

Jobst Finke

# Beziehung und Technik

## Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personzentrierten Psychotherapie

**Zusammenfassung:** *Da sich die Personzentrierte Psychotherapie als „Beziehungstherapie“ versteht, sind die hier leitenden Beziehungskonzepte zu klären. Ebenso wird untersucht, wie das Beziehungsangebot des Therapeuten behandlungspraktisch umzusetzen ist und wie Beziehung und Therapietechnik miteinander verknüpft sind. Ein störungsbezogener Zugang ist sowohl prozess- wie inhaltsorientiert, d. h. er ist ausgerichtet an der Abfolge jener Themen, die für das Erleben der jeweiligen Störung relevant sind. Am Beispiel der Borderline-Störung werden die Schlüsselthemen dieser Störung erörtert und ihre Bearbeitung veranschaulicht. Es wird also die störungsbezogene Therapiepraxis in ihren Grundzügen skizziert.*

**Stichwörter:** *Beobachter- und Teilnehmer-Beziehung, Alter-Ego-Beziehung, Dialog-Beziehung, Schlüsselthemen, Therapiepraxis der Borderline-Störung.*

**Abstract: Relationship and technique: Concepts of relationship and disorder specific treatment practice in person-centred psychotherapy.** *Because Person-Centred Therapy is defined as a therapy of relationship it is necessary to clarify the primary concepts of this relationship. In addition, I attempt to explain how to integrate relationship with therapy technique, i.e. how the therapist's concept of relationship is put into practice. A disorder specific approach is both process-oriented and content-oriented, i.e. it is considered in terms of a sequence of themes which are relevant to a particular disorder. The key issues involved in a borderline disorder are chosen to illuminate this approach with the intention of demonstrating how the principles of a disorder specific approach work in practice.*

**Keywords:** *Observer-relationship and participant-relationship, alter-ego-relationship, dialogue-relationship, key topics, therapy of borderline disorder.*

Diese Arbeit will einen Beitrag sowohl zur Störungs- und Therapie- theorie wie zur Beziehungstheorie der Personzentrierten Psycho- therapie leisten. Es soll der therapeutische Zusammenhang von beziehungstheoretischen und therapietheoretischen Konzepten erörtert und insofern auch ein Beitrag zur systematischen Be- schreibung personzentrierter Behandlungspraxis erbracht werden. Dabei wird dem „klassischen“, zu einem strikten Zweckrationalis- mus in Opposition stehenden Ansatz eine Konzeption von Person- zentrierter Psychotherapie gegenübergestellt, die Psychotherapie stärker als ein Instrument zur Beeinflussung von Krankheiten bzw. Störungen begreift. Das Signum der angewandten Erfahrungswis- senschaften besteht in theoriespezifischen Aussagen über Ursach- en und darauf basierenden Änderungskonzepten der zu beein- flussenden Phänomene. Es sind also allgemeine und spezielle (auf jeweilige Störungen bezogene) Störungs- und Änderungskonzepte

darzustellen. Aus letzterem folgt, dass auch die Handlungsregeln dieser Änderungskonzepte differenziert zu beschreiben sind. (Die mit dieser Konzeptualisierung von Psychotherapie als angewand- ter Wissenschaft verbundenen Darstellungskriterien werden in Deutschland auch im Rahmen der sozial- bzw. krankenkassenrecht- lichen Anerkennung gegenüber der Personzentrierten Psychothera- pie mit Nachdruck gefordert).

Eine „störungsbezogene Gesprächspsychotherapie“ ist hin- sichtlich ihrer Voraussetzungen und Implikationen im Kontext jener Richtungen innerhalb der Personzentrierten Psychotherapie zu sehen, die therapeutisch auf differenzierende, systemati- sierende und am Prinzip der Funktionalität ausgerichtete Konzept- bildungen aus sind (Swildens, 1991; Tscheulin, 1992; Finke und Teusch, 2002). Dabei ergeben sich jeweils aus der „klassischen“ und der „störungsbezogenen“ Perspektive spezifische Konsequenzen

sowohl für das Verständnis der therapeutischen Beziehung wie der Aufgabenstellung und Funktion des Therapeuten<sup>1</sup>. Dies soll hier auch auf dem Hintergrund kulturhistorischer Konzepte erörtert werden.

## Die Beziehungskonzepte der Personzentrierten Psychotherapie

Die Personzentrierte Psychotherapie versteht sich als „Beziehungstherapie“ und als „beziehungsorientiert“, also als ein Verfahren, bei dem die therapeutische Beziehung eine herausragende Rolle spielt. Aber welche Form von Beziehung ist hier gemeint? Wie ist das Charakteristische dieser Beziehung zu denken, wie das Verhältnis der Beziehungspartner zueinander zu beschreiben? Wenn von der Besonderheit des personzentrierten Beziehungsangebotes die Rede ist, ist meist zunächst die Haltung des Respekts, der Wertschätzung und einer grundsätzlichen Bejahung des Klienten sowie der warmherzigen Zuwendung gemeint, also das Gegenteil einer Einstellung nüchterner Distanz oder gar kritischer Entwertung. Diese Therapeutenmerkmale des bedingungslosen Akzeptierens und der Anerkennung ist die alle anderen Haltungen und Beziehungsformen fundierende Position (s. dazu Spielhofer, 2004). Aber wie sind diese anderen Haltungen beziehungstheoretisch zu bestimmen und gegen welche Form von Beziehung sind sie abzuheben? Welche Beziehungskonzepte herrschen in den anderen Verfahren oder in der Heilkunde und in der Wissenschaft allgemein vor? Zum Beziehungskonzept der Personzentrierten Psychotherapie ist zu fragen, ob die Rolle und die Aufgabe des Therapeuten über den grundsätzlichen Aspekt der Wertschätzung hinaus nicht jeweils genauer zu definieren sind. Weiterhin ist zu klären, ob hier dem Therapeuten nicht auch unterschiedliche Rollen zugewiesen werden, d. h. ob hier nicht auch unterschiedliche Beziehungskonzepte zu beschreiben sind.

## Die Beobachter- und die Teilnehmer-Beziehung

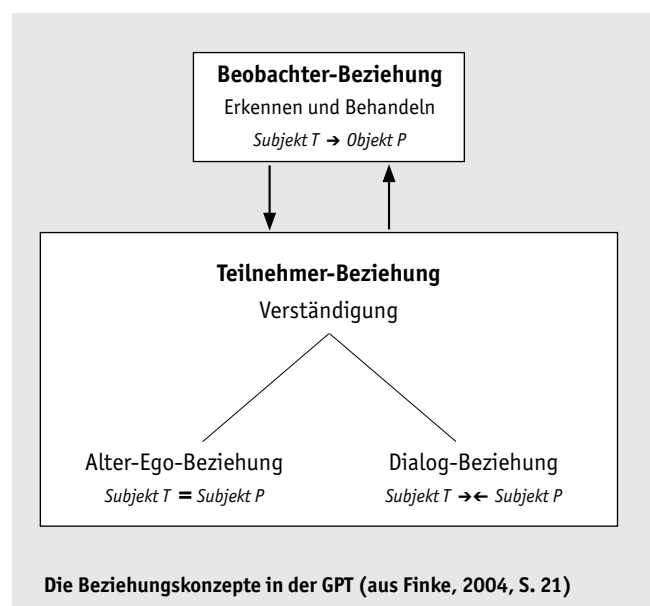
Die Beziehungsform, die für die moderne Wissenschaft und ihrer Beziehung zur Welt kennzeichnend wurde, ist von einer Subjekt-Objekt-Spaltung bestimmt. Mit dem Ideal der Objektivität verbindet sich die Forderung einer emotionalen und interaktionalen Distanz des beobachtenden Subjekts zu seinem Untersuchungsobjekt. Der Beobachter hat jedes ursprüngliche Verbundensein mit seinem Gegenüber, das so zum „Gegenstand“ wird, jede spontane Antwortbereitschaft, jede Form der teilnehmenden Stellungnahme und jede emotionsgeleitete Interaktionstendenz zu suspendieren. Die

1 Um die Klarheit und Übersichtlichkeit des Schriftbildes zu gewährleisten, wurde hier für „Therapeut“ und „Klient“ bzw. „Patient“ die tradierte, aber natürlich nicht geschlechtsspezifisch gemeinte Schreibweise gebraucht.

Beziehung des Experimentators zu seinem Forschungsgegenstand, die nur vom interesselosen Erkenntniswillen des Ersteren bestimmt sein darf, wurde hier Modell bildend; dies zunächst auch für die moderne Psychotherapie. Diese Position wird treffend durch die Chirurgen-Metapher Freuds veranschaulicht: „Ich kann den Kollegen nicht dringend genug empfehlen, sich während der psychoanalytischen Behandlung den Chirurgen zum Vorbild zu nehmen, der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt und seinen geistigen Kräften ein einziges Ziel setzt: die Operation so kunstgerecht als möglich zu vollziehen. [...] Die Rechtfertigung dieser vom Analytiker zu fordernden Gefühlskälte liegt darin, dass sie für beide Teile die vorteilhaftesten Bedingungen schafft.“ (Freud, 1912/1975, S. 175).

Die modernitätskritische Pointe bei Rogers nun besteht in einem ausgeprägten Vorbehalt gegenüber Aspekten der Beobachter-Beziehung in der Psychotherapie und in einer starken Präferenz für eine Teilnehmer-Beziehung, in der der Therapeut nicht Beobachter und distanzierter Beurteiler, sondern Akteur und Anteilnehmender ist. Rogers formuliert dies so: „Man kann auch sagen, dass wir in eben dem Maße, im dem wir in der Beziehung theoretischen Gedankengängen nachhängen, zum Zuschauer werden und nicht mehr selber mitspielen – aber erfolgreich sind wir nur als Mitspieler.“ (Rogers, 1962c/1977, S. 171).

In der Beobachter-Beziehung geht es um ein Erkennen und Erklären des reflektierenden Subjekts und sodann um ein gezieltes Beeinflussen des Untersuchungsobjekts, in der Heilkunde also um ein Diagnostizieren und „Behandeln“ des Patienten als „Behandlungsobjekt“. Demgegenüber geht es in der Teilnehmer-Beziehung um eine Verständigung zwischen zwei souveränen Subjekten, um einen kommunikativen Austausch, der nicht unmittelbar auf Veränderung aus ist. Innerhalb dieser Teilnehmer-Beziehung sind wiederum zwei unterschiedliche Konzepte zu unterscheiden, die Alter-Ego- und die Dialog-Beziehung. Dabei sind die Alter-Ego- und



die Dialog-Beziehung nur unterschiedliche Vollzugsweisen dieser Verständigung. In der Alter-Ego-Beziehung ist der Therapeut Katalysator (oder Facilitator) der Selbstverständigung des Patienten; in der Dialog-Beziehung ist er der in einer existenziellen Begegnung um Verständigung ringende Andere. Von diesen beiden Beziehungskonzepten wird unten noch die Rede sein.

## Therapietheoretische Unterschiede

Die unterschiedlichen Beziehungskonzepte und die durch sie jeweils vorgegebenen Perspektiven implizieren auch unterschiedliche Suchhaltungen und Zielsetzungen des Therapeuten. Versucht man die therapeutischen Aufgabenstellungen und Vorgehensweisen der Teilnehmer- und der Beobachter-Beziehung zu beschreiben, so kommt man zu folgender Gegenüberstellung.

**Teilnehmer- vs. Beobachter-Perspektive**

Teilnehmer-Perspektive	Beobachter-Perspektive
Verständigungsorientiert	Änderungsorientiert Zweckbezogen, funktional
Beziehungszentriert	Technikzentriert
Am Erleben orientiert	An Zielen orientiert, strukturierend
Individualisierend	Typologisierend
Intuitionsgeleitet, improvisierend	Konzeptgeleitet, schematisierend
Holistisch (ganzheitlich)	Elementaristisch (problemisolierend)

Der Beobachter-Beziehung entspricht eine Einstellung und Vorgehensweise, wie sie besonders von den modernen Naturwissenschaften inspiriert wurde: Entsprechend der kausal- bzw. bedingungsanalytischen Beurteilung der Phänomene (z. B. Symptome, Persönlichkeitsmerkmale, Interaktionsmuster) werden die Mittel ihrer Beeinflussbarkeit in die gewünschte Richtung erkundet. Das bedeutet, dass Handlungsregeln erstellt werden, die an Zielen bzw. Subzielen orientiert sind, die sich wiederum aus einer zergliedernden, kategorisierenden Beschreibung der Phänomene und aus dem Erfassen ihres Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs ergeben. Eine an der naturwissenschaftlichen Forschungslogik orientierte Heilkunde ist unmittelbar änderungsorientiert und zwar in einer funktionalistischen (d. h. stets den Zweck-Mittel-Zusammenhang beachtenden) und Handlungsregeln konzeptualisierenden Weise. Dabei wird die Person als Träger von Merkmalen gesehen, die sie mit einer Gruppe anderer Personen gemein hat, d. h. es herrscht eine kategorisierende bzw. typologisierende und Problem isolierende, Subziele definierende Sichtweise vor.

Dagegen ergibt sich aus der (z. B. dialogphilosophisch begründeten) Teilnehmer-Perspektive keine kurzschlüssige Änderungs-

absicht, sondern nur die Intention einer gegenseitigen Verständigung. Der Therapeut ist auf die Unmittelbarkeit der Beziehung und das aktuelle Erleben des Patienten zentriert, der ganz in seiner individuellen Einmaligkeit gesehen wird (Schmid, 1994). Der Therapeut lässt sich dabei eher von seiner Intuition als von expliziten Handlungskonzepten leiten.

## Das polare Verhältnis der beiden Positionen

Diese beiden Positionen stehen in der Psychotherapie in einem wechselseitigen Spannungsverhältnis, d. h. sie sollten in einem Aufeinander-Bezogen sein gesehen werden, das man nicht durch Absolutsetzen der einen oder anderen Position undialektisch auseinanderfallen lassen sollte. Es sollte vielmehr die Polarität dieser beiden Positionen beachtet und das hier bestehende Wechselverhältnis immer so austariert werden, dass das „Mitspielen“ in der Teilnehmer-Beziehung nicht zu einem undurchschauten und in seiner Wirkung destruktiven Mitagieren wird. Vielmehr sollte der Therapeut seine Rolle als Teilnehmer nach therapeutisch ausgewiesenen Kriterien kontrollieren und gestalten. Dies kann auf unterschiedliche Weise und mit je unterschiedlicher Akzentsetzung geschehen. Es wurde schon gesagt, dass die Beobachter-Perspektive als Reflexionsfolie für die anschließende Beurteilung des Interaktionsgeschehens dienen soll. Hier sind mehrere Möglichkeiten denkbar. Der Therapeut kann während der Sitzung ganz in der Teilnehmer-Beziehung aufgehen und jeweils nach der Sitzung (bzw. in der Supervision) sich das Interaktionsgeschehen kritisch vergegenwärtigen, um sich so Korrekturmöglichkeiten für die nächste Sitzung zu erarbeiten. Er kann aber auch während der Sitzung zwischen Teilnehmer- und Beobachter-Beziehung oszillieren und so gegebenenfalls schon während der Sitzung sein „Mitspielen“ korrigieren. Er kann schließlich eine Art Spaltung in ein beobachtendes und ein mitspielendes Selbst vornehmen und so die prüfende Funktion während des Mitspielens immer mitlaufen lassen. Diese letzte Möglichkeit ist die schwierigste und erfordert viel Erfahrung.

Darüber hinaus können aber auch präskriptiv Handlungsregeln z. B. für die therapeutische Rolle als Interaktionsteilnehmer erstellt werden. Diese Handlungsregeln dienen zunächst als Orientierungspunkte für das therapeutische Vorgehen. Wenn letzteres von diesen Regeln abweicht, ist dieses Abweichen plausibel zu begründen. Mit dieser Begründung wird sodann eine neue Regel für einen speziellen Fall geschaffen. Insgesamt geht es nicht so sehr um ein regelgeleitetes Therapeutenverhalten, sondern um das Erstellen von Beurteilungskriterien (einschließlich der entsprechenden Begrifflichkeit) für dieses Verhalten. Ein im Sinne der Teilnehmer-Beziehung stark intuitionsgeleitetes, improvisierendes Vorgehen kann dann im Nachhinein aus einer Beobachter-Perspektive beurteilt werden, die eine genügend komplexe Anordnung von anerkannten Prüfkriterien enthält. Bei dem Entwurf solcher Handlungsregeln

sind also nicht starre Behandlungsanweisungen intendiert, sondern die Konstruktion von Orientierung vermittelnden Kriterien, auf deren Hintergrund das Therapeutenverhalten überhaupt erst differenziert reflektiert werden kann.

Die Radikalisierung beider Positionen führt zu Verzerrungen. Wird die Beobachter-Perspektive radikalisiert, kann der Therapeut zwar aufgrund seiner nüchternen Analyse der Bedürfnisstrukturen und des Interaktionsverhaltens des Patienten seine Interventionen unter Umständen zielgenau platzieren, als emotional distanzierter Techniker wird er andererseits auch an erlebensändernder Wirksamkeit verlieren. Es ist nämlich anzunehmen, dass es für eine erfolgreiche Therapie bedeutsam ist, dass der Therapeut die Rolle als Teilnehmer auch ausdrücklich annimmt, da er ohnehin nie ganz verhindern kann, zumindest unbemerkt (und unbeabsichtigt) „Mitspieler“ zu werden, d. h. den (unbewussten) Rollenzuweisungen des Patienten letztlich doch zu erliegen. Nur wenn der Therapeut diese Möglichkeit antizipiert und diese Rolle zumindest ansatzweise annimmt, kann er kongruent bleiben bzw. diese Kongruenz immer wieder herstellen und auch sein eigenes mögliches Abweichen von dieser Kongruenz überhaupt zum Gegenstand der Reflexion machen. Weiterhin hängt für den Therapeuten die Reichweite seines Verstehens von der Teilnehmer-Perspektive ab. Denn erst als Teilnehmer der Interaktion wird ihm durch das unmittelbare Betroffensein, durch das Miterleben, also per emotionaler Resonanz im Vollzug der Rollenübernahme, manches Unverständliche verstehend zugänglich (Lorenzer, 1976). Nur aus der Position eines Teilnehmers an einem für den Patienten bedeutsamen Ereignis, nur als Mitspieler in einem zentralen Beziehungskonflikt kann er beim Patienten jene emotionale Verankerung von Einsichten bewirken, durch die eine überdauernde Veränderung von Erlebnisstrukturen geschaffen wird. Nur als Teilnehmer des Beziehungsgeschehens kann er erreichen, dass der Patient Beziehungserfahrungen macht, die sich ändernd auf dysfunktionale Interaktionsmuster auswirken.

Wenn andererseits mit der Radikalisierung der Teilnehmer-Perspektive eine Absage an jedes Expertentum im Sinne eines kritischen Beobachtens und Beurteilens verbunden ist, bedeutet dies letztlich einen Reflexionsverzicht sowohl hinsichtlich formaler wie inhaltlicher Kriterien des therapeutischen Geschehens und damit die Gefahr der Beliebigkeit des therapeutischen Vorgehens. Dieser Verzicht erschwert nicht nur eine präzise Beschreibbarkeit des therapeutischen Handelns, sondern gibt dem Therapeuten auch kaum Prüfkriterien für die Beurteilung des eigenen Interaktionsverhaltens und der Gefahr interaktioneller Verstrickungen an die Hand. Der Therapeut kann so, von ihm selbst unbemerkt, eine Form des Mitspielens entwickeln, die letztlich destruktiv ist, sich z. B. verstärkend auf unangemessene Beziehungserwartungen und dysfunktionale Interaktionsmuster des Klienten auswirkt. Er verzichtet als unreflektierter Mitspieler des interaktionellen Geschehens darauf zu überprüfen, welches Beziehungsangebot einerseits der Klient

und andererseits er selbst gerade macht, welche Rollen der Klient ihm jeweils anträgt und wann und wo seine eigene Bereitschaft zur Rollenübernahme besonders groß ist bzw. welche Art der Rollenübernahme er (der Therapeut) jeweils vollzieht. Eine mögliche Diskrepanz zwischen der intendierten (konzeptkonformen Rolle z. B. als Alter Ego des Klienten) und der faktisch wirksamen Rolle (z. B. als unterschwellig zwischen ärgerlicher Ungeduld und resigniertem Rückzug schwankende Elternfigur) kann so nicht symbolisiert werden. Die Differenz zwischen der Idealbeziehung (als dem intendierten Beziehungsangebot) und der Realbeziehung (als dem faktisch inszenierten, aber unbemerkten Austausch gegenseitiger Bedürfnisse) bleibt unerkannt und unbegriffen. Da dem Therapeuten bei prinzipiellem Theorieverzicht Reflexionskriterien fehlen, kann er eine destruktive Form des Mitspielens auch im Nachhinein nicht verstehend einholen.

### Exkurs: Rogers und das Problem der „Postmoderne“

Der Hintergrund des hier angesprochenen und eben für die Personzentrierte Psychotherapie bedeutsamen Dissenses wird vielleicht deutlicher durch einen kurzen Blick auf Positionen der sogenannten Moderne und Postmoderne. Für die Kultur- und Humanwissenschaften beginnt (anders als für die Kunst und die Architektur) die Moderne gegen Ende des 18. Jahrhunderts mit der Aufklärung und ihrer Proklamation des souveränen Subjektes. Dieses zeichnet sich durch Autonomie, individuelle Identität und Selbstverfügbarkeit aus, verbunden mit dem Anspruch, sich durch Vernunftgebrauch aus religiösen, politischen und ökonomischen Abhängigkeiten zu emanzipieren. In kritischer Reaktion auf dieses durch konsequente Rationalität geprägten Menschenbildes betonten wenig später die Romantiker die Welt des Irrationalen, des Traum- und Rauschhaften und des „Unbewusstseins“ (Carus, 1846). Gegen die Rationalitätszwänge pochten sie auf die Unmittelbarkeit des Gefühls. Man könnte in der romantischen Bewegung eine Art erster „Postmoderne“ sehen. Moderne und Postmoderne wären dann Antipoden eines dialektischen Prozesses in der europäischen Ideengeschichte.<sup>2</sup>

In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde Nietzsche der große Kritiker der Moderne mit ihrem Fortschrittsoptimismus und ihrer in Bürokratisierung und Technik sich manifestierenden rigorosen Zweckrationalität. In den USA jener Zeit unternahm vor allem

3 Natürlich darf sich die Personzentrierte Therapie in ihrem Selbstverständnis nicht maßgeblich von solch externen Faktoren bestimmen lassen. Sofern sie sich selbst jedoch primär als ein Psychotherapieverfahren versteht (und nicht z. B. als eine Art Weltanschauung), ist ein erfahrungswissenschaftliches Selbstverständnis, auch logisch gesehen, zwingend. Damit ist sie auch auf bestimmte „positivistische“ Positionen jeder angewandten Wissenschaft verpflichtet, ohne sich freilich darin erschöpfen zu müssen oder gar zu sollen.

William James solche Kritik. Die Modernitätskritik in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts ist allerdings eigentlich erst das, was wir im heutigen Sinne mit Lyotard (1999) die Postmoderne nennen. Als ein für die Psychotherapie und auch die Psychiatrie besonders bedeutender Vertreter der Postmoderne ist Foucault zu nennen. Die nach Foucault (2002) für alle modernen Humanwissenschaften (Psychologie, Psychiatrie, Soziologie, Pädagogik) verbindliche Beobachter-Perspektive charakterisierte er als den Blick des Anatomen auf den menschlichen Leichnam (oder, um an die Empfehlung Freuds zu erinnern, mit dem Blick des Chirurgen auf den narkotisierten Körper). Er betrachtete also diese Wissenschaften als das Ergebnis einer Selbstverdinglichung des modernen Subjekts. In den therapeutischen und sozialtechnischen Anwendungen dieser Wissenschaften sah er die Disziplinierungs- und Normalisierungsstrategien von Mächten, denen an einem reibungslosen Funktionieren sozialer Systeme gelegen ist. Er kritisierte das moderne (auch für die meisten Psychotherapieverfahren verbindliche) Menschenbild und dessen Wirkung auf gesellschaftliche Prozesse und Institutionen. Dabei wies er auf die Kosten der Rationalität mit ihrer Ausgrenzung all dessen hin, was sich nicht umstandslos in eine Ordnung der Vernünftigkeit fügt. Er zeigte die Zwänge und Einengungen jener „Selbsttechnologien“ auf, die das moderne Menschenbild mit seiner Verpflichtung auf Selbstkontrolle und Selbstdurchsichtigkeit, Autonomie und Identität auf die Individuen ausübt. So verschleiert z. B. das Autonomie-Ideal das fundamentale Angewiesensein auf die Anerkennung durch den Anderen und bringt den Zwang mit sich, solches Angewiesensein abzuwehren (siehe auch Meyer-Drawe, 2000). Oder das Ideal persönlicher Identität lässt keinen Spielraum zu für Widersprüchlichkeit, für von dieser Identität abweichende Bedürfnisse und Gefühle. Kennzeichnend für die Stimmung der Postmoderne in der Alltagswelt wurde das Betonen von Spontaneität, erlebnishafter „Unmittelbarkeit“ und das Anerkennen von Pluralität und Partikularität.

Rogers ist in diesem Spannungsfeld zwischen Moderne und Postmoderne nicht einsinnig zu positionieren (was allerdings für nicht wenige Verfechter der Postmoderne kennzeichnend ist). Der Moderne entspricht sein Streben nach empirischer Forschung und weitgehend auch sein Leitbild der selbstbestimmten bzw. autonomen und selbsttransparenten Person (die „fully functioning person“). Allerdings sind auch bei dem von ihm postulierten „neuen Menschen“ (Rogers, 1980a/1981) Züge der Postmoderne festzustellen. Das moderne Ideal persönlicher Identität wird von Rogers insofern „aufgebrochen“, als er die Person in einem ständigen Prozess des Werdens und damit der Veränderung sieht. Ganz aus dem Geist der Postmoderne ist seine Therapietheorie formuliert mit dem Zurückweisen all jener Aspekte, die mit der modernen Wissenschaftslogik bzw. mit dem „Experten“ als dem kritischen, rational abwägenden, Funktionalität einfordernden Beobachter zu tun haben: Diagnostik, Indikationsstellung, Therapieplanung und Therapietechnik. Rogers will eben nicht auf seine Klienten, so

könnte man mit Foucault sagen, mit „dem Blick des Anatomen auf den menschlichen Leichnam“ schauen.

Rogers sieht seine Rolle als Therapeut ausschließlich als Teilnehmer an der therapeutischen Interaktion. Als ein solcher vertraut Rogers sich ganz seinem organismischen Erleben an. Seine Rationalitätskritische Einstellung lässt ihn von jeder theoriegeleiteten, planvollen Gestaltung dieser Beziehung absehen. Nur wenn der Therapeut in von Theorievorgaben und Reflexionszwängen entlasteter Unmittelbarkeit als Teilnehmer bzw. Mitspieler interagiert, kann nach Rogers das Erleben des Patienten aktiviert und beeinflusst werden. Das therapeutische Handeln soll dabei ganz intuitiv, nicht reflektiert und konzeptgeleitet erfolgen: „Ich lasse mich ein in die Unmittelbarkeit der Beziehung; mein ganzer Organismus, nicht nur mein Bewusstsein, übernimmt die Beziehung und sensibilisiert sich darauf hin. Ich reagiere nicht bewusst auf eine planvolle oder analytische Art, sondern einfach unreflektiert auf das andere Individuum; meine Reaktion basiert, allerdings nicht bewusst, auf meiner ganzen Empfindungsfähigkeit für diesen anderen“ (Rogers, 1961a/1973, S. 199).

Der Versuch, während der Therapie das eigene und das Verhalten des Patienten zu reflektieren mit dem Ziel, es an bestimmten Indikationskriterien und konzeptuellen Vorgaben auszurichten, kann dabei nach Rogers das Eigentliche des therapeutischen Geschehens nur stören: „Das Misslingen eines jeden solchen intellektuellen Ansatzes hat mich zu der Erkenntnis gezwungen, dass wirkliche Veränderung durch Erleben in einer Beziehung zustande kommt.“ (Rogers, 1961a/1973, S. 46)

Nun ist der Verzicht auf kritische Reflexion in der Teilnehmer-Beziehung durchaus konzeptgerecht, denn gerade die Unmittelbarkeit des Miterlebens charakterisiert diese Beziehungsform. Rogers macht aber kaum die Notwendigkeit deutlich, im „Nachhinein“ (oder „zwischen durch“ im Oszillieren zwischen Teilnehmer- und Beobachter-Beziehung) das Interaktionsgeschehen unter einer theoretischen Perspektive (z. B. rollentheoretischer Art) kritisch zu sichten. Die in diesem Theorie- und Reflexionsvorbehalt deutlich werdenden postmodernen Überzeugungen laufen auf eine Kritik an einem vergegenständlichenden Verhältnis des Menschen zur äußeren und vor allem zu seiner eigenen inneren Natur hinaus. Sie bedeuten eine tiefe Skepsis gegenüber instrumentellen Denkformen, die auf Zwecktätigkeit und Naturbeherrschung gerichtet sind. Rogers will vielmehr sein Therapeutenverhalten durch jene Tiefenschichten steuern lassen, die jeder rationalen Konzeption und funktionalen Planung voraus liegen. Er vertraut auch hinsichtlich seines eigenen Vorgehens in der Therapie der „Erkenntnis, dass sein [des Menschen, J. F.] totaler Organismus klüger als sein Bewusstsein sein könnte und es oft ist“ (Rogers, 1961a/1973, S. 191). Rogers setzt also (gewissermaßen im Sinne Nietzsches und der Lebensphilosophie) ganz auf die „Weisheit des Organismus“, also auf das Andere der Vernunft als jene Kraft unverdorbenen Ursprünglichkeit, die er hinter den Entstellungen und Einengun-

gen eines rationalitätsgeprägten Bewusstseins sieht. Dabei will Rogers allerdings auch nicht „therapieren“ im Sinne des Kurierens von Krankheitssymptomen durch eine zielorientierte Applikation von Sozialtechniken, sondern er will im Rahmen eines In-Beziehung-Tretens Wachstumsprozesse fördern. Damit scheint er eine Alternative zu dem von Foucault kritisch Beschriebenen anzubieten (wenn auch innerhalb einer nach Foucault subjekttheoretischen Befangenheit).

Genau dies ist aber das Problem für ein Verfahren wie die Personzentrierte Psychotherapie, die auf dem „Gesundheitsmarkt“ als eine Methode im Sinne der Heilkunde anerkannt zu sein beansprucht. Will man nämlich im Diskurs der am Methodenideal moderner Wissenschaftlichkeit orientierten Psychotherapie (zu deren Vertretern gehören in Deutschland neben den Therapeuten der „anerkannten“ Verfahren auch die Sachwalter der „Gesundheitsversorgung“ und der Krankenkassen) den Personzentrierten Ansatz zustimmungsfähig halten<sup>3</sup>, so sind gegenüber dem Antiintellektualismus von Rogers jene Bedenken zu erheben, wie sie allgemein gegenüber Verfechtern der Postmoderne in den Human- und Kulturwissenschaften vorgetragen wurden (von z. B. Habermas, 1996; Rösen, 1990): Bei aller berechtigter Kritik an Fehlentwicklungen der Moderne mit der Einseitigkeit ihres Zweckrationalismus sind doch ihre Vernunftpotentiale, ihre in den verschiedenen Wissenschaften ausgebildeten Rationalitätsstandards nicht einfach aufzugeben im Proklamieren von reinen Gegenbildern. Solche Ausbruchversuche aus den Paradigmen der Moderne, so achtenswert sie unter bestimmten Aspekten auch sein mögen, führen letztlich in unaufhebbare Widersprüche, da die Ansprüche der modernen Lebenswelt ja nie mehr ganz zurückzuweisen sind. Dies bedeutet hier, dass der Stellenwert der Teilnehmer-Perspektive nicht einfach gegen den der Beobachter-Perspektive auszuspielen ist. Das Verhältnis dieser beiden Perspektiven ist als ein Aufeinander-Bezogenheit zu verstehen: Die Beobachter-Perspektive ist gewissermaßen die Hintergrundfolie, auf die hin der Therapeut sein Verhalten als Interaktionsteilnehmer immer wieder überprüfen und gegebenenfalls korrigieren muss.

Durch diesen Vorschlag, beide Perspektiven in einem Funktionszusammenhang zu sehen und insofern eine Synthese zwischen konträren Beziehungsmodi herzustellen, wird freilich das Dilemma der Moderne auch nicht rückstandslos aufgelöst, nämlich sich selbst gleichermaßen als beobachtendes Subjekt wie als teilnehmenden Akteur oder, auf Seiten des Patienten, als beobachtetes Objekt wie

als erlebendes Subjekt zu verstehen. Diese Paradoxie ist dialektisch zu bewältigen und durch die therapeutische Praxis so aufzuheben, dass ein konstruktives Beziehungsgeschehen möglich wird.<sup>4</sup>

Diese Aufgabe ist allerdings nicht nur eine therapeutische, sie stellt sich in unserer Kultur generell in jeder Beziehung, schon weil die ausschließliche Verwirklichung einer Position nicht gelingen kann. Die bloß beobachtende Distanz einerseits ist nur vordergründig zu realisieren, indem der Beobachter sein faktisches Angerührt- und Beteiligtsein abwehrt und seine tatsächliche (unabsichtliche) Rollenübernahme nicht symbolisiert. Die distanzlose Teilnahme andererseits ist selbst in einer Freundschafts- oder Liebesbeziehung nie bruchlos durchzuhalten. In manchen Situationen wird sich selbst der Liebende beim (ungewollt) distanziert-beobachtenden Blick auf die Geliebte ertappen. Nur diese Möglichkeit zur reflexiven Distanz wiederum ist es aber, die über ein rein situationsgebundenes Mitfühlen hinaus zu einem verstehenden Erfassen des Anderen in seinem Anderssein befähigt. Eine Synthese von Beobachter- und Teilnehmer-Beziehung (sowohl in der Partnerschaft wie in der Therapie) ergibt sich durch den ständigen Rückbezug der Wahrnehmungen (und ihre Interpretationen) aus der Beobachter-Perspektive auf die Verständigung in der Teilnehmer-Beziehung, indem diese Wahrnehmungen Gegenstand des kommunikativen Austausches werden.

## Die zweite Polarität: Die Alter-Ego- und die Dialog-Beziehung

Es wurde schon gesagt, dass innerhalb der Teilnehmer-Beziehung wiederum zwei Beziehungskonzepte zu unterscheiden sind, die Alter-Ego- und die Dialog-Beziehung. In beiden Beziehungskonzepten hat der Therapeut jeweils eine unterschiedliche, sehr spezifische Rolle und Aufgabe (Finke, S. 1999).

### Die Alter-Ego-Beziehung

Im Vollzug des *Einfühlenden Verstehens* stellt der Therapeut auch eine ganz bestimmtes Beziehungsmuster her. Bei diesem Beziehungskonzept, charakteristisch für den „frühen“ Rogers, besteht die Rolle des Therapeuten darin, für den Klienten ein Alter Ego, eine

3 Natürlich darf sich die Personzentrierte Therapie in ihrem Selbstverständnis nicht maßgeblich von solchen externen Faktoren bestimmen lassen. Sofern sie sich selbst jedoch primär als ein Psychotherapieverfahren versteht (und nicht z. B. als eine Art Weltanschauung), ist ein erfahrungswissenschaftliches Selbstverständnis, auch logisch gesehen, zwingend. Damit ist sie auch auf bestimmte „positivistische“ Positionen jeder angewandten Wissenschaft verpflichtet, ohne sich freilich darin erschöpfen zu müssen oder gar zu sollen.

4 Auch die aktuellen Diskurse im Personzentrierten Ansatz sind häufig von einer Gegensätzlichkeit bestimmt, in der man die konträren Positionen von Moderne und Postmoderne sehen kann. Dies zeigte sich z. B. auf dem letzten Kongress des Personzentrierten und Experientialen Weltverbandes (WAPCEPC) im Juli 2003 in Egmond aan Zee in Holland: s. dazu Person-Centered and Experiential Psychotherapies (2004), 3, (1 und 2). Zwar wird in der vorliegenden Arbeit, wie oben angedeutet, für eine Synthese dieser Positionen plädiert, jedoch kann die Spannung zwischen diesen Positionen für die weitere Diskussion im PCA sich auch als fruchtbar erweisen.

Art Doppel-Ich bzw. Doppelgänger seines Erlebens zu sein. Wollte der Therapeut diese Rolle und sein entsprechendes Vorgehen dem Klienten erläutern, so würde er nach Rogers sagen: „Um Ihnen behilflich zu sein, stelle ich mich selbst – das Selbst der gewöhnlichen Interaktion – beiseite und dringe so vollständig wie möglich in Ihre Wahrnehmungswelt ein. Ich werde in gewisser Weise ein zweites Selbst für Sie – ein Alter-Ego Ihrer eigenen Einstellungen und Gefühle.“ (Rogers, 1951a/1973, S. 47) Der Therapeut bemüht sich hier um eine gleichsam identifikatorische Teilhabe am Erleben des Patienten. Er versucht dabei, sich in die „innere Welt“ des Patienten hineinzuversetzen, diese nachzuvollziehen und ihren Sinn zu erfassen. Diese Erkundung der inneren Welt des Patienten soll unter dessen aktiver Teilnahme geschehen. Der Therapeut ist hier bemüht, eine Beziehung zu konstellieren, in der er als das andere Selbst des Patienten fungiert. Dabei versucht er, sich ganz in die Innensicht des Patienten zu begeben, dessen Perspektive zu übernehmen und die eigene Perspektive gewissermaßen auszuklammern. Der Therapeut bemüht sich, „in die Haut des Klienten zu schlüpfen“, um „die innere Welt des Klienten mit dessen Augen zu sehen als sei es die eigene“ (Rogers, 1975e/1977, S. 20). Er versucht, diese Welt als ein System von Bedeutungssetzungen und Sinnvorgaben zu erfassen, um so das Erleben und Verhalten des Klienten auf dieses Bezugssystem hin verstehen zu können (Rogers, 1951a/1973, S. 52, 196). Der Therapeut will hier also die Sichtweise des Patienten vorübergehend zu seiner eigenen machen und diese in allen Facetten verdeutlichen.

Der Therapeut ist dabei gehalten, sein eigenes Bezugssystem, sowohl seine alltagsweltlichen Erfahrungen wie sein Expertenwissen, zunächst einmal auszuklammern bzw. „beiseite zu stellen“ und den Klienten ganz aus sich selbst heraus, d. h. aus seinem Bezugssystem zu verstehen. Das so Verstandene soll der Therapeut dem Klienten mitteilen, damit dieser sich mit seinem eigenen Verhalten und Erleben und sodann auch mit seinem eigenen Bezugssystem, d. h. mit seinen Bewertungen und Bedeutungszuschreibungen auseinandersetzen kann. Der Therapeut gibt hier gewissermaßen dem Patienten seine Stimme, er benennt stellvertretend für den Patienten das für diesen noch Unsagbare und er fungiert als eine Art Katalysator (oder Facilitator, wie Rogers sagen würde) des inneren Zwiegesprächs des Patienten mit sich selbst.

Durch die Spiegelung in einem Anderen soll dem Klienten eine gewisse Distanznahme zu sich selbst und so eine Entzerrung der Selbstwahrnehmung ermöglicht werden: „In der klient-bezogenen Therapie findet der Klient im Berater ein echtes *Alter Ego* im operationalen und technischen Sinn – ein anderes Selbst, das (soweit möglich) zeitweise auf seine Eigenständigkeit verzichtet, mit der Ausnahme seiner Fähigkeit zu versuchen, den anderen zu verstehen. In der therapeutischen Erfahrung bedeutet das Sehen der eigenen, von einem anderen richtig ausgedrückten, aber ihrer emotionalen Verflechtungen enthobenen Einstellungen, Verwirrungen, Ambivalenzen und Wahrnehmungen, dass man sich selbst objektiv sieht, und das erleichtert die Aufnahme all dieser Elemente, die man jetzt

klarer sieht, in das Selbst“ (Rogers, 1951a/1973, S. 52). Zum anderen ist das andere Selbst, das der Patient in den Spiegelungen des Therapeuten findet, ein in besonderer Weise akzeptierendes, bejahendes Selbst (insofern das *Bedingungsfreie Akzeptieren* und Anerkennen die alle anderen Positionen umgreifende Grundhaltung ist; Spielhofer, 2004), das eben durch die Bejahung und Solidarisierung dem Patienten die Selbstannahme und damit die Überwindung der Abwehr gegenüber der Einsicht in bisher nicht akzeptierte Gefühle und Bedürfnisse ermöglicht.<sup>5</sup>

Die therapeutische Kommunikation wird mit diesem Beziehungskonzept insofern als von einer Alltagskommunikation sehr unterschieden beschrieben, als es hier die Aufgabe des Therapeuten ist, sich selbst als urteilende, Stellung nehmende Person gewissermaßen auszuklammern und ganz in der Person des Patienten aufzugehen. Rogers sprach hier zwar von einer „Als-Ob-Identifizierung“, vielleicht um damit anzudeuten, dass das beobachtende Ich des Therapeuten nur zeitweise beiseite zu stellen, nicht aber ganz auszuschalten ist. Jedoch sagt er dies nicht im Sinne eines ausdrücklichen Verweises auf eine nachfolgende kritische Sichtung. Vielmehr weist er häufig darauf hin, dass eine kritisch prüfende und beurteilende bzw. diagnostizierende Einstellung zu vermeiden sei.

Mit dem Konzept der Alter-Ego-Beziehung jedenfalls hat Rogers für die Psychotherapie Positionen in besonders konsequenter Weise fruchtbar gemacht, die schon in der Tradition der Hermeneutik vorgegeben waren. Schleiermacher, allgemein als der Begründer einer systematischen Hermeneutik angesehen, sprach davon, dass es beim Verstehen eines anderen zunächst darauf ankomme, „sich gleichsam in den anderen zu verwandeln“ (Schleiermacher, 1977, S. 169). Dilthey sah als eine Grundvoraussetzung des Verstehens „ein Sich-Hineinversetzen, [...] eine Transposition des eigenen Selbst in die Lebensäußerungen“ eines anderen. Es müsse so zu einem „Nachbilden oder Nacherleben, [...] zu einem vollkommenen Miterleben“ der inneren Welt des anderen kommen (Dilthey, 1927, S. 213f).

Freilich sahen Schleiermacher und Dilthey in diesem Nach- und Miterleben die Aufgabe des Verstehens noch nicht ganz erfüllt. In einem weiteren Schritt hat der Verstehende die Perspektive des anderen zu überschreiten (das „komparative Verstehen“ bei Schleiermacher), um „die Rede zuerst ebenso gut und dann besser zu verstehen als ihr Urheber“ (Schleiermacher, 1977, S. 55). Mit dem letztgenannten Schritt aber verlässt der Verstehende die Haltung des rein einfühlenden Nachvollzugs und nimmt gegenüber dem zu Verstehenden die objektivierende Position eines Betrachters ein, der sein eigenes Bezugssystem ins Spiel bringt. Dies bedeutet für die Psychotherapie, dass der Therapeut von der Ebene der Teilnehmer- und Alter-Ego-Beziehung wechselt auf die der

5 Durch diese alle anderen Positionen umgreifende, bejahende Grundhaltung wird auch so etwas wie „Ganzheitlichkeit“ der komplexen (eben nicht uniformen) personenzentrierten Therapiepraxis (und -konzeption) erreicht.

Beobachter-Beziehung. Genau dieses, also auch das „Den-Klienten-besser-Verstehen“, ist bekanntlich im Personenzentrierten Ansatz nicht unumstritten (Keil, 1997; Finke, 1999; Spielhofer, 1999). Will jedoch das Verstehen nicht hinter seiner therapeutischen Aufgabenstellung zurückbleiben, so muss es hier auch um ein Erhellen des dem Patienten selbst noch Unverständlichen gehen, so ist die Aufgabe des Verstehens auch das Erfassen eines (qua Symbolisierungsstörung) verborgenen Sinns. Dieses Verstehen als ein Erfassen von Sinn-Zusammenhängen, die sich auf nicht Symbolisiertes beziehen, setzt zwar Empathie voraus, geht aber nicht in dieser auf, sondern darüber hinaus (Finke, 2004).

### Die Dialog-Beziehung

Für den „späteren“ Rogers ist ein Beziehungskonzept kennzeichnend, in dem man einen Paradigmenwechsel zum Konzept der Alter-Ego-Beziehung sehen könnte. Sollte sich beim früheren Beziehungskonzept der Therapeut als reale Person ausklammern bzw. „beiseite stellen“, so soll er sich nun als eine solche einbringen. Etwa ab Ende der 50er Jahre betonte Rogers zunehmend die Bedeutung der realen Begegnung von „Person zu Person“ und das „reale Zugesein“ des Therapeuten: „Kongruenz bedeutet, dass der Therapeut seiner selbst gewahr ist, dass ihm seine Gefühle und Erfahrungen nicht nur zugänglich sind, sondern dass er sie auch durch sein Sein und Erleben in die Beziehung einbringen kann. Es bedeutet, dass es sich um eine direkte personale Begegnung mit dem Klienten handelt, eine Begegnung von Person zu Person. Es bedeutet, dass der Therapeut er selbst *ist* und sich nicht verleugnet“ (Rogers, 1975e/1977, S. 26). Hiermit wollte Rogers allerdings das Konzept der Alter-Ego-Beziehung nicht aufgeben, sondern nur ergänzen. Zu dieser bedeutsamen Akzentverschiebung in Richtung dialogphilosophischer Positionen hatten ihn die Arbeit mit schwer gestörten, auch schizophrenen Patienten sowie persönliche Kontakte mit Martin Buber geführt (Pfeiffer, 1991; Beck, 1991; Schmid, 1994). Die Auseinandersetzung mit Bubers „dialogischem Prinzip“ (Buber, 1962) brachte Rogers zu der Überzeugung, dass es wichtig für den Patienten sei, den Therapeuten auch in unmittelbarer Gegenwärtigkeit als konkrete und authentische Person zu erleben (Rogers, 1961a/1973, S. 47; Rogers & Schmid, 1991). Denn indem der Therapeut seine Resonanz auf den Patienten in angemessener Weise zeigt, kann der Patient die Gültigkeit seiner Beziehungserwartungen und Interaktionsmuster überprüfen und korrigieren. Stereotype Beziehungserwartungen werden durch die wiederholte und erlebnisintensive Konfrontation mit einer gegenläufigen Erfahrung modifiziert.

Das dem Konzept der Dialog-Beziehung entsprechende Therapieprinzip ist *Kongruenz/Echtheit*. *Kongruenz* bedeutet, dass der Therapeut in seinem Handeln als ganze Person „zugegen“ ist und mit sich selbst übereinstimmt (Rogers, 1962c/1977, S. 162). Zwischen verbalem Ausdruck und nonverbalem Verhalten bestehen bei ihm

keine Brüche. Das setzt voraus, dass der Therapeut frei von unbewussten Widersprüchen ist. Die Kongruenz meint also die Haltung von Authentizität und Eindeutigkeit. Um dies zu gewährleisten, muss der Therapeut in Kontakt zu seiner „organismischen Erfahrung“ stehen, das heißt, er muss diese weitgehend symbolisieren und jeweils erspüren können, auch wenn er etwa trotz des Bemühens um Zuwendung insgeheim Gefühle von Verachtung oder Feindseligkeit gegenüber seinem Patienten hegt. Wenn ihm das gelingt, kann er diese Gefühle auch bearbeiten und auf diese Weise seine Kongruenz wiederherstellen. Der zweite Begriff, *Echtheit*, besagt, dass sich der Therapeut in bestimmten Situationen dem Patienten transparent machen, sich ihm öffnen und seine Gefühle mitteilen soll („self-disclosure“; Carkhuff, 1969). Diese Mitteilung setzt eine Selektion und damit vorgängige Bearbeitung dieser Gefühle voraus.

Ein Kriterium des Dialogs ist die *Gegenseitigkeit* und „Gegenständigkeit“. Die Rolle des Therapeuten ist demnach hier die eines „Gegenüberstehenden“, eines Antwortenden (Schmid, 2002). Der Therapeut übernimmt nicht die Perspektive des Patienten, sondern stellt seine Perspektive dem Patienten gegenüber. Ist in der Alter-Ego-Beziehung der Therapeut das Doppel-Ich, das zweite Selbst des Patienten, eine Art Selbst-Substitut desselben, so ist er in der Dialogbeziehung der vom Patienten Unterschiedene, der Stellungnehmende, bedeutsame Andere. Er ist für den Patienten das antwortende Du (im Sinne von Buber, 1962, S. 41ff.). Der Patient soll hier den Therapeuten in seiner Verschiedenheit, in seiner Alterität erleben, um auf dieser Folie des Nicht-Ich, der Andersartigkeit, die Konturen seines eigenen Ich schärfer wahrnehmen zu können. Dies ist z. B. bei Borderline-Patienten wichtig, die oft nur über eine lückenhafte Selbst-Demarkation verfügen und so auch eine defizitäre Fähigkeit zur Ich-Andere-Unterscheidung haben (im Sinne von „meine Bedürfnisse sind nicht immer auch die des anderen“), was ein Grund für die vielen Beziehungskonflikte darstellt, in die diese Patienten häufig verstrickt sind. Sie neigen dazu, intrapsychische Spannungen als interpersonale Konflikte zu erleben, deswegen ist ihnen auch mit einem interpersonalem Ansatz zu begegnen. Das macht allerdings die Arbeit auf der intrapersonalen Ebene im Sinne der Alter-Ego-Beziehung auch bei diesen Patienten keinesfalls überflüssig (Finke, 2004).

Der Therapeut soll sich also als authentische und reale Person kenntlich machen. Der Patient ist zu einer Auseinandersetzung mit der Person des Therapeuten aufgefordert. Insofern hat die Dialogbeziehung etwas Konfrontatives. Der Therapeut konfrontiert den Patienten (in selektiver Weise) mit seiner persönlichen Reaktion auf ihn. Da Therapeut und Patient dabei idealerweise auf das Hier und Jetzt ihrer Wahrnehmung Bezug nehmen, ist die Dialogbeziehung Interaktion und Realbeziehung in einem besonders unmittelbaren Sinne.

Aus diesem Grunde kommt diese Beziehung aber auch der Alltagskommunikation nahe, so dass für den Therapeuten die Gefahr besteht, unwillkürlich die Interaktion von eigenen Bedürfnissen



so bestimmen zu lassen, dass der Patient in maladaptiven Interaktionsmustern fixiert wird. Deshalb ist besonders für die Dialog-Beziehung wichtig, in der Beobachter-Perspektive ein Korrektiv zu haben.

## Therapeutische Konsequenzen

Grundsätzlich wird der Therapeut in der Therapie zwischen Alter-Ego- und Dialog-Beziehung oszillieren. Dies ist aber bei unterschiedlichen Klienten in einem unterschiedlichen Ausmaß nötig. Bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung etwa wird der Therapeut häufiger auf der Ebene der Dialog-Beziehung intervenieren. Bei der Beantwortung der Frage, wann eher auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung, wann auf der Dialog-Beziehung zu arbeiten ist, spielt natürlich auch der Therapieprozess eine Rolle. Generell wird man in den ersten Stadien der Therapie nachdrücklicher aus der Alter-Ego-Position intervenieren als in späteren.

Der Dialog-Beziehung sind drei Interventionskategorien zuzuordnen, die schon von Mitarbeitern Rogers' systematisch beschrieben wurden (Carkhuff & Truax, 1967; Carkhuff, 1969): Das *Beziehungsklären*, das *Konfrontieren* und das *Selbstöffnen/Selbsteinbringen*. Der Interventionskategorie *Beziehungsklären* ist allerdings konzeptuell eine Stellung zwischen Alter-Ego- und Dialog-Beziehung zuzuschreiben, da der Therapeut einerseits im Sinne des *Einfühlenden Verstehens* das (Beziehungs-)Erleben des Klienten zu erfassen sucht, andererseits sich selbst als den vom Klienten Gemeinten, den Anderen, versteht. Dem *Beziehungsklären* entspricht eine Beziehungsebene, die von den Analytikern „Übertragungsbeziehung“ genannt wird (Finke, 1999), jedoch im Personzentrierten Ansatz beziehungs- und therapietheoretisch nicht ausdrücklich konzeptualisiert wurde.

Wenn das *Konfrontieren* in einer besonders persönlichen Form geschieht bzw. mit einer „Ich-Botschaft“ verbunden wird, kann in ihm auch eine Form des *Selbsteinbringens* gesehen werden (siehe unten). Im *Selbsteinbringen* ist die Realisierung der von Rogers geforderten Transparenz des Therapeuten zu sehen (Rogers, 1961a/1973, S. 47). Diese besteht in der Kundgabe der kognitiven und besonders der emotionalen Resonanz des Therapeuten. Das bedeutet, dass im Falle von positiven Emotionen (Freude, Zufriedenheit, Wertschätzung) von einer Halt gebenden, Ressourcen aktivierenden Wirkung und im Falle von eher negativen Emotionen (Unzufriedenheit, Ärger, Skepsis) von einer hinterfragenden, konfrontierenden Funktion des *Selbsteinbringens* auszugehen ist.

Das *Beziehungsklären*, das *Konfrontieren* und das *Selbsteinbringen* sind Interventionsformen, die einerseits eine spezifisch klärende und den Patienten zur Selbstauseinandersetzung auffordernde, andererseits eine Selbstwert stabilisierende, Ressourcen aktivierende Funktion haben. Sie sind wichtig bei Patienten mit einer stärkeren Selbstwertproblematik, einer Identitätsunsicherheit

bei diffusem Selbstkonzept und einer Beziehungsstörung, also, so könnte man vereinfachend sagen, bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Denn diese Patienten brauchen eher die sowohl anerkennende und ermutigende wie die Orientierung gebende und Grenzen setzende Präsenz eines bedeutsamen Anderen. Das betonte Auf-sich-selbst-Zurückverwiesenwerden, wie es für die spiegelnden Interventionen in der Alter-Ego-Beziehung bzw. auf der Ebene des *Einfühlenden Verstehens* typisch ist, ist für diese Patienten zu irritierend, da zu wenig Sicherheit und Orientierung vermittelnd. Da auch die eher konfrontierenden Interventionen auf dem Hintergrund einer akzeptierenden, bejahenden Grundhaltung vollzogen werden, kann der Patient neue Beziehungserfahrungen machen, die seine bisherigen negativen Beziehungserwartungen korrigieren (im Sinne von: Kritik und Anerkennung schließen einander nicht aus). Insofern sich hier der Patient mit der Perspektive und mit dem Erleben eines bedeutsamen Anderen auseinandersetzen muss, kann dies seine Empathiefähigkeit wie auch die Konturierung seines Selbstkonzeptes und die Fähigkeit der Ich-Andere-Unterscheidung verbessern. Dies ist ganz besonders wichtig bei Borderline-Patienten, von denen unten die Rede sein wird.

## Der Krankheitsbezug in der Personzentrierten Psychotherapie

Die bisher besprochenen Beziehungskonzepte haben bei den verschiedenen Krankheiten bzw. Störungen eine unterschiedliche Bedeutung. Patienten mit bestimmten Störungen, z. B. Borderline-Störungen, neigen dazu, ihre Therapeuten in schwierige Interaktionssituationen zu verwickeln und in maladaptive Interaktionsmuster hineinzuziehen. Hier ist es für den Therapeuten erforderlich, sich öfter und nachdrücklicher die Beobachter-Position zu beziehen, um aus dieser Perspektive das Interaktionsgeschehen zu beurteilen und gegebenenfalls das eigene Interaktionsverhalten korrigieren zu können. Auch das Verhältnis von Alter-Ego- und Dialog-Beziehung ist bei verschiedenen Störungen unterschiedlich zu gewichten. Vor allem bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen muss der Therapeut in der Regel häufiger auf der Ebene der Dialog-Beziehung intervenieren. Dabei ist hier „Störung“ in einem sehr weiten Sinne gemeint, genau genommen handelt es sich meist um die Verschränkung von Störung und Persönlichkeit, auf die der Therapeut mit der Art seines Beziehungsangebotes Bezug nehmen muss.

## Das Konzept der „Störungsspezifität“

Wenn so etwas wie die Störung oder die Krankheit zu einem Kriterium für die Konzeptbildung in der Personzentrierten Therapie wird, könnte man schon darin ein Abweichen vom Selbstverständnis des Personzentrierten Ansatzes sehen, weil für dieses Selbstverständnis

doch gerade nicht eine Mangel- bzw. eine Defizitperspektive, sondern eine Ressourcen- und Wachstumsperspektive charakteristisch sei. Dem gegenüber ist zu sagen, dass eine ausschließliche Betonung einer „Gesundheitsperspektive“ wiederum eine die Verfasstheit der menschlichen Person verkürzende Einseitigkeit darstellt. Denn zum Menschsein gehört auch die Möglichkeit von Krankheit, Mangel und Zerfall. Deswegen sind auch in dieser Hinsicht beide Blickpunkte, der ressourcen- wie der defizitorientierte, von Bedeutung. Da es ja meist ein Erleben von Mangel oder Gestörtsein ist, das den Klienten zum Therapeuten führt, wird gerade ein Klientenzentrierter Therapeut sich auch für diese Perspektive interessieren und nach Entstehungs- und Änderungsbedingungen solchen Erlebens fragen.

Eine weitere Einseitigkeit ist zu korrigieren: Wenn manche Vertreter eines prozess- und zielorientierten Vorgehens fordern, dass der Therapeut ein Prozessexperte sein müsse, so wird dabei oft ein Verzicht auf den Anspruch eines „Inhaltsexperten“ ausgesprochen. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob der „Prozessexperte“ nicht auch „Inhaltsexperte“ sein muss, schon deshalb, weil manche Prozessaspekte sich erst auf dem Hintergrund von inhaltlichen Vorgaben erkennen lassen. Hier soll die These vertreten werden, dass für das Verstehen des Klienten und des Prozesses, in dem dieser sich gerade befindet, Vorstellungen über mögliche Inhalte eine Rolle spielen (Teusch & Finke, 1995).

Solche Vorstellungen werden dem Therapeuten schon durch sein Alltagswissen nahe gelegt, durch ein Expertenwissen wird er diese präzisieren und differenzieren. Diese Inhalte stellen z. B. spezifische Gefühle und Bedürfnisse dar, die sich einerseits als Folge oder Ausdruck der Störung, andererseits der jeweiligen Persönlichkeit des Patienten ergeben. Dabei ist besonders bei lang anhaltenden Störungen von einer Verschränkung von Störung und Persönlichkeit auszugehen. Diese Inhalte werden durch charakteristische Themen abgebildet, den Schlüsselthemen der jeweiligen Störung (Finke, 2004). Das therapeutische Vorgehen ist hier insofern „themenzentriert“, als der Therapeut mit dem Bedeutsamwerden bestimmter Themen während des Therapieprozesses rechnet bzw. sich dafür sensibilisiert.

Die Auflistung solcher störungsspezifischer Themen entspricht also der Explikation des (alltagsweltlichen und expertenspezifisch-theoretischen) Vorwissens, des „Vorverständnisses“, ohne das ein Verstehen gar nicht möglich ist. Selbst wo ein solches Vorwissen nicht expliziert wird, leitet es als implizites doch ganz „selbstverständlich“ das Verstehen. Im Vollzug des *Einfühlenden Verstehens*, also im therapeutischen Prozess, hat der Therapeut freilich (aus der Beobachter-Perspektive) die Angemessenheit dieses Vorverständnisses ständig zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren, d. h. er hat zum Beispiel zu prüfen, welches Thema jeweils wirklich für den Patienten relevant ist. Das schließt auch die Überlegung ein, mit welcher Intensität ein Thema in Hinblick auf die jeweilige

Belastbarkeit des Patienten in einem bestimmten Prozess-Stadium zu bearbeiten ist.

Der Therapeut wird auch darauf achten, solche Themen nach Möglichkeit in einer bestimmten Reihenfolge zu bearbeiten (d. h. soweit dieses dem Erleben des Klienten und der Entwicklung der therapeutischen Beziehung entspricht). Er wird z. B. zunächst eher symptom- und später vorwiegend persönlichkeitsbezogene Themen aufgreifen. So ergibt sich ein therapiephasenspezifisches bzw. *prozessorientiertes* Vorgehen (Swidens, 1991). Inhalts- und Prozessorientierung sind also als miteinander verschränkt zu sehen.

## Die Schlüsselthemen der Borderline-Störung und ihre Bearbeitung

Ein störungsbezogener Ansatz soll hier beispielhaft anhand der Borderline-Störung veranschaulicht werden (siehe zu diesem Thema, vor allem hinsichtlich der Störungstheorie, auch den Beitrag von Spielhofer in diesem Heft). Die Borderline-Störung wurde hier gewählt, weil dieses Störungsbild es in besonderer Weise notwendig macht, das „Standardverfahren“, also ein Intervenieren überwiegend auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung bzw. des *Einfühlenden Verstehens*, aus oben genannten Gründen zu modifizieren durch ein verstärktes Arbeiten z. B. auf der Ebene der Dialog-Beziehung. Auf der Ebene des konkreten Intervenierens sind dabei drei Handlungsebenen zu beschreiben:

1. Einfühlen und Verstehen, d. h. die sich aus der Position des *Einfühlenden Verstehens* bzw. der Alter-Ego-Beziehung ergebenden Interventionsformen.
2. *Beziehungsklären*.
3. *Selbsteinbringen*, einschließlich Konfrontieren (Ebene der Dialog-Beziehung).

Die Entscheidung für eine dieser Handlungsebenen im Therapieprozess erfolgt gewissermaßen aus der Perspektive des Beobachters, also auf der Ebene der Beobachter-Beziehung, die die fortlaufende Hintergrundfolie für das Handeln auf den oben genannten Ebenen darstellt. Dabei kann die Beobachter-Beziehung jedoch auch unmittelbar handlungsrelevant werden, der Therapeut interveniert dann unmittelbar auf dieser Beziehungsebene. Dies ist beim „Konfrontieren“ (Tscheulin, 1992) der Fall: Der Therapeut konfrontiert den Patienten mit einer Beobachtung widersprüchlichen Verhaltens. Wenn jedoch das Mitteilen einer Beobachtung mit einer „Ich-Botschaft“, d. h. mit Aspekten der emotionalen Resonanz des Therapeuten verbunden ist (z. B. „Ich beobachte mit Sorge ...“ oder „Es überrascht mich, dass ...“), ist es angemessen, eine solche Mitteilung als *Selbsteinbringen* zu klassifizieren (Finke, 2004).

Die Schlüsselthemen der Borderline-Störung ergeben sich zum einen aus der Auflistung der wesentlichen Symptome und Persönlichkeitsmerkmale in den Diagnose-Systemen ICD-10 und DMS-IV, zum anderen aus der Beschreibung von Symptomatik und Persönlichkeitsproblematik in der Literatur, vor allem auch seitens personenzentrierter Autoren (Finke, 2004). Natürlich kann man manchen Themen auch einen anderen Namen geben, wobei mit mancher Benennung auch schon eine Interpretation dieser Phänomene vorgenommen wird. Auch ist die jeweils vorgestellte Liste der störungstypischen Themen nicht als vollständig zu betrachten, schon weil durch die Individualität der jeweiligen Person weitere Themen bedeutsam sein können.

In der Aufstellung sind den Schlüsselthemen jeweils Unterthemen zugeordnet. Dadurch wird das im Obertitel genannte Phänomen bereits in einen Sinn erschließenden Kontext gestellt, d. h. im Unterthema werden die Gründe, manchmal allerdings auch die Konsequenzen, des im Oberthema angesprochenen Erlebens benannt.

#### Schlüsselthemen Borderline-Störung (aus Finke, 2004, S. 21)

##### Ärger und Wut

- Empörung bei erlebter Zurückweisung
- Enttäuschte Idealisierung
- Aggressive Getriebenheit

##### Selbstdestruktion

- Selbstbestrafung
- Autonomiebehauptung
- Suche nach Selbstkontakt

##### Identitäts-Störung

- Mangel an Selbstwahrnehmung
- Mangel an Selbstkontakt
- Emotionale Labilität

##### Autonomie-Erleben

- Mangel an Impulskontrolle
- Angst vor Nähe und Selbstverlust
- Ohnmachtserleben

Hier sollen beispielhaft zwei Themenkomplexe kurz erwähnt und ihre therapiepraktische Bearbeitung angedeutet werden, Ärger und Wut sowie die Identitätsstörung. Aus Raumgründen wurde nur eine beschränkte Anzahl von Interventionsbeispielen ausgewählt und auch zu den einzelnen Themen sind meist nur ein oder zwei Interventionsformen (Handlungsebenen) beispielhaft aufgeführt. Diese Interventionsformulierungen sollen exemplarisch das Prinzip des therapeutischen Vorgehens andeuten, es werden deshalb nur (konstruierte) Therapeuten- und keine Patientenäußerungen genannt.

**Ärger und Wut:** Die Gefühle von Ärger und Wut sind bei Borderline-Patienten oft sehr beherrschend (Eckert, 1994; Finke & Teusch, 2001; Finke, 2004). Solche Emotionen sind im Kontext des gestörten Beziehungs- wie des Selbsterlebens dieser Patienten zu sehen. (Hinsichtlich der Bedingungsanalyse solcher Gefühle und ihres unmittelbaren Anlasses entlang von Konstrukten wie „Spaltung“, „Projektion“ und „projektiver Identifizierung“ sei auf den Beitrag von Spielhofer in diesem Heft verwiesen).

**Erleben von Zurückweisung und Entwertung:** Borderline-Patienten fühlen sich auf dem Hintergrund sehr unrealistischer, mehr oder weniger stereotyper Beziehungserwartungen, die wiederum meist in traumatischen Beziehungserfahrungen gründen, schnell massiv zurückgewiesen und entwertet.<sup>6</sup> Dieses Erleben löst dann kaum beherrschbaren Ärger und Wut aus. Therapeutisch ist es wichtig, die Zusammenhänge zwischen diesen Beziehungserwartungen gegenüber relevanten Bezugspersonen und dem tatsächlichen Beziehungsereignis herauszuarbeiten. Dies wird nicht selten auch die Beziehung zum Therapeuten betreffen. Das Klären dieser Zusammenhänge, das bei diesen Patienten auch zu einer Differenzierung der psychosozialen Wahrnehmung führen soll, ist durch Interventionen auf der Ebene des *Einfühlenden Verstehens* möglich:

T: „Sie wurden gegen Ihre Frau so zornig, weil Sie in ihrem Verhalten nur eine Rücksichtslosigkeit sehen konnten.“

Borderline-Patienten erleben, viel stärker als andere Patienten, oft auch intensive Gefühle der Ablehnung oder der Zuneigung gegenüber ihrem Therapeuten. Es ist wichtig, gerade diese Gefühle per *Beziehungsklären* aufzugreifen (Näheres dazu s. Finke, 2004):

T: „Sie erleben mich als wenig an Ihnen interessiert und das macht Sie so erbost.“

T: „Was war es genau, das Sie zu dem Schluss führte, Sie seien mir gleichgültig?“

Je nach Situation, z. B. bei besonders heftigen und den Patienten sehr bedrängenden Gefühlen, kann es auch indiziert sein, dass der Therapeut direkt antwortet, also auf der Ebene der Dialog-Beziehung bzw. des *Selbsteinbringens*, interveniert:

T: „Ich bin ziemlich irritiert und auch verletzt, dass Sie mich so attackieren. Helfen Sie mir, das zu verstehen.“

**Enttäuschte Idealisierungen:** Borderline-Patienten haben oft auch eine Störung der psychosozialen Wahrnehmung und sie neigen dazu, relevante Bezugspersonen entweder verklärend oder

<sup>6</sup> Man könnte hier von dysfunktionalen bzw. „unrealistischen“ Beziehungserwartungen und gestörten Beziehungswahrnehmungen sprechen, die zu einer dysfunktionalen Beziehungsgestaltung (dysfunktionale Interaktionsmuster) führen. Spielhofer hat (in diesem Heft) die innerpsychische Dynamik dieser Vorgänge deutlich gemacht.

entwertend wahrzunehmen. Enttäuschungen der Erwartungen gegenüber vorher sehr idealisierten Personen können zu dem empörenden Gefühl führen, etwa in einem zentralen Wunsch nach Orientierung betrogen worden zu sein. Aber auch die noch nicht enttäuschte Idealisierung ist beachtenswert und sollte hinsichtlich des Bedürfnisses angesprochen werden, das zu dieser Idealisierung führt. Wenn die Idealisierung den Therapeuten betrifft, erfolgt ihre Ansprache natürlich per *Beziehungsklären*. Denn diese Idealisierungen, die der Realität nicht beliebig lange standhalten können, sind oft der Grund für heftiges Enttäuschungsleben.

T: „Sie scheinen in mir einen Menschen von fast übernatürlicher Güte zu sehen, vielleicht weil Sie sich sehr nach einem solchen Menschen sehnen?“

**Aggressive Getriebenheit:** Borderline-Patienten können unter plötzlich und scheinbar grundlos aufschießenden Gefühlen, wie z. B. Ärger und Wut, leiden. Dieser Zustand kann mit starker innerer Spannung und Gereiztheit verbunden und gerade wegen der scheinbaren Anlasslosigkeit sehr quälend sein. So wichtig es ist, dem Patienten dabei zu helfen, äußere und innere Situationen, die hier auslösend gewirkt haben können, präziser wahrzunehmen, so muss es zunächst darum gehen, dem Patienten bei der akuten Bewältigung dieser oft quälenden Gefühle zu helfen. Zwar kann schon das präzise Symbolisieren dieser Stimmungen und der Schwierigkeit, mit ihnen umzugehen, eine gewisse Entlastung schaffen, indem dadurch eine Distanzierung und das Erleben von mehr Selbstwirksamkeit ermöglicht wird. Auf der Alter-Ego-Ebene, also per Einfühlen und Verstehen, wäre in diesem Sinne etwa zu intervenieren wie folgt.

T: „Sie könnten die ganze Zeit platzen vor Wut und Sie wissen jetzt gar nicht, wohin Sie mit dieser entsetzlichen Spannung sollen.“

Auf der Ebene der Dialogbeziehung, also per *Selbsteinbringen*, könnte der Therapeut folgendermaßen formulieren.

T: „Es hat mich eben geärgert, wie gereizt Sie sich mir gegenüber verhalten. Aber jetzt frage ich mich, ob das mit mir persönlich vielleicht gar nicht so viel zu tun hat?“

Es müssen diesen Patienten in bestimmten Situationen, in denen sie ihren Stimmungen in sehr quälender und unter Umständen auch gefährdender Weise ausgeliefert sind, auch ganz konkrete Bewältigungshilfen gegeben werden. Schon insofern ist hier eine Modifizierung der „Standardmethode“ nötig. Hier kommt vor allem ein therapeutisches Vorgehen auf der Ebene der Dialog-Beziehung, insbesondere im Sinne des *Selbsteinbringens*, infrage. Aus der Position des *Selbsteinbringens* können wiederum sehr unterschiedliche Interventionen erfolgen, so das Mitteilen von Ähnlichkeit, auch von Hinweisen bzw. Ratschlägen (Finke, 2004). Besonders letztere werden natürlich immer zur Diskussion gestellt.

T: „Ich war auch schon mal in einer Situation, wo ich vor innerer Spannung mit mir kaum zurecht kam. Da hat mir Jogging geholfen, oder hätten Sie für sich eine andere Idee?“

Durch ein solches *Selbsteinbringen*, hier als *Mitteilen von Ähnlichkeit*, und die hiermit verbundene Aufforderung, über Bewältigungsmöglichkeiten nachzudenken, werden die Ressourcen des Patienten mobilisiert und sein aktives Bemühen und damit schließlich sein Selbstwerterleben gestärkt.

## Identitätsstörung

Ein Mangel an Identitätserleben als Unklarheit hinsichtlich des „Selbstbildes, der persönlichen Ziele und der inneren Präferenzen“ wird in der ICD-10 als ein weiteres Symptom der Borderline-Störung beschrieben. Von personenzentrierter Seite ließe sich hier auch von einem diffusen, inkohärenten Selbstkonzept sprechen, wobei diese Störung hier nicht nur darin besteht, dass viele organismische Erfahrungen im Selbstkonzept nicht exakt symbolisiert werden. Vielmehr ist im Selbstkonzept dieser Patienten auch Widersprüchliches und wenig Konstantes symbolisiert; dieses ist also inkohärent und sehr wechselhaft. Die Gründe hierfür sind vielschichtig, vereinfachend lässt sich sagen, dass eine Störung der Selbstwahrnehmung, des Selbstkontaktes und eine emotionale Instabilität zu beschreiben sind.

**Selbstwahrnehmung:** Eine ebenso konsistente wie konstante Selbstwahrnehmung ist Voraussetzung für ein klar konturiertes und stabiles Selbstkonzept und damit für das Erleben von Identität. Dies gilt übrigens auch für die Fremdwahrnehmung, da sich Personen auch über den Blick der anderen definieren. Bei Borderline-Patienten sind sowohl Selbst- wie Fremdwahrnehmung vage bzw. ungenau und oft widersprüchlich. An der Fremdwahrnehmung kann sehr überzeugend über das *Beziehungsklären* (siehe oben), also über die Auseinandersetzung mit der Person des Therapeuten gearbeitet werden. Hinsichtlich der Selbstwahrnehmung müssen diese Patienten lernen, ihre Gefühle und vor allem ihre Bedürfnisse zunehmend besser zu identifizieren und zu differenzieren. Hierzu sind natürlich Interventionen auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung bzw. des *Einfühlenden Verstehens* geeignet.

T: „Was Sie sich wünschen ist, dass Ihr Mann Sie mehr als eigenständige Person respektiert und Ihnen andererseits doch zugewandt bleibt.“

Da Borderline-Patienten oft ein Erleben dafür fehlt, welche Gefühle und Bedürfnisse in einer bestimmten Situation überhaupt möglich und angemessen sind, kann der Therapeut als Modell fungieren und über das *Selbsteinbringen* intervenieren, hier im Sinne des *Anbietens einer alternativen Erlebensweise* (Finke, 2004).

T: „Ich wäre aber ziemlich enttäuscht und auch verletzt, wenn mein Partner so mit mir umginge.“

**Selbstkontakt:** Mit dem Begriff „gestörter Selbstkontakt“ ist die verminderte Fähigkeit gemeint, sich in emotional-erlebnishafter Weise selbst zu spüren, ein Gefühl von sich selbst zu haben, für sich selbst gegenwärtig zu sein. Das von der ICD-10 für die Borderline-Störung genannte Symptom der inneren Leere ist eine Äußerungsform des mangelnden Selbstkontaktes. Die Patienten leiden unter einer quälenden Langeweile und dem dumpfen Gefühl, keinen Zugang zu sich selbst zu haben. Sie suchen dann in Extremerlebnissen und im Risikoverhalten den Kontakt zum eigenen Fühlen. Durch Einfühlen und Verstehen, also auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung, sind die Bedürfnisse zu klären, die den Patienten zu seinem Verhalten führen.

T: „Wenn Sie sich so Hals über Kopf wieder in ein neues Liebesabenteuer stürzen, dann erst haben Sie das Gefühl, intensiv zu leben und sich selbst zu spüren.“

Über das *Selbsteinbringen* können dann die Konsequenzen solchen Verhaltens bearbeitet werden.

T: „Es bekümmert mich und besorgt mich, wie rücksichtslos Sie mit sich selbst umgehen.“

**Emotionale Instabilität:** Borderline-Patienten leiden oft unter sehr heftigen und schnell wechselnden Gefühlen. Da Gefühle immer auch eine Information über das eigene Selbst darstellen, erschwert dieser Wechsel die Bildung eines konsistenten Identitätserlebens. Das Ziel muss hier sein, Ursprung und Auslöser der oft scheinbar grundlos aufschießenden Gefühle (zunächst per Einfühlen und Verstehen) so zu klären, dass sie in ein kohärentes Konzept des eigenen Selbst integriert werden können. Ganz im „Hier und Jetzt“ und besonders erlebenszentriert und wirkungsvoll ist hier die Klärung von Gefühlen möglich, die sich auf den Therapeuten beziehen und per *Beziehungsklären* aufgegriffen werden.

T: „Irgendwie fühlen Sie sich von mir verraten, weil Sie mich telefonisch nicht erreichen konnten, und das lässt Sie jetzt so verärgert und misstrauisch mir gegenüber sein.“

## Schlusswort: Das Anliegen dieser Darstellung

Mit diesen kurzen Beispielen sollte ein störungsbezogenes Vorgehen veranschaulicht und speziell die Therapiepraxis bei der Borderline-Störung angedeutet werden. Es sollte deutlich werden, dass eine Konzeptbildung, die mögliche Inhalte einer Therapie und den Modus ihrer Bearbeitung reflektiert, das therapeutische Verstehen so sensibilisieren und leiten kann, dass seine Reichweite größer und der Zugang zum Patienten zielsicherer wird. Auch sollte die

Vielschichtigkeit des therapeutischen Vorgehens angedeutet werden, das sich aus dem jeweiligen Beziehungsangebot ergibt.

Mit dieser präskriptiven Darstellung des therapeutischen Vorgehens werden Leitlinien entworfen, auf deren Hintergrund dieses Vorgehen überhaupt erst bewertbar und kritisierbar wird. Diese Leitlinien stellen jedoch keine rigiden Behandlungsanweisungen dar, sondern nur einen begrifflichen Raster für die Reflexion des therapeutischen Handelns und einige Orientierungspunkte für die therapeutische Suchhaltung. Denn erst auf dem Hintergrund einer differenzierten Begrifflichkeit kann sich die Möglichkeit des Verstehens voll entfalten, kann (aus der Perspektive eines Alltagsverständnisses) zunächst Unverständliches eben doch von einem „wissenden“ Verstehen eingeholt werden (Spielhofer, 1999). Mit solcher Begrifflichkeit und den entsprechenden konzeptionellen Vorentwürfen wird nur das für jedes Verstehen nötige Vorwissen bzw. „Vorverständnis“ bereitgestellt, ein Vorverständnis, das freilich mit der Wirklichkeit des Patienten immer wieder abzugleichen ist. Diese Leitlinien erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Für die eigene Entscheidung und die eigene Intuition und Improvisation bleibt in jedem Falle hinreichend Spielraum.

Bei dem hier vertretenen Ansatz einer störungsbezogenen Gesprächspsychotherapie sind die Aspekte einer Teilnehmer-Beziehung im Sinne von Rogers immer mitzulesen, auch wenn diese wegen der verkürzenden Darstellungsweise in der hier skizzierten Behandlungspraxis nicht genügend zum Ausdruck kommen. Bei einer auf Systematik und Übersichtlichkeit bedachten Darstellung kann der Eindruck eines sehr zweckrationalen, durchstrukturierten Vorgehens entstehen, bei dem selbst das Beziehungsangebot des Therapeuten instrumentalisiert wird. Instrumentalisierung der Beziehung? Das mag wenig personenzentriert klingen. Eine solche Formulierung wäre in der Tat auch missverständlich. Aber eine therapeutische Beziehung kann nicht in dem Sinne zweckfrei sein wie eine Freundschafts- oder eine Liebesbeziehung. Eine therapeutische Beziehung „bezweckt“ immer etwas jenseits dieser Beziehung, nämlich die Entwicklung des Patienten. Insofern ist die therapeutische Beziehung immer, worauf auch Buber (1992) gegenüber Rogers insistierte, eine Zweckbeziehung. Das schließt aber nicht aus, dass der Therapeut als Teilnehmer der Interaktion echt ist und dass diese Interaktion öfter auch die Grenze zu einer wahrhaft existenziellen Begegnung überschreitet und in diesen Augenblicken auch zweckfrei ist, d. h. eine therapeutische Zielsetzung transzendiert.

## Literatur

- Beck, H. (1991). *Buber und Rogers*. Heidelberg: Asanger.
- Buber, M. (1962). *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg: Schneider.
- Buber, M. (1992). Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie* (S. 184–201). Köln: GwG.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations, a primer for lay and professional helpers (Vol. 1: Selection and Training, Vol. 2: Practice and Research)*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Carkhuff, R. R. & Truax, C. B. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago – New York: Aldine-Atherton.
- Carus, C. G. (1846). *Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele*. Pforzheim: Flammer & Hoffmann.
- Dilthey, W. (1927). *Gesammelte Schriften. Bd. VII*. Leipzig: Teubner.
- Eckert, J. (1994). Die Auswirkungen trieb- und selbsttheoretischer Auffassungen der Aggression auf die Psychotherapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In L. Teusch, J. Finke & M. Gastpar (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen* (S. 42–48). Heidelberg: Asanger.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie – Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (2001). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In G. Dammann & P. L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen* (S. 136–146). Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien – New York: Springer.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Foucault, M. (1986). *Sexualität und Wahrheit III. Die Sorge um sich*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2002). *Die Geburt der Klinik*. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1912/1975). *Schriften zur Behandlungstechnik* (Studienausgabe). Frankfurt: Fischer.
- Habermas, J. (1996). *Der philosophische Diskurs der Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Person* 1, 5–13.
- Lorenzer, A. (1976). *Spracherstörung und Rekonstruktion*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Lyotard, J.-F. (1999). *Das postmoderne Wissen*. Wien: Passagen.
- Meyer, A.-E. (1993). Geleitwort. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* (S. 5–12). Heidelberg: Asanger.
- Meyer-Drawe, K. (2000). *Illusionen von Autonomie*. München: Kirchheim.
- Pfeiffer, W. M. (1991). Krankheit und zwischenmenschliche Beziehung. In J. Finke & L. Teusch (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Neue Entwicklungen in Theorie und Praxis* (S. 25–44). Heidelberg: Asanger.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler (Original erschienen 1951: *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1961a/1976). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen 1961: *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1962c/1977). Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 162–179). München: Kindler (Original erschienen 1962: Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15).
- Rogers, C. R. (1975e/1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 15–52). München: Kindler. (Original erschienen 1975: Client-centered psychotherapy. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, II: Vol. 2* (2nd. ed.) (pp. 1831–1843). Baltimore, MD: Williams and Wilkins).
- Rogers, C. R. (1977b/1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett (Original erschienen 1977: *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. & Schmid, P. F. (1991). *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. Mainz: Grünewald.
- Rüsen, J. (1990). *Zeit und Sinn. Strategien historischen Denkens*. Frankfurt: Fischer.
- Schleiermacher, F. D. E. (1977). *Hermeneutik und Kritik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Bd. 1: Autonomie und Solidarität*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (2002). Anspruch und Antwort: Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien – New York: Springer.
- Spielhofer, H. (1999). Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 3, 122–130.
- Spielhofer, H. (2004). Psychotherapie als Prozess der Anerkennung. *Person*, 8, 102–113.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Teusch, L. & Finke, J. (1995). Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut*, 40, 88–95.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.

## Autor

Jobst Finke, Dr. med, Facharzt für psychotherapeutische Medizin sowie Neurologie und Psychiatrie. Ausbilder in der GwG und ÄGG. Weiterbilder an der Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Essen, Supervisor an der Psychiatrischen Klinik Castrop-Rauxel. Arbeitsschwerpunkte: Persönlichkeits- und Therapietheorie des PCA, störungsbezogene Psychotherapie. Publikationen: *Beziehung und Intervention, Thieme; Gesprächspsychotherapie, Thieme u. a.*

## Kontaktadresse

Dr. Jobst Finke,  
Psychiatrische Klinik, Barhovenallee 171, D-45239 Essen;  
jobst.finke@uni-essen.de.