherapy in contrast to a procedure formed purely on the basis of a diagnosis. The fundamental importance of constructively usable relationships for the development of personality are first discussed. In this connection the theory of an inborn “desire to be in relationships” is put forward (akin to the “desire to function” encountered in children’s play according to K. Buhler). The empathic understanding of specific disorders goes far beyond general empathy and may include communicable diagnosis. The aim is to go beyond spontaneous familiarity to find a more differentiated access to experience, which is not immediately opened up either for the client or the therapist, but only becomes accessible through working it out together or through experience and knowledge of the disorder.*

Keywords: *person-centered approach; disorder-specific empathic understanding; desire to be in relationships; constructively usable relationships*

Gesunde bzw. pathologische Persönlichkeitsentwicklungen hängen immer davon ab, ob und in welchem Ausmaß konstruktiv nutzbare persönliche Beziehungen zur Verfügung standen und stehen. Ich möchte dies mit folgender Anekdote illustrieren: Ein Patient hatte im Verlauf einer Ehekrise so massive Ängste entwickelt, dass er das Haus kaum noch und schon gar nicht alleine verlassen konnte. Im Hause allein gelassen, empfand er nicht nur massive Ängste, sondern spürte auch, wie die Kraft aus seinen Beinen wich und diese ihm den Dienst versagten. Als er nun auch fürchtete, an einer schweren Krankheit zu leiden und demnächst zum Pflegefall im Rollstuhl zu werden, begab er sich in stationäre Behandlung. Auf

die ängstliche Frage an die Ärztin, was er denn für eine Diagnose habe, erhielt er die Antwort: „Wir haben hier nur zwei Arten von Patienten. Und zwar solche, die eine Beziehung haben, und solche, die keine Beziehung haben.“ Diese Antwort war für den Patienten ein beruhigendes Aha-Erlebnis. Hätte die Ärztin etwa gesagt: „Sie haben eine hypochondrisch gefärbte Angststörung auf der Basis einer histrionischen Persönlichkeit“, hätte sie ihn nicht nur sinnlos verwirrt, sondern sich emotional distanziert, ihn ausgegrenzt und falsch verstanden. Er wollte keinen Fachausdruck hören, sondern brauchte Entlastung. Was er bekam, war mehr als nur Entlastung, es war eine anregende Beruhigung. Anregend war der Verweis auf die Beziehungen, beruhigend war die freundliche Sicherheit der Ärztin.

Gehen wir noch einen Schritt weiter als die Weisheit dieser Ärztin, so ergibt sich: Wir haben nur *eine* Art von Patienten, und zwar solche, die keine für sie ausreichend konstruktiv nutzbare, relevante Beziehung haben. Wenn die Ärztin Recht damit hat, – und ich denke, davon können wir ausgehen – dass alle psychisch

¹ Dieser Text beruht auf einem Vortrag, den Ute Binder im Herbst 2004 auf dem Internationalen Kongress „Selbst.Organisation“ der deutschsprachigen personenzentrierten Vereinigungen gehalten hat und der nach dem Tod von Ute von Wolfgang W. Keil in die Form eines Artikels überarbeitet wurde. Diese letzte größere Publikation von Ute kann somit auch als Vermächtnis eines Teils ihrer Anliegen und Ideen angesehen werden.

beeinträchtigten Menschen entweder eine Beziehung haben, die keine bzw. zu wenig positive Qualitäten aufweist, oder eben überhaupt keine Beziehung haben, so legt dies nahe, dass bei Menschen Beziehungserfahrungen einen zentralen Stellenwert für ihr Befinden, ihr Erleben und ihre Entwicklung haben. Der Personzentrierte Ansatz geht ebenfalls davon aus, dass Wachstum und persönliche Entwicklung im Rahmen von intersubjektiven Beziehungen stattfinden, aufrechterhalten und weitergeführt werden.

Die grundlegende Bedeutung konstruktiv nutzbarer Beziehungen

Ich werde zunächst auf die Bedeutung von Beziehung für die Entwicklung eingehen. Dies erscheint mir notwendig, um die völlig andersartige Ausrichtung von störungsspezifischen Verstehensprozessen im Unterschied zu bloß diagnostischen Einstufungen deutlich zu machen. In meinem Ansatz geht das Verstehen der vielfältigen Facetten von Störungen und das Verstehen des Ausmaßes, in dem sie das Erleben mehr oder weniger dominieren und damit lebensbestimmend werden, von einem spezifischen Verstehen im intersubjektiven Bereich aus.

Zur Aufrechterhaltung des psychischen Gleichgewichts ist jederzeit als Basis entweder das konkrete, aktuelle Erleben oder zumindest das prinzipielle Vorhandensein bzw. die Herstellbarkeit von Bezug zur Welt (Raum und Zeit, Natur und Dingen), zum Anderen und in der Folge zu sich selbst erforderlich. Ein derartiges Bezogen-Sein stellt eine strukturelle Grundgegebenheit dar. Wenn ein Mensch z. B. von Kopf bis Fuß in Gips alleine auf der Intensivstation liegt, dann weiß er sehr wohl noch, wie ein Gänseblümchen aussieht, dass er Angehörige hat, die er liebt, und dass er, obgleich im Moment alles verändert ist, er selber ist und über die selben Merkmale und Eigenschaften verfügt, wie sonst auch, auch wenn diese zur Zeit vielleicht ruhen. Eine Persönlichkeitsveränderung – möglicherweise ist er apathisch, unglücklich oder ungewohnt gereizt – wird von ihm und anderen als situativ und als vorübergehend verstanden. Wenn dieser Mensch ein Kind ist und der Zustand sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, so ergibt sich jedoch in der Folge zumindest ein Entwicklungsrückstand. Dennoch werden wir aber weder beim Kind noch beim Erwachsenen einen derartigen Ausnahmezustand anders als situativ beschreiben und den Zustand nicht mit der Person im Ganzen verwechseln.

Als Voraussetzung dafür, dass Beziehung wachstums- und entwicklungsfördernde Qualitäten aufweist, muss das Prinzip der Verbundenheit gewährleistet sein; d. h. der andere wird auch als ein Lebewesen wahrgenommen, das fühlt und ein Gespür für Gefühle hat, mit dem – wie diffus auch immer – Verständigung möglich ist. Beziehungen, die in dynamischer Hinsicht als unterschiedlich zu (kurzen) zwischenmenschlichen Begegnungen und Austauschprozessen betrachtet werden können, führen zu Neuerfahrungen,

Entwicklungen und Veränderungen, wenn sie auf ausreichend gesicherter Basis *neue* Informationen in das sich entfaltende, unfertige oder gestörte System bringen.

Beziehungslust

Ich möchte eine These aufstellen, zu der ich in meiner mehr als 35-jährigen Erfahrung auf dem Hintergrund des Personzentrierten Ansatzes über viele empirische und theoretische Arbeiten im Bereich der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspathologie gekommen bin: *Menschen sind von Geburt an mit etwas ausgestattet, das ich Beziehungslust nenne*. Den Begriff Beziehungslust habe ich in Anlehnung an den der Funktionslust, der von Karl Bühler 1918 für das kindliche Spiel geprägt wurde, gewählt. „Eine Tätigkeit, die mit Funktionslust ausgestattet ist und von dieser Funktionslust direkt und um ihretwillen aufrecht erhalten wird, wollen wir Spiel nennen, gleichviel was sie sonst noch leisten und in welchem Zusammenhang sie eingebaut sein mag.“ (Bühler, 1918, zitiert nach Oerter, 1999, S. 190).

Beziehungslust ist eine den Beziehungsprozessen inhärente Freude an intersubjektiven Austauschprozessen, bei denen sowohl Imitieren und eigenes Initiieren wie auch vorhersehbare Reaktionsabläufe im Sinne der Festigung der Kompetenzerfahrung bei zwischenmenschlichen Interaktionen, und – ebenso wesentlich – Überraschungen als Erweiterung von Kompetenz in einer entwicklungsfördernden Balance miteinander stehen. Wenn bei Menschen von Geburt an ein Beziehungsstreben – Suchen nach Blickkontakt, mimische Imitation, alterzentrische Partizipation, emotionales Gedächtnis – zu beobachten ist, das durch eine offenkundige Zweckfreiheit, die keiner anderen Erklärung oder Motivation bedarf, gekennzeichnet ist, dann können wir analog zur Funktionslust beim Spiel von Beziehungslust bei zwischenmenschlichem freiwilligem Verhalten sprechen. Obgleich die Motivation in dem Beziehungsgeschehen an sich liegt und keiner anderen Begründung bedarf, so erfüllt sie doch ebenso wie das Spiel vielfältige Funktionen.

Empfangen und Senden von Beziehungssignalen und das Erleben von Verbindung ist unabdingbar für die menschliche Entwicklung und auch das Spiel ist weitgehend in zwischenmenschliche Beziehungen eingeordnet. Meltzoff und Moore (1998) konnten empirisch nachweisen, dass das Interesse und die Manipulation von Kleinstkindern an technischem Spielzeug von einem menschlichen Spielpartner abhängt. Über Beziehung werden spielerische Bewegungskoordination, Wahrnehmen, zirkuläre Abläufe von Anregung und Entspannung, Neugier, Regeln, identifikatorische Handlungsabläufe im Rollenspiel, Üben und Lernen von globalen bis differenzierteren Prozessen in intersubjektiven Zusammenhängen angeregt. Buck und Ginsburg (1991) gehen sogar von der These aus, dass jedem Organismus bzw. jeder Zelle ein kommunikatives Gen innewohnt, damit Leben überhaupt funktioniert.

Beziehungslust stellt einen Erklärungshintergrund dafür dar, mit welcher Kraft die Aktualisierungstendenz in Richtung sozialer Kompetenzen wirksam wird. Dies erklärt auch, welches Leid entsteht, wenn hier Defizite oder Störfaktoren auftreten, die Entwicklung und Entfaltung behindern, bzw. – in der Terminologie von Rogers – wenn Erhaltung statt Entfaltung dominiert. Spezifisch – insbesondere störungsspezifisch – ergibt sich hier eine komplexe Vielfalt unterschiedlicher Bereiche, die sich entweder zu wenig oder zu einseitig entfalten oder auch hochdifferenziert in einem prägenden Kontext stattgefunden haben und dementsprechend in anderen Lebens- und Beziehungszusammenhängen weniger tragfähig sind. Und weiter – und hiermit kommen wir zu einer grundsätzlich im Personenzentrierten Ansatz verankerten Störungsauffassung – dass Menschen gemäß der Beziehungslust sich so entwickeln, wie es für sie in einem vorgegebenen sozialen Umfeld bestmöglich und sinnvoll war. Niemand kann auf allen Gebieten gleichermaßen hochbegabt sein und diese Begabung bis zur Höchstform entwickeln. Unter überfordernden Bedingungen werden Prioritäten gesetzt, die zwangsläufig zur Vernachlässigung anderer Bereiche führen. Wir müssen also damit rechnen, dass es immer wieder Menschen gibt, bei welchen es mit der Beziehungslust – gleichgültig ob auf der Sender- oder Empfängerseite – zu irgend einem Zeitpunkt und in mehr oder weniger marginalen oder mehr oder weniger lebensbestimmenden Bereichen nicht angemessen gelaufen ist.

Die Beziehungslust beinhaltet Verbindung und Austausch als lebensnotwendige Grundbedingung. Sie vollzieht sich beispielhaft im kindlichen Alltag in endlosen Variationen von Unterscheidung und Übereinstimmung von Erfahrungen. Sie pendelt zwischen Erfüllung von Erwartungen bis hin zu Redundanz als entlastende positive Kompetenzerfahrung und weiter bis zu Langeweile und bis zu Überraschungen als Erweiterung von Kompetenz.

Übertragen auf die therapeutische Situation bedeutet das: Allgemein menschliches empathisches Verstehen entspricht gegebenenfalls positiv der Erwartung. Darüber hinausgehendes störungsspezifisches empathisches Verstehen des individuell anderen entspricht der Überraschung, dem Neuen. Es bewegt sich nicht im erwarteten kommunikativen Schema. Sein Inhalt ist jeweils störungs- bzw. personabhängig. Solches Verstehen kann zu einer Erweiterung der Differenzierungskompetenz, d. h. zu Entwicklung, Entfaltung und Veränderung, führen.

Im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen sind die Erfüllung von Erwartungen und die Vorhersagbarkeit wechselseitigen Fühlens, Denkens und Verhaltens eine erlebnismäßige Notwendigkeit im Sinne von „normal“. Dies sichert emotionale Zugehörigkeit, Stabilität und Steuerung. Damit wird potenziell Entwicklung, aber nicht unbedingt *Veränderung* ermöglicht. Das eigene Bezugssystem beinhaltet „normalerweise“ Verständnis, wie Menschen im jeweiligen Bezugsfeld fühlen, denken und handeln (d. h. wie ich

es tue; wie die meisten Menschen, die ich kenne, es tun usw.). Veränderung hingegen kann dann eintreten, wenn ein Verhalten sich außerhalb der üblichen Erwartung bewegt als Entwicklungsanstoß oder als Irritation. Die problematischen Entwicklungen beim autistischen Kind, die durch interpersonelle Schwierigkeiten begründet sind, wurden von Hobson (1993) sorgfältig untersucht und beleuchten von anderer Seite die essentielle Bedeutung des Beziehungsgeschehens. Beziehungen und Begegnungen erfüllen die Funktion wechselseitiger Differenzierung, Gewichtung von Erlebnisbereichen und ihrer Integration. Differenzierungsprozesse sind Entfaltungsprozesse, die nicht notwendigerweise – wie etwa kognitive Klärungsprozesse – auf konkrete Ergebnisse oder Ziele gerichtet sind, mit deren Erreichung sie zum Abschluss kommen.

Diagnosen und störungsspezifisches Verstehen

Diagnosen als therapeutische Leitlinien sind das Ergebnis von Messungen und abwägendem, klärendem Bewerten von Symptomen oder Symptomgruppen. Störungsspezifische Verstehensansätze stellen den Versuch dar, über spontan Vertrautes hinaus auch zu einem differenzierteren Zugang zu Erleben zu finden, das sich weder dem Betroffenen noch seinem Gegenüber unmittelbar erschließt, sondern erst über gemeinsame Erarbeitung oder auch Umwege bzw. Analogien – Störungserfahrung, Störungswissen, Forschung, Lehre, Supervision etc. – zugänglich und vertraut genug wird, um verstanden zu werden. Hiermit verliert der pure Störungsblick seine Dominanz und wird integrierbar. Wenn man z. B. viele Menschen mit drei Augen kennt, starrt man weder wie gebannt auf dieses Merkmal, noch blendet man es aus, weil es so ungewohnt ist. Durch Vertrautheit mit den gestörten Bereichen wird es erst möglich, einen offenen Blick auf die Person in allen ihren Facetten und Besonderheiten zu haben.

Auf dem hier geschilderten Hintergrund komme ich somit zur Ausgangsfrage zurück: Wie bewerten wir die hier betrachteten beiden unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen? Die eine ist geleitet von störungsspezifischen Verstehensprozessen im therapeutischen Beziehungsgeschehen, die andere orientiert an diagnostischen Einstellungen. Wir gehen davon aus, dass beide Vorgehensweisen – gleichgültig, zu welcher man persönlich tendieren mag – im Rahmen therapeutischer Ethik beheimatet sind, d. h. auf das vom Patienten vorgegebene Anliegen, sein Leid zu verringern, gerichtet sind. Es kommt sowohl bei den diagnostischen Einstellungen wie bei störungsspezifischen Verstehensprozessen immer darauf an, wie, wann und wozu Diagnosen verstanden bzw. verwendet werden. In den beiden folgenden Tabellen sollen dazu Sinn und Unsinn bei der Verwendung von Diagnosen im Personenzentrierten Ansatz stichwortartig aufgezeigt werden.

Tab. 1: Therapeutischer Sinn und Unsinn von Diagnosen im Personzentrierten Ansatz

Wann Diagnosen kontraindiziert sind	Wann Diagnosen hilfreich sind
Diagnosen als Gesamturteil	Diagnosen als Begriff einer Zustandsbeschreibung innerhalb eines komplexen Gefüges
Diagnosen mit Absolutheitsanspruch und Endgültigkeitscharakter	Diagnostisches Wissen im Sinne professioneller Verantwortlichkeit zum Schutz des Patienten
Diagnosen als feststehende Erklärungen	Diagnosen als Sensibilisierungshilfe für empathische Verstehensprozesse, indem sie im Bezugssystem des Therapeuten im Sinne einer Familienähnlichkeit Vertrautes aktivieren, statt Irritationen auszulösen
Diagnosen als Ausgangspunkt für wissenschaftlich belegte Indikationsstellung und Behandlungsplanung	Diagnosen als Festigung eines Arbeitsbündnisses und zur Vermittlung notwendiger Informationen; Diagnosen zur Enttabuisierung peinlicher Geheimnisse
Diagnosen als Kernvariable einer Person mit zwangsläufigen Konsequenzen	Diagnosen zur Aufrechterhaltung eines Zugehörigkeitsgefühls (man kennt es; es hat einen Namen, ich bin nicht der einzige)
Diagnosen als Endpunkt von Verstehens- und Suchprozessen	Diagnosen als Strukturierungshilfe und Hoffnungsträger (es hat einen Grund, eine Geschichte, eine Entwicklung; es scheint Menschen zu geben, die es wenigstens ein bisschen verstehen)
Diagnosen als überdauernder Missstand oder zu korrigierender Fehler. Diagnosen als Entindividualisierung zu Gunsten einer Reduzierung auf die Zugehörigkeit zu einer Minorität, die durch als zentral geltende Typisierungen charakterisiert wird	Diagnosen als einfühlbare Besonderheit einer konkreten, individuellen Persönlichkeit

Tab. 2: Diagnosen zum Schutz des Therapeuten im Personzentrierten Ansatz

Wann Diagnosen kontraindiziert sind	Wann Diagnosen hilfreich sind
Aufrechterhaltung einer professionellen Expertenrolle Schutz vor eigener emotionaler Betroffenheit Erhaltung sicherer geschlossener Systeme	Vermeidung von personal distress durch unrealistische Erwartungen Aufrechterhaltung von Suchprozessen im empathischen Verstehen Differenzierung und Angstfreiheit im Umgang mit Neuem, Fremdem

Zusammenfassend und salopp ausgedrückt lässt sich also sagen: Diagnosen, die im durchschauenden Sinne von „ha, erwischt“ erstellt werden, stehen in krassen Gegensatz zu unserem Ansatz. Diagnosen, die sich dem Therapeuten im Prozess durch den Patienten vermitteln im Sinne eines erkennenden „ach so“ bis hin zu „na, klar“ sind durchaus kompatibel.

Störungsspezifische empathische Verstehensprozesse sind nicht an einem sich aus einer bestimmten Diagnose zwangsläufig ergebenden Behandlungsplan orientiert. Sie gehen sehr wohl mit flexiblen Hypothesen, die einen Namen haben – also auch *Diagnosen* beinhalten – einher. Es sind Diagnosen, die das empathische Verstehen erweitern und präzisieren. Sie ermöglichen Verstehen auch und eben da, wo etwas im außertherapeutischen Rahmen und auch im Selbstverständnis des Betroffenen wenig Berücksichtigung findet. Hierbei ist das Ziel nicht ein abgeschlossenes Ergebnis, sondern eine Differenzierung, eine Integration und relativierende Normalisierung. Menschen, die an Depressionen, Ängsten, Zwängen usw.

leiden, gehören dann zu der Gruppe „wie viele Menschen, die mir in dieser und jener Hinsicht als besonders dies und das bekannt sind.“

Empathisches Verstehen bezieht sich auf etwas zu Verstehendes, d.h. es vollzieht sich ebenso wie in außertherapeutischen Bereichen analog der Erfahrung, mit der man dazu gekommen ist, von etwas her etwas anderes zu verstehen. Plump ausgedrückt: Wir können je nach Begabung, Interesse oder Anforderung anstreben, unseren Erfahrungshintergrund so zu erweitern, dass sich unsere Fähigkeit zu empathischem Verstehen in eine bestimmte Richtung erhöht; dies können Berufsgruppen, Religionsgemeinschaften, Ethnien, Altersgruppen, Geschlechtszugehörigkeit, Entwicklungsstand oder eben auch spezifische psychische Störungen sein, die wir wiederum in bestimmte Gruppierungen aufteilen können.

Beobachtbare Phänomene ausreichend übereinstimmend benennen zu können ist für Forschung, Wissenschaft und Lehre ein unabdingbarer erster Schritt. Mit der Benennung und Beschreibung von Phänomenen, die von üblichen Erwartungen abweichen, aber

dennoch nach übereinstimmenden Kriterien einzuordnen sind, ist eine Kommunikationsbasis über einen Forschungsgegenstand geschaffen. Wenn Phänomene einen Namen haben, der Experten bekannt ist und diesen eine sinnvolle Ausgangsbasis für Handlungen bietet, dann ist das notwendige Bedürfnis nach Sicherheit und Sinn bestimmter Maßnahmen in entsprechenden Lebenszusammenhängen gewährleistet. So z. B. genügt vielen die Tatsache, dass der Pilot und der Mechaniker wissen und verstehen, was sie tun, um keine Angst zu haben, dass das Flugzeug abstürzt. Wenn Phänomene einen Namen haben, dann können sie Gegenstand eines interaktionellen Dialoges werden, mit allen möglichen Qualitäten eines solchen. Sie können eine wechselseitige Kompetenzerfahrung ermöglichen, etwa in der Abfolge: ich kann mich verständlich machen – ich werde verstanden – ich verstehe selbst. Hiermit entsteht ein Erkenntnisgewinn innerhalb eines sozialen Gefüges. Ein solcher Dialog wird in sich als sinnstiftend erlebt. Er beinhaltet Annäherung und Verbindung ebenso wie Differenzierung und Abgrenzung. Er bietet eine Erweiterung selbstbezogener und intersubjektiver Erlebensmöglichkeiten in bestimmten Bereichen. Benennbare Phänomene pflegen sich auf spezifische Bereiche zu beziehen; damit können sie Inhalt einer Beziehung werden. Inhalte sind nicht beliebig: Sie beziehen sich auf bestimmte Bereiche und Themen, sie haben mehr oder weniger klare Begrenzungen, Entstehungsgeschichten und Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb von zeitlichen Zusammenhängen.

Hilfreiches störungsspezifisches Wissen

Der legitime Anspruch eines Menschen, der in einem bestimmten Leidens- bzw. Problembereich nicht mehr mit seinen eigenen affektiven, kognitiven und sozialen Lösungsstrategien zum Ziel kommt und deshalb professionelle Hilfe sucht, ist Hilfe. Der Anspruch, dass diese Hilfe so angenehm wie möglich erfolgen soll, ist hierbei ebenso nachvollziehbar wie der Anspruch, dass die Hilfe so effektiv und kompetent, wie es dem gegenwärtigen Fachwissen entsprechend möglich ist, geleistet wird.

Aufgrund des Leidensdruckes verhalten sich Patienten zumindest zu Beginn meist „störungszentriert“. Es besteht sicherlich kein Zweifel darüber, dass wir unseren Patienten glauben sollen, ohne sie deshalb auf ihre Aussagen zu reduzieren oder uns sofort berufen zu fühlen, diese zu relativieren, weil sie vielleicht schwer auszuhalten sind oder unserem jeweiligen therapeutischen Ansatz nicht entsprechen. Hierzu ein Beispiel: Eine junge Kollegin arbeitete mit einer Patientin, die sich als völlig antriebslos, entscheidungsunfähig und lebensuntüchtig beschrieb und klagte, dass sie fast nur noch verzweifelt grübelnd im Bett liege und nichts geregelt bekomme. In der Supervision berichtete die Kollegin, dass es in einer Therapiestunde während des laufenden depressiven Klagens der Klientin

plötzlich einen gewaltigen Knall gab und riesige Wassermassen ins Zimmer strömten. Ein 80 Liter Wasser fassender Boiler war aus der Wand gebrochen. Während die Therapeutin noch im Schreck erstarrt war, sprang die Patientin auf, stellte das Wasser ab und übernahm hoch kompetent die Leitung der Schadensbekämpfung. Die junge Kollegin war dankbar und froh über die tätige Hilfe, aber gleichzeitig fühlte sie sich auch von der Klientin verwirrt und betrogen. Auf die erstaunt lobende Aussage der Therapeutin: „Aber Sie sind doch supertüchtig!“, antwortete die Patientin etwas schnippisch: „Ach ja, ich kann auch mit Messer und Gabel essen.“

Mit ähnlich abweisenden Antworten oder auch mit geduldigem, doch sichtbar genervtem Schweigen müssen Therapeuten rechnen, die in der guten Absicht, ressourcenorientiert zu sein, mit Sätzen wie „Ja, aber Sie haben es doch geschafft, hier her zu kommen“ agieren. Der jungen Kollegin hat es noch an störungsspezifischer Erfahrung gefehlt, sie hat die Äußerungen der Patientin nicht bereicherspezifisch – als Antriebsverlust in Bezug auf alle selbstbezogenen Motive – verstanden, sondern global für bare Münze gehalten. Ich persönlich habe in über 35 Jahren noch von keinem depressiven Menschen gehört, dass er die Katze nicht mehr füttern kann, sehr wohl aber, dass etwa Haare waschen unendlich schwer fällt.

Ein störungsspezifischer empathischer Verstehensansatz ist erforderlich, um Merkmale einer konstruktiven Beziehung aufrecht zu erhalten. In unserem Beispiel ginge es demnach darum, sich zwar positiv zu äußern, aber nicht maßlos zu wundern. Störungsspezifische Verstehensprozesse sind wichtig, um eine Suchrichtung bei den Verstehensbemühungen einschlagen zu können und damit schneller, spontaner und präziser verstehen zu können. Wenn man z. B. Pilze sucht, ist es ungünstig, im Hauptbahnhof anzufangen. Allein dadurch, dass man weiß, wo sie wachsen könnten, hat man sie aber auch noch lange nicht gefunden. Und wenn man denn einen gefunden hat, hilft das Pilzbestimmungsbuch allein oft auch nicht weiter, und selbst wenn, hat man seinen Korb noch lange nicht voll. Das Pilzbestimmungsbuch kann – analog zu rein theoretischem klinischem Wissen – zwar zu unmittelbaren Bestimmungen führen, die aber im Falle von Pilzen eventuell auch zu fatalen Folgen führen können.

Zurück zu unserem Beispiel mit dem Wasserboiler. Ein störungsspezifischer empathischer Ansatz ermöglicht es, zu verstehen, dass etwa Depressive bei Katastrophen und Kriseneinsätzen auf einmal wieder selbstverständlich funktionieren, so „als ob nichts wäre“, ohne längeres Denken, ob man denn die Kraft oder das Selbstvertrauen oder auch nur so etwas wie einen eigenen Willen habe. Dies bedeutet, zu verstehen, dass die positive Überraschung einerseits ganz „normal“, aber trotzdem auch wegweisend, aber dennoch wiederum nicht verpflichtend ist.

Bei Diagnosen im psychotherapeutischen Bereich erweisen sich diejenigen, die einen Sammelbegriff für das darstellen, was

Patienten uns vermitteln, als zwar relativ banal und als solches nicht erkenntnisreich, aber zumindest als problemlos und sogar entlastend. Hierzu ein Zitat einer Patientin: „Ich war richtig froh, als Dr. V. gesagt hat, ich hätte eine Depression. Wenn es einen Namen hat, dann kann und muss ich damit umgehen. Dann ist es wenigstens keine Anstellerei, und ich bin nicht nur faul und böse.“ Nach meiner Erfahrung sind störungsspezifische empathische Verstehensprozesse, die Diagnosen beinhalten, durchaus kommunizierbar und konstruktiv nutzbar. Hierzu noch ein Zitat: „Es kann mir doch egal sein, ob man es Schizophrenie nennt. Wie es sich anfühlt, wissen wir beide sowieso am besten.“

Wenn man Störungen als Depression, Phobie, Zwang, Anorexie usw. benennen kann, beinhaltet das jedoch noch lange nicht, dass man es versteht oder weiß, wie es sich anfühlt. Problematisch sind Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen, wenn sie nicht Zustände oder Reaktionen beschreiben, sondern bewertend die Person in einer Weise betreffen, die nicht nachvollziehbar oder erlebbar ist. Dass wir Diagnosen, die Persönlichkeitsstörungen oder psychiatrische Erkrankungen beinhalten, brauchen, ist für den wissenschaftlichen Diskurs, für Fortbildung und empirische Untersuchungen unabdingbar. Im therapeutischen Prozess müssen sie aber Prozesscharakter behalten und können dann für den Therapeuten hilfreich sein als vertraute Hypothesen, die ihn vor destruktiven Erwartungen schützen und seine Intuition verbessern können.

Störungsspezifisches Verstehen geht weit über Alltags-Empathie hinaus

Störungsspezifisches empathisches Verstehen und seine Kommunikation und die hierauf beruhende Beziehungsgestaltung sind um so relevanter, je lebensbestimmender die gestörten Bereiche sind. D. h. eben da, wo eine Störung dominant wird, ist ein umfassenderes und präziseres störungsspezifisches empathisches Verstehen erforderlich, weil eben da die Alltagsempathie und damit konstruktive soziale Erfahrungen am deutlichsten zusammen brechen.

Empathisches Verstehen vollzieht sich im Rahmen des eigenen Bezugssystems. Dieses geht dabei vom eigenen Erleben („wie ich“), vom allgemein als üblich Erwarteten („wie alle Menschen“) oder von dem als prototypisch Vertrauten („wie meine Mutter“, „wie die Chinesen“) aus. Wer nun in bestimmten Bereichen störungs- oder auch situationsbedingt davon abweicht, wird kontinuierlich falsch oder gar nicht verstanden, und neigt seinerseits dazu, kontinuierlich in den entsprechenden Bereichen falsch oder gar nicht zu verstehen bzw. sich verständlich zu machen. Falsches Verstehen ist umso wahrscheinlicher, je geschlossener und fixierter das Bezugssystem ist. Bei rigidem Falsch-Verstehen kommt der Prozess vorzeitig zum Abschluss. Ein konstruktiver interpersoneller Dialog ist nicht mehr möglich; die Beziehungserfahrung ist nicht mehr verbindend und entwicklungsfördernd, sondern

ausgrenzend bis katastrophal. Bei Nicht-Verstehen kommt der Prozess ebenfalls vorzeitig zum Abschluss, wenn das (mangelnde) Interesse oder die Situation erlauben, dass man die Angelegenheit auf sich beruhen lässt. Der Effekt kann dann relativ neutral bleiben. Es kann aber auch zu weiteren Suchprozessen kommen, mit dem für beide Partner entwicklungsfördernden Ziel einer Verstehensannäherung. Dies kann dann zu einem fortlaufenden (endlosen) intersubjektiven Prozess mit wechselseitigem Entwicklungszuwachs und Gewinn von Beziehungslust im angestrebten Bereich führen.

Psychotherapie hat ihrem Wesen nach den Auftrag, sich mit krankheitswertigen Störungen und deren Veränderung zu befassen. Es ist das legitime Anliegen von Patienten, sich an den Psychotherapeuten, mit dem sie ein Arbeitsbündnis eingehen, als *Störungsexperten* zu wenden. Dieses Unternehmen setzt eine zwischenmenschliche Beziehung voraus, die je nach Theorie, Menschenbild, Auffassungen von kurativen Methoden, Störungsentstehungsgeschichten, Zielvorstellungen etc. gestaltet wird. Störungswissen – theoretisch abgeleitet oder empirisch bzw. erfahrungsbezogen gewonnen – kommt oft zu Übereinstimmungen, die gewinnbringend und erkenntnisfördernd sind. Hierdurch entstehen formale Ähnlichkeiten, die in einzelnen Sequenzen den Blick für grundsätzlich unterschiedliche Vorgehensweisen und deren Bedeutung verwischen können.

Daraus ergibt sich für die Personzentrierte Psychotherapie eine notwendige Unterscheidung von „Alltagsempathie“ und „therapeutischer Empathie“ (empathisches Verstehen, empathische Prozesse, Kommunikation von Empathie) als zentrales Veränderungsagens im psychotherapeutischen Prozess. Diese ist ein prosoziales, emotional-affektives bzw. sozioemotionales Bezugssystem für die Wahrnehmung, das Erfassen und das Verstehen der Klientin, des Klienten. Es umfasst deren phänomenale Welt, d. h. ihr Erleben, die Inhalte und Bereiche, die Bedeutungen und Funktionen, die Verursachungszusammenhänge, ihre Geschichte usw. und daraus resultierend die für das therapeutische Handeln relevanten Veränderungsbedingungen (Binder & Binder, 2001).

Stellen wir noch einmal abschließend diagnosegeleitete Einstellungen und störungsspezifische empathische Verstehensprozesse im Personzentrierten Ansatz gegenüber:

Diagnosegeleitete Einstellungen sind durch folgende Grundsätze gekennzeichnet:

- Störungswissen an Stelle von Empathie
- Oberstes Ziel sind Klärungsprozesse
- Diagnosen sind vor Beginn der Therapie als Wegweiser für therapeutische Interventionen, Erwartungen und Einstellungen zu erheben; die daraus abgeleiteten therapeutischen Strategien erheben den Anspruch auf Objektivität in bezug auf die Effekte
- Messbare Erfolge sind additiv anwendbar

Demgegenüber sind störungsspezifische empathische Verstehensprozesse von folgenden Grundsätzen geprägt:

- Störungswissen steht im Dienste von Empathie
- Oberstes Ziel sind konstruktive Beziehungserfahrungen
- Diagnosen sind Begriffe für bestimmte Zustände im Prozess, die nicht vom Therapeuten erhoben, sondern vom Klienten vermittelt werden
- Phänomenologische Erkenntnisse sind eine lohnende Suchrichtung
- Therapeutische Verstehensprozesse sind im Prinzip abhängig von beiden beteiligten Personen und damit als intersubjektiv intendiert

Störungsspezifische empathische Verstehensprozesse im Personenzentrierten Ansatz werden dem Anliegen des Patienten – in seinen gestörten bzw. abweichenden, schwer zugänglichen Bereichen verständlich zu sein – gerecht, ohne der Begegnung ihre Einmaligkeit und den Charakter eines gemeinsamen Prozesses zu nehmen. Störungsspezifische Verstehensprozesse fördern Individualität. Sie stellen den Patienten mit all seinen relevanten Erfahrungen und Erlebensbereichen in das Zentrum einer Beziehung, in der er geschützt ist. Diagnosegeleitete Einstellungen entindividualisieren den Patienten und schützen den Therapeuten, in dem sie diesem ein relativ geschlossenes Bezugssystem und Handlungsrepertoire gewährleisten.

Weder verstehen wir alles – noch wissen wir gar nichts. Aber mit Sicherheit wissen wir bis auf Weiteres viel zu wenig.

Literatur

- Binder, U. & Binder, J. (2001). A theoretical approach to empathy. In S. Haugh & T. Merry (Eds.) (2001). *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 2: Empathy* (pp.163–180). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Buck, R. & Ginsburg, B. (1991). Emotional communication and altruism: The communicative gene hypothesis. In M. Clark (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology*, 12 (pp. 149–175). Newbury Park, CA: Sage.
- Hobson, R.P. (1992/1997). *Autism and the development of mind*. Hove (UK): Psychology Press.
- Meltzoff, A.N. & Moore, M.K. (1998). Infant intersubjectivity: Broadening the dialogue to include imitation, identity and intention. In S. Braten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp.47–62). Cambridge: Cambridge University Press.
- Oerter, R. (1999). *Psychologie des Spiels*. Weinheim: Beltz.

Autorin:

Ute Binder war eine der bedeutendsten Theoretikerinnen und Praktikerinnen der Personenzentrierten Psychotherapie. Schwerpunkte ihrer Arbeit waren die Empathieforschung und die Arbeit mit psychisch schwer beeinträchtigten Personen.