

Christian Brandt & Klaus Heinerth

Symbolisierungsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung

Zusammenfassung: Die Inkongruenz einer Person kann zwischen verschiedenen Erfahrungsbereichen variieren. Für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen wurden in klientenzentrierten Therapien charakteristische Inkongruenzkonstellationen aufgezeigt, bei denen relevante Bereiche organismischer Erfahrung weitgehend von der Selbsterfahrung ausgeschlossen erscheinen, während andere Erfahrungsbereiche ausreichend symbolisiert wirken. Teilbereiche der organismischen Erfahrung sind in diesem Fall für die Selbsterfahrung versperrt. Als Grundlage werden chronische Störungen bei der Symbolisierung von Erfahrung vermutet. In einer klinischen Pilotstudie sollten an einer Stichprobe emotional instabiler Jugendlicher die angenommenen Versperrungen der selbstbezogenen Symbolisierung aufgezeigt werden. Das Muster der empirisch gefundenen Daten unterstützt das theoretische Konstrukt und zeigt Aspekte des klientenzentrierten Verständnisses der Borderlinepathologie auf.

Stichwörter: Inkongruenz; Borderline-Persönlichkeitsstörung; versperrte Symbolisierung

Abstract: Dysfunctions in symbolization-processes and Borderline-personality-disorder. *The incongruence of a person may vary between different domains of experience. In person-centered therapies characteristic forms of incongruence were found for personality-disorders: some important domains of organismic experience seem to be nearly excluded from self-experience, while others seem to be accurately symbolized. Parts of organismic experience, in other words, seem to be "blocked". This is explained by chronic dysfunctions of symbolization-processes. In a first clinical study the assumed gaps of self-focused symbolization should be shown in a sample of adolescents with signs of Borderline-personality-disorder. The empirical results give support to the theory and help to understand BPD in a person-centered way.*

Keywords: *Incongruence; Borderline-personality-disorder; "blocked" symbolization*

I. Ableitung der Hypothesen

Die Hypothesen der hier vorgestellten Untersuchung (Brandt, 2005) wurden aus einem komplexen theoretischen Konstrukt zur Erlebnisverarbeitung abgeleitet, das im klientenzentrierten Diskurs aus der therapeutischen Praxis rekonstruiert wurde (vgl. Rogers, 1951/1983; 1959/1987; Biermann-Ratjen et al., 2003; Heinerth, 1997; 2002; 2003). In klientenzentrierten Therapieprozessen zeigen sich deutliche Unterschiede, inwieweit eine Person es vermag, ihre eigene organismische Erfahrung als Selbsterfahrung zu verstehen. Die Unterschiede tauchen dabei nicht nur zwischen verschiedenen Personen auf, sondern auch zwischen verschiedenen Bereichen organismischer Erfahrung. So kann eine Person beispielsweise eine gute Selbstexploration im Bereich expansiver Bedürfnisse, aber wenig Selbstverstehen für bindungsrelevante Erfahrungen aufweisen. Die Inkongruenz einer Person variiert in diesem Sinn über verschiedene Erfahrungsbereiche.

Ausgangspunkt der untersuchten Hypothesen ist die therapeutische Beobachtung, dass Personen in bestimmten Erfahrungsbereichen eine besonders stabile, umfassende und tiefgehende Inkongruenz aufweisen können, mit der kein intrapersonales Inkongruenzerleben der Betroffenen korrespondiert (Heinerth, 1997; 2002; Ehlers, 2002). Die Beobachtung zeigt, dass der Selbstexploration einer Person diese Bereiche nicht spontan zugänglich sind, sie erscheinen – obwohl organismisch bei dieser Person offenbar gegeben – für die Selbsterfahrung „versperrt“ (Heinerth, 2002). Es wirkt so, als sei die organismische Erfahrung dieses Bereichs von den selbstbezogenen Symbolisierungsprozessen einer Person, ihrer Selbstaktualisierung, generell ausgeschlossen.

Heinerth wählt bei der theoretischen Rekonstruktion dieses Phänomens als Basismetapher das Bild des *Erfahrungsraums*: „Das Selbstkonzept kann als ein Haus gedacht werden, das, obwohl schon vorhanden, mit seinen verschiedenen Räumen bewohnt, das heißt in zwei Schritten erst betreten und dann eingerichtet werden muss.“

Das Selbstkonzept hat viele Räume, die den Grunderfahrungen des Menschen entsprechen, nämlich seinen Bedürfnissen und ihren Befriedigungen. Die Räume haben Bezeichnungen wie Bindungserfahrung, Aggressionserfahrung, die Erfahrung richtig zu sein etc.

Manche Räume sind, obgleich sie vorhanden sind, nicht zugänglich, weil sie keinen Namen haben. Sie haben keinen Namen, weil sie bisher nicht betreten wurden.

Sie werden nicht betreten, weil sie unbekannt und bedrohlich sind, und weil es keinen Führer gibt, mit dem zusammen man einen solchen Raum explorieren könnte, der Phänomene, Begriffe und Zusammenhänge benennt. So bleiben sie unzugänglich, versperrt, obgleich ein dumpfes Bewusstsein davon besteht, dass sie existieren, allein schon deshalb, weil andere von ihren Häusern berichten, in denen es solche Räume gibt. Diese unzugänglichen Räume entsprechen den versperrten Symbolisierungen“ (Heinerth, 2002, S. 153).

Reale Inkongruenz

Als Folge fehlender Symbolisierung kann der Fall eintreten, dass mit einem interpersonal wahrnehmbaren Affektzustand einer Person keine Selbsterfahrung der organismischen Erfahrung durch diese Person korrespondiert. Rogers beschreibt einen solchen Fall als „reale Inkongruenz“ (Rogers, 1961/2002, S. 330). Die gegebene organismische Erfahrung wird in dieser Inkongruenzkonstellation nicht falsch oder verzerrt in die Selbsterfahrung übertragen, sie ist vom Selbstaktualisierungsprozess ausgeschlossen. Die Inkongruenz zwischen Erfahrung und Selbsterfahrung ist bei dieser Konstellation so vollständig, dass die Person ihrer nicht gewahr werden kann; sie manifestiert sich jedoch personal als „spezifische Reaktionsbereitschaft beziehungsweise Störanfälligkeit“ (Finke, 1994, S. 108). Psychopathologisch erscheinen solche „spezifischen Reaktionsbereitschaften“ als Symptome gestörten Erlebens. Im klientenzentrierten Verständnis handelt es sich um affektiv spezifizierte Verhaltensbereitschaften, deren Besonderheit darin liegt, dass sie „durch organische Bedürfnisse und Erfahrungen verursacht werden, die nicht symbolisiert wurden“ (Rogers, 1951/1983, S. 439). Wird eine solche Aktionsbereitschaft in tatsächliches Verhalten umgesetzt, das durch die nicht symbolisierte organismische Erfahrung organisiert ist, erscheint die entsprechende Verhaltenssequenz „vom Selbstkonzept losgelöst“ (ebd.) zu sein und außerhalb intentionaler Kontrolle zu stehen. Es ist dem Individuum „nicht zu eigen“ (ebd.). Im Selbsterleben der Person kann kein Gewahrsein der organismischen Information entstehen, auf deren Grundlage der desintegrierte und ausagierte Aktionsimpuls verständlich würde. Die organismische Aktualisierungstendenz, als deren Ausdruck die Aktionsimpulse zu verstehen sind, bleibt bezüglich der symptomatischen Impulse ohne Symbolisierung und ist so von der Selbsterfahrung abgetrennt. Eine solche Inkongruenz-Konstellation lässt sich als Dissoziation zwischen Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungsprozess verstehen

(Höger, 1993) und wird von einer „konflikthafter“ oder „sekundären“ Inkongruenz unterschieden (Biermann-Ratjen & Swildens, 1993).

Versperrte Symbolisierung

Betrachtet man die Selbstaktualisierung heuristisch vereinfacht als Übertragungsprozess von Erfahrung in Selbsterfahrung, ist dieser Prozess im Fall konflikthafter Inkongruenz verzerrt, im Fall einer Dissoziation versperrt. Im ersten Fall weicht die im Selbstkonzept repräsentierte Bedeutung einer Erfahrung von der organismischen Repräsentation dieser Erfahrung ab, die selbstbezogene Repräsentation ist in Relation zur organismischen Bewertung verzerrt (Heinerth, 2002; Biermann-Ratjen et al., 2003). Im Fall einer Versperrung korrespondiert mit einer prinzipiell symbolisierungsfähigen und relevanten organismischen Erfahrung demgegenüber weder eine korrekte, noch eine verzerrte, sondern keine Selbsterfahrung (Heinerth, 2002; 2003).

Wie lassen sich entsprechende Ausfälle der Selbsterfahrung einer Person theoretisch begründen? Rogers unterscheidet hierzu zunächst zwei Aspekte eines Widerspruchs von Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungstendenz (Rogers, 1951/1983):

- Organismische Information bleibt ohne selbstbezogenes Wissen,
- Selbstannahmen erfolgen ohne organismische Fundierung.

Hinsichtlich des Übertragungsprozesses von Erfahrung in Selbsterfahrung handelt es sich im ersten Fall um einen falsch-negativen Fehler: die „Körpererfahrung“ enthält vieles, was nicht in der „Selbststruktur“ erscheint; im zweiten Fall um einen falsch-positiven: die Selbststruktur beinhaltet eine Bewusstheit von manchem, was organismisch nicht gegeben ist (vgl. Rogers, 1951/1983, S. 455).

Rogers versucht das Phänomen falsch-negativer Symbolisierung mit dem Begriff der „Leugnung“ von Erfahrung zu fassen (ebd., S. 434ff.), die Argumentation gerät dabei aber in Widersprüche. Auf der einen Seite wird Leugnung konsistenztheoretisch als Folge semantischer Unvereinbarkeit einer organismischen Information mit dem bestehenden Selbstkonzept verstanden, auf der anderen Seite gilt der falsch-negative Fehler als Ausdruck fehlender Symbolisierung.

Rogers muss für dieses Konzept unter Anlehnung an den Begriff der Subzeption die Möglichkeit einer präsymbolischen semantischen Analyse von Erfahrung diskutieren, die von der Selbststruktur ausgeht beziehungsweise auf das Selbstkonzept bezogen ist und die in der Lage ist, die Symbolisierung von Erfahrung zu verhindern (ebd., S. 437ff.). Gegenüber spezifischen semantischen Inhalten hat ein solches Konzept der „Wahrnehmungsverleugnung“ (Rogers, 1959/1987, S. 31) Plausibilität, wobei anzunehmen ist, dass in diesem Fall nicht die Symbolisierung als solche abgewehrt wird,

sondern die akkurate Integration der symbolisierten Erfahrung in die gegebene Selbststruktur und die Gewährerdung (Heinerth, 2002; Biermann-Ratjen et al., 2003). Die konstante Versperrung ganzer Erfahrungsbereiche oder Affektqualitäten scheint durch diesen bedeutungsbezogenen Mechanismus nicht erklärbar. Liegen generalisierte Ausfälle der Selbsterfahrung einer Person vor, lassen sie sich durch das von Heinerth entwickelte Erklärungsmodell schlüssiger begründen (Heinerth, 1997; 2002; 2003; Brandt, 2005).

Symbolisierungsfunktion

Im Zentrum des Modells stehen die klientenzentrierten Annahmen zur Symbolisierung von Erfahrung. Im Unterschied zum weiter gefassten Begriff der Repräsentation ist der im klientenzentrierten Diskurs verwendete Begriff Symbolisierung in jedem Fall an die Existenz einer Gruppe und ihres geteilten Zeichensystems gebunden. Die Symbolisierung integriert den bezeichneten Sachverhalt in ein System sozial geteilter Bedeutungen. Die im klientenzentrierten Modell vor allem interessierenden Sachverhalte sind die organismischen Erfahrungen einer Person. Als Ausgangspunkt dieser Erfahrungen werden organismische Bedürfnisse betrachtet; verschiedene Umwelten erzeugen aus diesen Bedürfnislagen affektiv verschieden ausgerichtete organismische Zustände und Aktionssimpulse. Die spezifische Relation Bedürfnis-Umwelt ist in diesem Sinn affektiv repräsentiert und liegt als organismische Erfahrung der Person vor (Heinerth, 1990). Die Übersetzung dieser Erfahrung in eine Selbsterfahrung und die Möglichkeit ihrer Gewährerdung sind an die Symbolisierung gekoppelt (Rogers, 1959/1987).

Rogers unterscheidet theoretisch zwischen der „Fähigkeit“ und der „Tendenz“ eines Individuums, Erfahrungen exakt im Gewährerdung zu symbolisieren (Rogers, 1959/1987, S. 59). Im klientenzentrierten Diskurs wurde wiederholt angemerkt, dass auf die Entwicklung dieser hochkomplexen Fähigkeit sehr verschiedene Kräfte einwirken. Zu nennen sind unter anderem konstitutionell-biologische Faktoren, verknüpft mit dem axiomatischen Begriff der „Aktualisierungstendenz“ (Rogers, 1959/1987, S. 21; vgl. auch Höger, 1993; Finke, 2004), und soziokulturelle Entwicklungsbedingungen, auf die aus klientenzentrierter Perspektive insbesondere Pfeiffer eingeht (Pfeiffer, 1989; 1994). Als dritter Faktorenkomplex steht im Zentrum des therapeutischen Ansatzes bekanntlich die erfahrene soziale Feinfühligkeit und Wertschätzung in signifikanten Beziehungen. Ungünstige Erfahrungen in diesem Bereich können im Sinne Speierers „sozialkommunikative Inkongruenzursachen“ sein (Speierer, 1995, S. 122). Das Differentielle Inkongruenzmodell grenzt diese bekanntlich von den „dispositionellen“ und den „lebensereignisbedingten“ Inkongruenzquellen ab (ebd., S. 123). Die Frage, in welchem Verhältnis diese Faktorenkomplexe auf die psychische Entwicklung einer Person und die Störungsgenese

einwirken, ist Gegenstand entwicklungspsychopathologischer Forschung (aktuelle Übersichten bei Blanz et al., 2006; Schlottke et al., 2005). Sicher ist, dass die Fähigkeit einer Person, ihre Erfahrung zu symbolisieren, sich nicht autark, ohne eine Phase „ko-konstruktiver“ sozialisatorischer Interaktion ausbilden kann (vgl. etwa Oerter & Noam, 1999; Lindesmith & Strauss, 1983). Die Beobachtungen der Bindungsforschung lassen darauf schließen, dass der Erfahrung ausreichender interaktiver Feinfühligkeit und angemessener begleitender Verbalisierung in den frühen Bindungsbeziehungen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung selbstregulativer und selbstrepräsentativer Kompetenzen zukommt (vgl. Grossmann & Grossmann, 2001).

Aus klientenzentrierter Sicht setzt die Möglichkeit selbstempathischer Symbolisierung organismischer Erfahrung Interaktionserfahrungen voraus, in denen die organismischen Signale empathisch aufgegriffen und verbal korrekt symbolisiert wurden (Heinerth, 2002, S. 152ff.). Die Symbolisierungsfunktion einer sich entwickelnden Person muss in diesem Sinn interaktiv angeleitet werden, damit im Entwicklungsverlauf selbstorganisierte Symbolisierungsprozesse möglich werden. Die grundlegenden Symbolisierungen erfolgen in der frühen Interaktion mit den Bindungspersonen (Höger, 1990; Biermann-Ratjen et al., 2003). Die selbstbezogene Symbolisierung der eigenen Erfahrung einer Person ist nur möglich, „wenn in der Ontogenese eine Empathie durch eine Bindungsperson dem Individuum geholfen hat, sich selbst zu verstehen“ (Heinerth, 2002, S. 157).

Differentielle Symbolisierungsfähigkeit

Das von Heinerth formulierte Modell postuliert, dass die Symbolisierungsfähigkeit einer Person sich, abhängig von den bedeutsamen Interaktionserfahrungen qualitativ unterschiedlich für verschiedene Erfahrungsbereiche entwickelt (Heinerth, 2002). Konstituiert werden die verschiedenen Erfahrungsräume durch wiederkehrende organismische Bedürfnislagen und die mit ihnen verknüpften Affekte. Unzureichende frühe Empathieerfahrung hinsichtlich eines bestimmten Erfahrungsraums kann dazu führen, dass dieser Erfahrungstyp später nicht selbstempathisch symbolisiert werden kann. Die entsprechenden organismischen Bedürfnis- und Affektlagen bleiben dann der Selbsterfahrung und der personalen Gewährerdung entzogen. Für andere Bereiche organismischer Erfahrung, die in der frühen Interaktion zureichend empathisch aufgegriffen wurden, kann sich dagegen bei der gleichen Person eine elaborierte Symbolisierungsfähigkeit entwickeln. Heinerth betrachtet die Symbolisierungsfähigkeit einer Person in diesem Sinn als eine personale Kompetenz, deren individuelles Profil sich in Zusammenhang mit den frühen Empathieerfahrungen differentiell über verschiedene Typen organismischer Erfahrung ausformt.

Auswirkungen auf die Selbstregulation

Versperrungen der Symbolisierungsfunktion im hier verstandenen Sinn sind Fähigkeitsausfälle, die die betroffenen organismischen Erfahrungsbereiche der Selbstexploration und der Gewährwerdung mit hoher Zeit- und Situationsstabilität entziehen. In dieser Form verringerte Offenheit einer Person für ihre eigene Erfahrung wird mit hoher Wahrscheinlichkeit ungünstige Auswirkungen auf deren Selbstregulation haben. Bereiche relevanter organismischer Erfahrung sind nicht in das personale Erleben integriert; die entsprechenden organismischen Informationen und Aktionsimpulse bleiben der Person unverständlich und sind für die intentionale Selbststeuerung nicht verfügbar. Für das Selbsterleben ist infolge dieser Konstellation unter anderem das Auftreten organismisch begründeter Spannungszustände zu erwarten, deren emotionale Bedeutung nicht entschlüsselt werden kann. Für die Selbstregulation kann ein Schwanken abgeleitet werden zwischen Kontrollverlustzuständen, in denen Impulse aus den desintegrierten Erfahrungsbereichen „durchbrechen“, und Zuständen organismisch nicht „rückgekoppelter“ intentionaler Selbststeuerung (Heinerth, 1997).

Heinerth betrachtet chronische Versperrungen des Symbolisierungsprozesses als grundlegendes Defizit persönlichkeitsgestörter Menschen, kasuistisch entwickelt und belegt wurde das Erklärungsmodell insbesondere in der therapeutischen Arbeit mit Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Heinerth, 1997; 2002). Es ist bekannt, dass bei der Pathogenese von Persönlichkeitsstörungen auch dispositionelle Faktoren und die Lebensereignisse der Person wirksam sind (vgl. Herpertz & Herpertz-Dahlmann, 2003, Herpertz & Saß, 2003, Herpertz-Dahlmann, 2003). Als störungsspezifisch werden im hier vorgestellten Ansatz die Defizite der Symbolisierungsfähigkeit angesehen. Die charakteristischen Störungen des Selbsterlebens und der Selbstregulation persönlichkeitsgestörter Menschen werden dabei als Folge einer chronisch beeinträchtigten Symbolisierungsfunktion verstanden. Im Zentrum steht die These, dass Bereiche organismischer Erfahrung bei Persönlichkeitsstörungen nicht in ein bedeutungsvolles und bewussteinfähiges Format gebracht werden können. Diese Beeinträchtigung wird als eine besonders tiefe und umfassende Form von Inkongruenz verstanden, die sich qualitativ von neurotisch-verzerrten Inkongruenzkonstellationen unterscheidet und zu abrupten affektiven Dysregulationen und inkonsistentem Selbsterleben führt (Heinerth, 2002; 2003).

Die Symbolisierung des organismischen Erfahrungsfeldes ist neben einem Übersetzungs- auch ein Auswahlprozess. Die Qualität der Selbstregulation und des Selbsterlebens variiert unter anderem mit der Offenheit des Auswahlprozesses. Es ist zunächst davon auszugehen, dass systematische Störungen von Auswahl und Übersetzung zu größerer und stabilerer Inkongruenz zwischen Selbsterfahrung und organismischer Erfahrung führen als zufällige Störungen. Bleiben bei der Auswahl darüber hinaus ganze relevante Erfahrungstypen systematisch versperrt, wie Heinerth es für die

Persönlichkeits-Pathologien annimmt, ist eine deutlich geringere Validität des Selbsterfahrungsmusters zu erwarten, als dies bei Verzerrungen innerhalb der relevanten Erfahrungskategorien der Fall wäre. Chronisch versperrte Symbolisierungsprozesse können in diesem Sinn mit einer Stichprobenziehung verglichen werden, bei der relevante Bereiche der Grundgesamtheit systematisch ausgeschlossen bleiben, während neurotisch-verzerrte Symbolisierungsprozesse vergleichbar einer Quoten-Erhebung alle relevanten Bereiche repräsentieren, aber innerhalb der jeweiligen Kategorien Auswahlverzerrungen auftreten.

Liegen Versperrungen der Symbolisierungsfunktion hinsichtlich relevanter organismischer Erfahrungsbereiche der Person vor, sind erhebliche und chronische Störungen im Informationsverarbeitungsprozess zu erwarten. Heinerth beschreibt diese Störungen als *desorganisierte* Verarbeitung und grenzt sie in Anlehnung an Rogers von neurotisch-abwehrenden Verarbeitungsmustern ab (Heinerth, 2002, S. 152). Abwehrende Verarbeitung meint, dass das Selbst an sich intakt ist und im Bemühen, sich intakt zu halten, bestimmte Informationen abwehren muss. Desorganisation hingegen bedeutet, dass die „organisierte Ganzheit des Selbst“ (ebd., S. 152) zeitweise nicht vorhanden ist, entweder überhaupt nicht aufgebaut wurde oder unter zu großer Belastung zusammenbricht. Desorganisiertes Verhalten im Sinne der borderlinetypischen affektiven Dysregulation entsteht, „wenn das Selbstkonzept keine Kategorien bereithält, die ablaufenden organismischen Prozesse zu verstehen“ (ebd., S. 152).

Störungstypische Selbstkonzeptorganisation

Der kasuistisch belegte Zusammenhang zwischen emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und versperrter Symbolisierung wurde im Rahmen einer klinischen Pilotstudie an einer jugendpsychiatrischen Stichprobe untersucht (Brandt, 2005). Im Untersuchungsdesign werden Versperrungen der Symbolisierungsfunktion als Defizite der konzeptgesteuerten Informationsverarbeitung operationalisiert. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass chronische Ausfälle der Symbolisierungsfunktion zu einem partiellen Mangel relevanter Selbstschemata führen. Das Selbstkonzept einer Person wird klientenzentriert bekanntlich aufgefasst als eine aus Selbsterfahrungen gebildete Struktur (Rogers, 1959/1987). Der frühe und chronische Ausfall von Selbsterfahrung hinsichtlich eines bestimmten organismischen Erfahrungstyps muss dazu führen, dass das Selbstkonzept der betroffenen Person hinsichtlich dieses organismischen Erfahrungsbereichs ohne ausreichende Repräsentanz bleibt. Bezüglich dieses Bereichs der eigenen organismischen Erfahrung wird das Selbstkonzept der Person eine „Lücke“ aufweisen (Heinerth, 2002). Diese markiert einen strukturellen Mangel in der Fähigkeit, Erfahrung als Selbsterfahrung zu erfassen.

Aus dieser selbsttheoretischen Perspektive geht die Untersuchungsmethode davon aus, dass die postulierten Versperrungen der

Symbolisierungsfunktion sich in adjektivistischen Selbstbeschreibungen emotional instabiler Probanden nachweisen lassen. Es wird dabei vorausgesetzt, dass bezüglich versperrter Erfahrungsbereiche die Zuordnung von Eigenschaften erschwert ist, während nicht betroffene Bereiche bei der gleichen Person unauffällig symbolisiert werden. Das beobachtbare Selbstbeschreibungsmuster einer Person, bei der Versperrungen der Symbolisierungsfunktion auftreten, müsste demnach größere Unterschiede zwischen verschiedenen Erfahrungskategorien aufweisen als das Selbstbeschreibungsmuster einer Person, bei der keine Erfahrungsbereiche von Versperrung betroffen sind. Bei Gültigkeit der Annahmen sollte sich in einer klinischen Stichprobe dieser spezifische Unterschied zeigen. Denn während angenommen wird, dass die Selbstrepräsentation von Personen mit gestörter Persönlichkeitsentwicklung durch versperrte Symbolisierungsprozesse strukturell fragmentiert ist, werden für andere klinische Störungsbilder keine solchen Versperrungen vermutet.

II. Methode und Ergebnisse

Die Pilotuntersuchung wurde im Jahr 2003 mit freundlicher Unterstützung durch Chefarzt Dr. Joachim Jungmann durchgeführt. Untersucht wurde eine Inanspruchnahmepopulation an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums am Weissenhof Weinsberg. Zielgruppe waren stationär oder ambulant behandelte Patienten zwischen 13 und 18 Jahren. Generell ausgeschlossen waren Behandlungen im Rahmen gerichtlicher Unterbringungen, desorientierte Patienten oder Patienten mit geistigen Behinderungen. Die Probanden wurden gemäß ihrer Hauptdiagnosen in die *Untersuchungs-* oder die *Vergleichsgruppe* eingeteilt. Die Diagnosevergabe erfolgte nach den diagnostischen Kriterien des ICD-10, unabhängig von der hier beschriebenen Untersuchung (Remschmidt et al., 2001). Die Diagnosen wurden durch verschiedene Rater gestellt, abgesichert durch die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2003). In die Untersuchungsgruppe aufgenommen wurden Patienten mit gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen *Emotional instabiler Persönlichkeitsstörung* (ICD-10 F60.30/F60.31), sowie unter bestimmten Zusatzbedingungen Patienten mit der Diagnose einer *Sonstigen kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* (ICD-10 F92.8/F92.9). Die Diagnose einer *kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* ist eine besondere Klassifikationsmöglichkeit des ICD-10 für Kinder und Jugendliche. In der Praxis wird diese Diagnose insbesondere bei jüngerem Alter der Patienten als Alternative zur Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung herangezogen. Probanden mit entsprechenden Diagnosen wurden in die Untersuchungsgruppe aufgenommen, wenn in der psychopathologischen

Befunddokumentation das gemeinsame Vorliegen von *Interaktionsstörungen*, *Störungen von Stimmung und Affekt* und *Selbstschädigung* beziehungsweise *Suizidalität* gegeben war.

Die Vergleichsgruppe hat einen größeren Umfang als die Untersuchungsgruppe, um diagnostische Heterogenität der Vergleichsprobanden zu ermöglichen. Ausgeschlossen wurden neben den beschriebenen Indexdiagnosen andere *Persönlichkeitsstörungen* und *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Der Umfang der Gesamtstichprobe wurde so gewählt, dass die Durchführung exakter Signifikanztests ohne Verteilungsannahmen möglich war. Im Erhebungszeitraum nahmen 39 Patienten an der Befragung teil. Von diesen konnten 9 Probanden nicht in die Auswertung aufgenommen werden; in zwei Fällen war zum Untersuchungszeitpunkt keine ausreichend klare Abgrenzung zwischen emotional instabiler und psychotischer Störung möglich, in zwei Fällen waren die psychopathologischen Zusatzkriterien zur Aufnahme in die Untersuchungsgruppe bei *Kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen* nicht erfüllt. In den übrigen ausgeschiedenen Fällen lagen die Ausschöpfungsraten der Itemkategorien im negativen Erlebensbereich unterhalb der kritischen statistischen Grenze von mindestens 4 gewählten Items, hiervon war keine bestimmte Diagnosegruppe besonders betroffen.

10 Probanden mit Zeichen einer emotional instabilen Persönlichkeitsentwicklung und 20 Vergleichsprobanden mit Störungsbildern außerhalb des Spektrums von Persönlichkeitsstörungen/emotionaler Instabilität wurden hinsichtlich einer adjektivistischen Selbstbeschreibung verglichen, die sie mittels einer Auswahl aus der *Eigenschaftswörterliste* vorgenommen hatten (Janke & Debus, 1978). Jedes der dargebotenen 88 Adjektive war einer von sieben affektiv spezifizierten Erfahrungskategorien zugehörig, wobei diese Zugehörigkeit in der Befragung verdeckt war. In der Liste impliziert waren die Erfahrungskategorien *Leistungsbezogene Aktivität*, *Allgemeines Wohlbehagen*, *Extraversion* sowie *Allgemeine Desaktivität*, *Emotionale Gereiztheit*, *Ängstlichkeit/Deprimiertheit*, *Introversion* (vgl. Janke & Debus, 1978). Bei der Rohauswertung wurde im Sinne einer quantitativen Inhaltsanalyse für jeden Probanden ermittelt, zu welchem Prozentsatz die mögliche Itemzahl pro Kategorie bei der Selbstbeschreibung ausgeschöpft wurde. Um Stimmungskongruenzeffekte oder sozial erwünschte Auswahl Tendenzen bei der Auswertung zu neutralisieren, wurden die Ausschöpfungsraten der „positiven“ und „negativen“ Kategorien getrennt verglichen.

Die zentrale operationale Hypothese lautete, dass die Selbstbeschreibungen der emotional instabilen Probanden eine erhöhte individuelle Ausschöpfungsvarianz über die verglichenen Kategorien aufweisen würden. Anders formuliert, es wurde erwartet, dass die individuellen Selbstbeschreibungsmuster der Indexprobanden gegenüber der Vergleichsgruppe größere Unterschiede zwischen „starken“ Kategorien (als Ausdruck elaborierter Selbstkonzeptbereiche) und „schwachen“ Kategorien (als Indikator versperrter Selbstaspekte) aufweisen.

Diese Annahme konnte für die Kategorien aversiver Erfahrung mit $p < .01$ angenommen werden. Die Selbstbeschreibungsmuster der emotional instabilen Probanden weisen über die Kategorien *Allgemeine Desaktivität*, *Emotionale Gereiztheit*, *Ängstlichkeit/Deprimiertheit*, *Introversion* signifikant größere Ausschöpfungsunterschiede auf als die Beschreibungsmuster in der Vergleichsgruppe.

Als Kontrollvariablen wurden Schulbildung, Alter und Geschlecht herangezogen. Ein signifikanter Zusammenhang zeigte sich mit $p < .05$ zwischen der Homogenität der Selbstbeschreibungsmuster und der Schullaufbahn der Probanden. Der Zusammenhang entsprach der Erwartung, dass höhere Schulbildung aufgrund elaborierterer verbaler Kompetenz mit homogeneren Selbstbeschreibungsmustern korreliert sein würde, war dabei allerdings mit $r(\text{bis}) = 0,46$ erwartungsgemäß schwächer als der gefundene Zusammenhang zwischen der Ausschöpfungshomogenität und der diagnostischen Gruppenzugehörigkeit ($r(\text{bis}) = 0,65$). In der Gruppe der emotional instabilen Probanden waren höhere Schullaufbahnen gegenüber der Vergleichsgruppe unterrepräsentiert, ob infolge eines störungsbedingten social drift oder anderer Faktoren muss hier offen bleiben. Der Einfluss der Schullaufbahn auf den untersuchten Zusammenhang zwischen Diagnosegruppe und Itemausschöpfung wurde bei der weiteren Auswertung statistisch neutralisiert. Die Signifikanz der zentralen Hypothese bleibt auch bei Bestimmung der Partialkorrelationen mit $p < .01$ erhalten.

Von Versperrung betroffene Selbstaspekte einer Person müssen prinzipiell in zwei Relationen identifiziert werden: im Vergleich zur Elaboration anderer Selbstkonzeptbereiche dieser Person und im Vergleich zu ihrer relevanten organismischen Erfahrung. Eine spezifische intraindividuelle „Absenkung“ der Symbolisierung eines bestimmten Erfahrungsbereichs ist als ein notwendiges, aber noch kein hinreichendes Kriterium zur Identifizierung einer Versperrung anzusehen. Hinzutreten muss prinzipiell der Nachweis, dass mit der abgesenkten Symbolisierung eine unterrepräsentierte Erfahrung korrespondiert, das heißt ein Erfahrungsraum organismisch angelegt, aber nicht ausreichend als Erfahrungskategorie im Selbstkonzept repräsentiert ist.

In der Untersuchung konnten die latenten Muster organismischer Erfahrung nicht direkt erfasst werden, so dass kein unmittelbarer Vergleich von Erfahrungs- und Selbstbeschreibungsmuster eines Probanden möglich war. Eine Untersuchungsannahme war jedoch, dass Bezugspersonen tatsächliche affektive Muster der Probanden prinzipiell wahrnehmen können und versperrte Symbolisierung zu einer erhöhten Abweichung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung führt.

Im Sinne dieser Erwartung wurde vorausgesagt, dass die Differenz zwischen den Selbstbeschreibungen der Probanden und korrespondierenden Fremdbeschreibungen durch bedeutsame Bezugspersonen in der Untersuchungsgruppe größer als in der Vergleichsgruppe ausfallen würde. Um diese Erwartung zu prüfen, wurden die Mütter der Probanden um eine Fremdbeschreibung ihres

Kindes mittels der auch den Jugendlichen dargebotenen Itemliste gebeten.

Besteht zwischen der organismischen Erfahrung und der Selbsterfahrung einer Person eine Diskrepanz, die nicht von der betroffenen Person, aber von der sozialen Umgebung wahrgenommen wird, bezeichnet Rogers diesen Zustand als, wie bereits ausgeführt, als *reale Inkongruenz* (Rogers 1961/2002, S. 330). Eine erhöhte Abweichung zwischen Selbst- und Fremdbeschreibung in der Indexgruppe kann in diesem Sinn unter bestimmten Bedingungen als Indikator realer Inkongruenz verstanden werden. Voraussetzung ist hierbei, dass die Beurteilungskompetenz der Eltern keine systematische Differenz zwischen den beiden untersuchten Gruppen zeigt. Dies konnte im Untersuchungsdesign nicht stillschweigend als erfüllt betrachtet werden. Es ist davon auszugehen, dass die Kindheit von Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Durchschnitt erhöhte Belastungen der Eltern-Kind Beziehungen aufweist. Genannt werden in der Literatur unter anderem eine hohe Rate von Mutter- oder Vatersubstituten, Vernachlässigung und Zurückweisung (Ludolph et al., 1990; Paris et al., 1988). Typischerweise werden die Eltern durch Borderline-Patienten ungünstig bewertet (Baker et al., 1992).

Die Genese von Persönlichkeitsstörungen wird, wie eingangs dargelegt, auch im hier vorgestellten, symbolisierungstheoretischen Modell in Zusammenhang mit verringerter Fähigkeit zur Empathie und Feinfühligkeit der primären Bezugspersonen gesehen (Heinerth, 1997; 2002). Allerdings schließt es sich nicht grundsätzlich aus, dass Empathiedefizite im Sinne verringerter Einfühlung in die Bedürfnisstruktur des Gegenübers vorliegen und zugleich affektive Muster im Sinne einer Fremdbeobachtung korrekt wahrgenommen werden können. Blockiert wäre in diesem Fall nicht die Wahrnehmung des Affekts, sondern des darin liegenden interaktionellen Bedürfnisses (Heinerth, 2002, S. 158ff).

Um die Beurteilungsgüte der Elternurteile abschätzen zu können, erfolgte eine zweite Durchführung unter der Bedingung einer „zirkulären“ Beschreibung. Diese Kontrollbefragung erfolgte mit der Instruktion an die Mütter, ihre Beschreibungen möglichst so vorzunehmen, wie ihre Kinder sich selbst beschreiben würden. Vorausgesetzt wurde, dass Abweichungen aufgrund von verringerter Beurteilungsgüte sich sowohl in der einfachen Fremdbeschreibung wie der Kontrollbedingung, Abweichungen infolge realer Inkongruenz sich vorrangig in der einfachen Fremdbeschreibung manifestieren würden.

Die beobachteten Profilaabweichungen zwischen Selbst- und Fremdbeschreibung fielen im Sinne der Erwartung in der Indexgruppe signifikant größer aus als in der Vergleichsgruppe ($p = .013$). Aufgrund der Ergebnisse der Kontrollbefragung kann davon ausgegangen werden, dass die gefundene Diskrepanz nicht auf systematische Empathieunterschiede zwischen den Müttern der Index- und der Vergleichsprobanden zurückgeführt werden muss. Der Effekt spricht für das Vorliegen einer spezifischen Inkongruenzkonstellation in der Indexgruppe im Sinne der theoretischen Erwartung.

III. Schlussfolgerungen

Das Muster der empirisch gefundenen Daten ist als ein Beitrag zur Validierung des symbolisierungstheoretischen Konstruktes zu verstehen. Die Studie vermag dabei auch Aspekte des klientenzentrierten Störungsverständnisses der emotional instabilen Persönlichkeitsentwicklung vom Borderlinetypus zu verdeutlichen.

Gesprächspsychotherapie wurde wiederholt als geeignete Behandlungsmethode der Borderline-Pathologie aufgezeigt (vgl. Überblick bei Finke, 2004). Ein zentrales Behandlungsthema ist dabei die störungstypische affektive Dysregulation. Borderlinetypische Störungen der Affektregulation betreffen insbesondere den Bereich aversiven Erlebens. Klinische Untersuchungen haben gezeigt, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen häufiger, länger und intensiver aversive Anspannung erleben, jedoch Schwierigkeiten haben, dabei Emotionen zu differenzieren (Bohus, 2002, S. 14; Stiglmayr et al., 2001). Es ist daher klinisch plausibel, dass sich in der hier vorgestellten Pilotstudie für den „positiven“ Erfahrungsbereich keine systematischen Gruppenunterschiede zeigen, für den Bereich unerwünschter Erfahrung hingegen Auswirkungen versperrter Symbolisierung im Sinne der Untersuchungshypothese angenommen werden können. Die Ergebnisse der Studie deuten auf eine besondere Schwierigkeit der emotional instabilen Probanden hin, bestimmte Bereiche negativen Erlebens zu symbolisieren.

Die in der Untersuchungsgruppe angezeigten Symbolisierungsdefizite lassen auf ein spezifisches Überforderungsrisiko der emotional instabilen Probanden gegenüber bestimmten situativen Konstellationen schließen, deren emotionale Bedeutung nicht angemessen symbolisiert werden kann. Zwar wurde in der Untersuchung keine Voraussage getroffen, welche Bereiche organismischer Information von versperrter Symbolisierung betroffen sein würden. Es ergaben sich jedoch plausible Differenzen zwischen den Gruppenprofilen.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in der Gruppe emotional instabiler Probanden die Bereiche *Allgemeine Desaktivität* und *Introversio*n von Versperrungen betroffen sind. Die Items dieser Kategorien hatten in der Indexgruppe ein abgesenktes Zuordnungspotential, sowohl im Vergleich mit den anderen Erfahrungskategorien, wie gegenüber der Fremdbeurteilung. In der Untersuchung umfasste die Kategorie *Allgemeine Desaktivität* Erlebensweisen von Erschöpfung, Interesseverlust und Energielosigkeit („nachlässig, energielos, kraftlos, passiv, schwerfällig, langsam, geistesabwesend, lasch, abgespannt, abgeschafft, erschöpft, müde“). Die Kategorie *Introversio*n beinhaltete Erlebensweisen von Alleinsein, Einsamkeit, Isolation („einsilbig, ungesellig, schweigsam, verschlossen, abgekapselt, menschenscheu“, sowie „einsam, abgelehnt“).

Ist die Symbolisierungsfunktion einer Person in diesen Erlebensbereichen versperrt, sind als Auslöser für Krisen Situations-typen zu erwarten, mit denen normalpsychologisch das Erleben von

Erschöpfung oder von Einsamkeit korrespondiert. Beide Erlebenszustände sind normalpsychologisch aversiv, doch kann eine Person sie bei angemessener Symbolisierung in der Regel als vorübergehende Zustände verstehen und bewältigen. Borderlinepatienten weisen gegenüber beiden Situationstypen dagegen gehäuft eine maladaptive Verarbeitung auf (vgl. Trautmann-Sponsel & Zaudig, 2003).

Die Angst, verlassen zu werden und in eine sozial isolierte Situation zu geraten, gilt als ein Leitsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung; das DSM-IV spricht explizit von einer „Unfähigkeit alleine zu sein“ (American Psychiatric Association, 1994, p. 735). Die Betroffenen erleben entsprechende Situationen häufig als existenziell bedrohlich und entwickeln typischerweise dysfunktionale Vermeidungs- und Kontrollstrategien (Trautmann-Sponsel & Zaudig, 2003; Sachse, 2001). Sowohl die spezifische Angst, in eine isolierte Situation zu geraten, wie auch das pathologische Vermeiden des Alleinseins werden als störungswertige Folgen einer verringerten Bewältigungskompetenz in diesem Erfahrungsbereich verstanden (vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003; Sachse, 2000). Als entscheidendes Defizit ist im hier dargelegten Verständnis allerdings die grundlegende Beeinträchtigung anzunehmen, das Empfinden von *Alleinsein* angemessen zu symbolisieren.

Auch hinsichtlich des vermuteten Symbolisierungsdefizits im Bereich *Allgemeiner Desaktivität* lässt sich ein plausibler klinischer Zusammenhang erkennen. Klinisch zeigen Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Regel eine besondere Form der Stressintoleranz mit raschen Wechseln zwischen überangepasster Aufgabenerfüllung einerseits und krisenhaften Erleben beim Eintreten bestimmter Schwellenwerte oder spezifischer situativer Konstellationen andererseits. Die Betroffenen erleben affektive Dysregulationen in entsprechenden Situationen typischerweise als plötzlich einsetzend mit einschließenden aversiven Spannungszuständen, die keiner kategorialen Emotion zugeordnet werden können (vgl. Bohus, 2002). Aus symbolisierungstheoretischer Perspektive kommt es dabei zum Umschlag zwischen einem pseudostabilen Erlebenszustand, in dem relevante organismische Belastungszeichen aufgrund fehlender Symbolisierung der Selbsterfahrung nicht zugänglich sind, und einem Zustand desorganisierten Kontrollverlustlebens, in dem die organismische Erschöpfung sich manifestiert.

IV. Ausblick

Die Berechtigung der kategorialen Unterscheidung versperrter und verzerrter Symbolisierungsstörungen sollte empirisch weiter belegt werden. Zu klären wäre dabei nicht nur, inwieweit Bereiche nicht symbolisierter Erfahrung bei Patienten mit gestörter Persönlichkeitsentwicklung größer und umfassender sind als bei anderen klinischen Gruppen, wünschenswert sind auch weitergehende empirische Untersuchungen zu den vermuteten qualitativen

Beeinträchtigungen der Symbolisierungsfähigkeit. In der vorliegenden Studie sollten Effekte versperrter Symbolisierung auf die Selbstrepräsentation aufgezeigt werden. Die qualitative „Tiefe“ der Beeinträchtigung müsste im Rahmen eines Designs untersucht werden, das stärker auf implizite Informationsverarbeitungsprozesse abzielt.

Ein klientenzentriertes Therapieziel in der Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Menschen ist die Aktivierung der Symbolisierungsfunktion der Person für nicht symbolisierte Erfahrungsbereiche. Ein solcher Prozess setzt spezifischen psychologischen Kontakt in einer als bedeutsam erlebten Beziehung voraus. Vieles deutet darauf hin, dass hilfreicher Kontakt zu den als „versperrt“ umschriebenen Erfahrungsbereichen schwerer herstellbar ist als zu anderen Bereichen gestörten Erlebens. Aus der hier vorgestellten Sicht erfordert psychisches Wachstum persönlichkeitsgestörter Menschen organismusbezogene Empathieerfahrungen in einem von

Versperrung betroffenen Erfahrungsbereich, die im zweiten Schritt akkurat verbalisiert werden (Heinerth, 2002; 2003). Vergleichbar zum kindertherapeutischen Vorgehen wird Einfühlung in die nicht symbolisierten Erfahrungsbereiche zunächst durch die therapeutische „Interaktionsresonanz“ (Behr, 2002) vermittelt. Hinsichtlich der versperrten Bereiche muss Empathie erst prozedural verwirklicht werden, durch ausreichend feinfühliges Beantworten der nicht symbolisierten organismischen Bedürfnisse, um eine anschließende Symbolisierung der versperrten Kategorien organismischer Erfahrung zu ermöglichen. Therapietheoretisch schließt hier die Diskussion an, welche Kommunikationsformen psychologischen Kontakt mit den versperrten Erfahrungsbereichen eines Klienten in der Therapiebeziehung herzustellen vermögen und therapeutisch angemessen sind (Heinerth, 1997; 2002; Keil, 1997; 2002); notwendig ist in diesem Zusammenhang auch die Indikationsklärung klientenzentrierter Körperkontakts (Heinerth, 1997; 2003; Korbei, 2002).

Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Behr, M. (2002). Therapie als Erleben der Beziehung – Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 1, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 95–122). Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Bd. 1 – Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes (S. 57–142). Köln: GwG-Verlag.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie*, 9., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. In D. Schulte, K. Grawe, K. Hahlweg & D. Vaitl (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapie*, Bd. 14. Göttingen: Hogrefe.
- Brandt, C. (2005). *Selbstbezogene Symbolisierungsmuster emotional instabiler Jugendlicher. Eine klinische Pilotstudie zur klientenzentrierten Theorie pathogener Symbolisierung*. München. Regensburg: Roderer (zugleich Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität München).
- Ehlers, B. (2002). Störungskonzept und personenzentrierte Behandlung des elektiven Mutismus. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 1, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 317–338). Göttingen: Hogrefe.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Heinerth, K. (1990). Die emotionale Verarbeitung von aktuellen und aktualisierten Frustrationen. In M. Behr & U. Esser (Hrsg.), *„Macht Therapie glücklich?“ – Neue Wege des Erlebens in klientenzentrierter Psychotherapie* (S. 74–100). Köln: GwG-Verlag.
- Heinerth, K. (1997). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In J. Eckert, D. Höger & H. W. Linster (Hrsg.), *Praxis der Gesprächspsychotherapie* (S. 50–72). Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinerth, K. (2002). Versperrte und verzerrte Symbolisierungen. Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nesmeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrtausendwende* (S. 145–180). Köln: GwG-Verlag.
- Heinerth, K. (2003). Gesprächspsychotherapie (Erwachsene). In E. Behnsen, K. Bell, H. Gerlach, H.-D. Schirmer & R. Schmid (Hrsg.), *Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis (Loseblattsammlung)*, 13. *Ergänzungs-Lieferung* (S. 1–29). Heidelberg: R. v. Decker.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie – Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit – Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute* (S. 30–53). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (1993). Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Bd. 1 – Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes (S. 17–42). Köln: GwG-Verlag.
- Janke, W., Debus, G. (1978). *Die Eigenschaftswörterliste EWL*. Göttingen: Hogrefe.

- Keil, W. W. (1997). *Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie*. *PERSON*, 1, 5–13.
- Keil, W. W. (2002). Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Therapie. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nesmeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrtausendwende* (S. 181–218). Köln: GwG-Verlag.
- Korbei, L. (2002). Einige Überlegungen zu Körper und Sprache in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nesmeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrtausendwende* (S. 445–459). Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C. R. (1951/1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. ersch. 1951: Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG-Verlag (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.), *Psychology. A study of a science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York (McGraw Hill)).
- Rogers, C. R. (1961/2002). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Sachse, R. (2000). Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zur Modellbildung und Intervention. *Psychotherapie*, 5 (2), 282–292.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*, 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Stiglmayr, C., Shapiro, D., Stieglitz, R., Limberger, M., Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with Borderline Personality Disorder—a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35 (2), 111–118.
- Trautmann-Sponsel, R.-D., Zaudig, M. (2003). Persönlichkeitsstörungen und Neurosen aus verhaltenstherapeutischer Sicht. *Persönlichkeitsstörungen*, 7, 151–163.

Autoren

Christian Brandt, geb. 1962; Dr., Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Soziologe; Schwerpunkt: Klientenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen.

Klaus Heinerth, geb. 1940; Dipl.-Psych., Dr. phil., Univ.-Prof. an der Universität München; Klientenzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder (GwG, DPGG), Leiter des Instituts für Gesprächspsychotherapie (IGT) in München.

Korrespondenzadressen

Dr. Dipl.-Psych. Christian Brandt
Klinikum am Weissenhof
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
D-74189 Weinsberg
c.brandt@klinikum-weissenhof.de

Prof. Dr. Klaus Heinerth
Universität München, Department Psychologie
Leopoldstr. 13
D-80802 München
Klaus@Heinerth.de