

Jobst Finke

Das Verhältnis von Krankheitslehre und Therapietheorie in der Gesprächspsychotherapie

Zusammenfassung

Es wird davon ausgegangen, daß das Störungskonzept von Rogers eine Therapietheorie verlangt, die den therapeutischen Prozeß als eine systematische und hermeneutisch zu definierende Resymbolisierung beschreibt. Rogers selbst geht therapietheoretisch jedoch eher vom Wachstumsmodell aus, das er später gewissermaßen beziehungstheoretisch ergänzt. So sind innerhalb des personenzentrierten Ansatzes 3 Ausrichtungen entstanden, die sich jeweils auf Rogers berufen können: Diejenige, die das Aktualisierungs- bzw. das Wachstumsmodell betont, diejenige, die vom Inkongruenzmodell und dem damit verbundenen Konzept der Symbolisierungsstörung ausgeht und diejenige, die sich an dem Begegnungskonzept des späten Rogers orientiert. Die störungs- und therapietheoretischen Besonderheiten dieser 3 Ausrichtungen werden dargestellt und es wird gefordert, auch konzeptuell diese 3 Ansätze stärker miteinander zu verbinden.

Schlüsselworte: Störungs- und Therapietheorie der personenzentrierten Psychotherapie, Wachstums- und Beziehungstheorie, Inkongruenzmodell, Symbolisierungsstörung

1. Die Bedeutung der Krankheitslehre für die Therapietheorie

Die Bedeutung der Krankheitslehre zeigt sich z.Z. in Deutschland unter einem sehr aktuellen, d.h. politischen Aspekt, nämlich beim Kampf um die kassenrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie. Ganz allgemein aber hat eine Krankheitslehre auch den gesundheitsrechtlichen Zweck, den Status von Krankheit zu definieren und damit zu bestimmen, wer etwa auf Kosten der sog. Solidargemeinschaft der Versicherten in den Genuß einer „Krankschreibung“ kommt, also vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr arbeiten muß. Auch die Gewährung einer Psychotherapie auf Kosten dieser Solidargemeinschaft hat die Zuschreibung von Krankheit zur Voraussetzung. Aber davon soll hier im weiteren nicht die Rede sein.

Hier soll vielmehr nach der Bedeutung der Krankheitslehre für die therapeutische Praxis gefragt werden. Jede Handlungswissenschaft bemüht sich um eine theoretische Begründung dieses Handelns. Reflektierte Praxis benötigt konzeptuelle Entwürfe, auf die sich eben diese Reflexion beziehen kann. Auf die Psychotherapie übertragen bedeutet dies die Konzeptualisierung von Ätiologie und Genese der psychischen Störung wie der Theorie ihrer Beeinflussung. Dabei sollte die letztere sich mehr oder weniger schlüssig aus der ersteren ergeben.

Rogers (1987) beschreibt bekanntlich die Ursache der neurotischen Störung als eine Inkongruenz von organismischer Erfahrung und dem Selbstkonzept. Er konzeptualisiert die Abspaltung der organismischen Erfahrung vom Selbstkonzept als eine verzerrte oder gar ausbleibende Symbolisierung. Diese Symbolisierungsstörung liegt der neurotischen Erkrankung zugrunde. Auf dieses Konzept der Symbolisierungsstörung nehmen aber die therapietheoretischen und behandlungspraktischen Hinweise von Rogers keinen unmittelbaren Bezug. Sie visieren nur das prinzipiell Symbolisierte an, also Gefühle und Bedürfnisse, die der Verbalisierung zugänglich sind und so zumindest „am Rande der Gewährwertung“ liegen (Rogers, 1977). Der Modus des von Rogers dargestellten therapeutischen Verstehens beschreibt nicht, wie das Verstehen eines zunächst, weil jeder Symbolisierung entzogen, Unverständlichen möglich sein soll. Rogers hat keine hermeneutischen Regeln vorgegeben, die auf eine Erschließung des nicht-symbolisierten, des verborgenen, von der Gewährwertung ausgeschlossenen Sinnes Bezug nehmen.

Wir kennen die therapietheoretischen Erwägungen dieser Unterlassung. Rogers vertraute hier ganz auf die das Selbstverstehen ermöglichende Aktualisierungstendenz des Klienten und er wollte diesem nicht direktiv vorgreifen. Er wollte den Patienten nicht durch therapeutische Deutungen gewissermaßen fremdbestimmen. Er ging davon aus, daß durch die wertschätzend-einfühlende Haltung des Therapeuten, als eine zur Ursache der Symbolisierungsstörung gegenläufige, dem Patienten die Selbstverständigung und damit die Überwindung der Inkongruenz gelingt.

Aber auch unter dieser Prämisse hätte er den Prozeß der zunehmend exakteren Symbolisierung als eine sinnrekonstruierende Selbstreflexion beschreiben müssen. So ist zu fragen, ob der Therapietheoretiker Rogers hier dem Neurosentheoretiker Rogers nicht etwas schuldig bleibt, d.h., ob nicht ausführlicher hätte auf den Begriff gebracht werden müssen, wie ein Verstehen nicht symbolisierter, also dem sprachlichen Erfassen primär nicht zugänglicher Sinngehalte möglich sei. Da die Bedingungen der Möglichkeit eines Verstehens jenseits der Sprache, d.h. jenseits allgemeiner und intersubjektiv vermittelter Symbole nicht konsequent genug beschrieben werden, entsteht leicht der Eindruck einer Diskrepanz zwischen der gesprächspsychotherapeutischen Krankheitslehre und ihrer Therapietheorie. Zumindest ist die Frage zu stellen, ob die Implikationen der klientenzentrierten Neurosentheorie in ihrer Therapietheorie genügend Berücksichtigung finden.

Der Eindruck einer Diskrepanz oder gar eines Widerspruches zwischen dem Neurosentheoretiker Rogers und dem Therapietheoretiker Rogers wäre nicht an sich schon verwerflich. Man könnte ihn aufgrund bestimmter therapietheoretischer Prämissen für in der Sache begründet halten, insofern als bestimmte Implikationen der Krankheitslehre therapiepraktisch nicht kurzschlüssig umgesetzt werden dürfen. Aber Rogers hat es versäumt, diesen Widerspruch zu thematisieren und ihn damit insofern aufzuheben, als das Behandlungskonzept gerade unter dem Aspekt eines notwendigen Umwegs zur Überwindung der Inkongruenz detailliert erörtert wird. So besteht die Gefahr, die beiden Antipoden dieses Widerspruches undialektisch auseinanderfallen zu lassen, was sich nicht selten in Diskussionen zwischen „Technikern“ einerseits und haltungs- bzw. einstellungs-orientierten Gesprächspsychotherapeuten andererseits oder zwischen ganzheitlichen Therapeuten auf der einen Seite und störungspezifisch eingestellten auf der anderen Seite zeigt.

Dieser Vorwurf trifft aber nur den Theoretiker Rogers, nicht so den Praktiker. Liest man seine Therapietranskripte oder sieht man ihm per Video-Band bei der Arbeit zu, so spürt man nicht nur die tiefe Bereitschaft zur Wertschätzung und zur präzisen Widerspiegelung der Äußerungen des Patienten. Man bekommt vielmehr bei einem längeren Zusehen den Eindruck, daß Rogers sehr wohl bemüht ist, einen verborgenen Sinn in den Äußerungen des Patienten zu entdecken und sich ein zunehmend genaueres Bild von den auch nicht symbolisierten Befürchtungen, Ängsten und Hoffnungen des Patienten zu machen und dieses auch zunehmend in seine Verstehensangebote einfließen zu lassen. Das hier angesprochene Problem besteht auch darin, daß der Therapietheoretiker Rogers keinen Unterschied macht zwischen dem verbalisierten Verstehen und dem vorläufig noch nicht mitgeteilten Verstehen des Therapeuten, das aber für die therapeutische Suchhaltung eine leitende Funktion hat. Gerade einer solchen Leitungsfunktion eines dem Patienten voraus-

gehenden Verstehens bzw. einer vorgängigen Urteils- oder Diagnosebildung hat der Therapietheoretiker Rogers bekanntlich sehr reserviert gegenüber gestanden.

Zwar deutet er gelegentlich an, daß es auch einen latenten Sinn zu erfassen gilt, so wenn er etwa schreibt: „.... Empathie bedeutet Bedeutungen zu errahnen, deren sie [die Person] selbst kaum gewahr wird;...“ (Rogers 1980). Rogers gibt aber keine hermeneutischen Regeln für dieses errahnende Verstehen vor, er sagt nicht, innerhalb welchen Kontextes sich dieses Errahnen zu bewegen habe, auf welche möglichen Sinnzusammenhänge sich die Suchhaltung des Therapeuten ausrichten solle. Außerdem relativiert er die Bedeutung eines solchen errahnenden Verstehens (ein Begriff, der sich schon bei Schleiermacher, dem Begründer der systematischen Hermeneutik, findet) als das Erschließen eines verborgenen Sinns durch viele andere Äußerungen erheblich, so etwa, wenn er darlegt, daß das entscheidende therapeutische Agens die Gegenwärtigkeit und Authentizität des Therapeuten sei.

Durch eine in solchen Äußerungen angedeutete Konzeption wird nicht genügend geklärt, wie der durch die Symbolisierungsstörung eingeeengte Bezugsrahmen des Patienten erweitert werden soll, wie die durch die Sprachzerstörung bedingte Verstehensbarriere überwunden werden soll, wie gewissermaßen hinter dem Rücken gestörter Sprachlichkeit der verborgene Sinn zu erschließen ist. Die störungstheoretischen Vorgaben von Rogers finden so therapietheoretisch keine genügende Berücksichtigung, die sich aus den Vorgaben des Inkongruenz-Modells ergebenden behandlungskonzeptionellen Forderungen bleiben therapietheoretisch uneingelöst.

Wegen dieser Differenz zwischen Krankheitslehre und Therapietheorie kommt es innerhalb der Gesprächspsychotherapie auch immer wieder zu divergierenden Positionen hinsichtlich der Qualität des Einfühlenden Verstehens. Bedeutet dieses nur so etwas wie „Verständnis haben“ und „Verständnis zeigen“ durch ein reines Nachbilden der vom Patienten weitgehend bewußtseinsnah erlebten Gefühle und Bedürfnisse oder bedeutet dies ein Erfassen von der Gewahrdung primär unzugänglichen Selbstaspekten und ein verstehendes Rekonstruieren nicht symbolisierter Erlebnismuster?

Oft wird hier die Antwort im erstgenannten Sinne gegeben, wenn es z.B. heißt, daß in der Gesprächspsychotherapie nicht gedeutet würde und daß dieser grundsätzliche Deutungsverzicht das wesentliche Unterscheidungsmerkmal zur Psychoanalyse sei (z.B. Auckenthaler 1989, 197). Auch die Verwirrung in der Frage, wieweit sich der Therapeut als Experte betrachten dürfe und die unglückselige Unterscheidung zwischen einem (legitimen) Prozeßexpertentum und einem (illegitimen) Inhalts-Expertentum haben in diesem Grundproblem ihre Wurzeln.

Hier soll nun die Position vertreten werden, die Aufgabe des Einfühlenden Verstehens auch in dem Erschließen eines verborgenen Sinns zu sehen. Damit wird die Hermeneutik, die Lehre vom kunstgerechten Verstehen eine wesentliche Position der gesprächspsychotherapeutischen Therapietheorie. Diese Position findet, wie gesagt, ihre Rechtfertigung in der Krankheitslehre von Rogers, nämlich die Inkongruenz als Symbolisierungsstörung oder, um es mit Lorenzer (1976) zu formulieren, als Sprachzerstörung zu konzipieren. Das neurotische Symptom ist demnach als das Ergebnis einer Symbolisierungsstörung, einer Kommunikationsstörung auch mit sich selbst, zu sehen. Es ist so letztlich Ausdruck einer Selbstentfremdung, die es hermeneutisch aufzuheben gilt.

Der Begründer einer systematischen Hermeneutik ist, wie gesagt, Schleiermacher (1768-1834). Er hat eine wesentliche Aufgabe der Hermeneutik mit dem berühmten Satz auf eine knappe Formel gebracht, daß es darauf ankäme „die Rede zuerst ebensogut und dann besser zu verstehen als ihr Urheber“ (Schleiermacher 1977, 94). Der erste Teil dieser Forderung wird in der Regel von den Gesprächspsychotherapeuten sehr ernst genommen, von manchen Psychoanalytikern vielleicht weniger, für die wiederum der zweite Teil dieses Postulates der wichtigere ist, mit dem sich die Gesprächspsychotherapeuten ihrerseits nicht selten schwer tun. Darf man den Patienten besser verstehen wollen, als er sich selbst versteht? Dies scheint für nicht wenige Gesprächspsychotherapeuten eine beunruhigende Frage zu sein, was vielleicht nicht ganz unverständlich ist, wenn man bedenkt, daß es auch destruktive, weil verfremdende Formen des Besser-Verstehen-Wollens gibt.

Wenn der Therapeut jedoch das Selbstverstehen des Patienten vertiefen will, wenn er ihm helfen will, seine organismische Erfahrung exakt zu symbolisieren, wird der Therapeut ein vorgängiges Verstehen, zumindest eine ahnende Vermutung hinsichtlich des Horizontes haben müssen, innerhalb dessen diese Symbolisierung zu suchen ist. Der Therapeut muß also ein Vorverständnis, d.h. ein Raster von Bedeutungsvorgaben haben, um die Äußerung des Patienten überhaupt auf einen möglichen Sinn hin auslegen zu können (Gadamer 1975, 261).

Dieses Vorverständnis, das im therapeutischen Prozeß, den hermeneutischen Zirkel durchlaufend, indes immer mehr zu präzisieren ist, wird durch die Krankheitslehre dargestellt. Einer solchen Krankheitslehre wurde von Habermas (1979, 321 f) in Bezug auf die Psychoanalyse wissenschaftstheoretisch die Position eines allgemeinen Interpretationsschemas bzw. einer Erzählfolie zugewiesen, die dazu dienen soll, die Erzählung des Patienten zu strukturieren, um so deren Lücken auffüllen und deren Sinnbrüche verstehend beheben zu können. In dieser Position und in dieser Funktion soll auch hier die gesprächspsychotherapeutische Krankheitslehre gesehen werden.

2. Das Inkongruenzmodell

Im Zentrum der gesprächspsychotherapeutischen Krankheitslehre steht, wie schon gesagt, das Inkongruenzkonzept. Dieses besagt eine Unvereinbarkeit zwischen dem Selbstkonzept, also dem Selbstbild und dem Selbstideal einerseits und dem, was Rogers die organismische Erfahrung nennt andererseits. Falls diese unmittelbare und ganzheitliche Erfahrung dem Individuum Bedürfnisse und Intentionen anzeigt, die mit seiner Selbstachtung nicht vereinbar sind, müssen diese Erfahrungen von der Gewährerdung ausgeschlossen werden. Das Individuum schützt sich so vor der Vergegenwärtigung von Erfahrungen, die sein Selbstkonzept erschüttern und die sein Selbstwerterleben in Frage stellen würden. Dies geschieht durch eine ausbleibende oder eine verzerrte Symbolisierung solcher Erfahrungen. Die organismischen Erfahrungen werden so kodiert, daß sie dem Individuum nicht mehr verständlich sind. Das Individuum ist sich dadurch selbst nicht mehr zugänglich, ist sich seiner selbst fremd geworden.

Die eigentlich neurotische Störung beginnt, wenn diese Wahrnehmungsblockade vorübergehend nicht ganz funktioniert und das Selbstkonzept durch eine „unterschwellige Wahrnehmung“ (Rogers 1987, 25) erschüttert wird und nun alle Kraft aufbietet, die Abwehr in der Form des neurotischen Symptoms neuerlich aufzurichten. Das neurotische Symptom ist so auch als verzerrte Symbolisierung zu lesen.

Warum erlebt das Individuum die unverstellte Wahrnehmung seiner Selbst als Erschütterung? Hier argumentiert Rogers bekanntlich entwicklungspsychologisch und zeigt damit die biographische bzw. historische Dimension des Menschen auf. Die maßgeblichen Bezugspersonen, also meist die Eltern, knüpfen ihre Zuwendung und Anerkennung an die Bedingung einer Tabuisierung bestimmter Bedürfnisse. Um mit seinen Eltern nicht überdauernd in Konflikt zu sein, identifiziert sich das Kind mit deren Forderungen und nimmt dafür die Inkongruenz zum eigenen organismischen Erleben in Kauf. In der Interaktion mit späteren Beziehungspartnern wird diese Tendenz zur Verleugnung der eigenen Erfahrung, abhängig von deren Bereitschaft oder Fähigkeit zum bedingungslosen Akzeptieren dieser Partner, entweder verfestigt oder aber gemildert.

3. Modelle gesprächspsychotherapeutischer Störungs- und Therapie-Theorie

Das Inkongruenzmodell und seine therapietheoretischen Implikationen hat aber offenbar nicht für alle Gesprächspsychotherapeuten die gleiche Verbindlichkeit. Denn die Gesprächspsychotherapie ist, wie andere Verfahren auch, kein monolithischer Block worauf zuletzt Keil (1997 b) in einer mehrere Richtungen differenzierenden

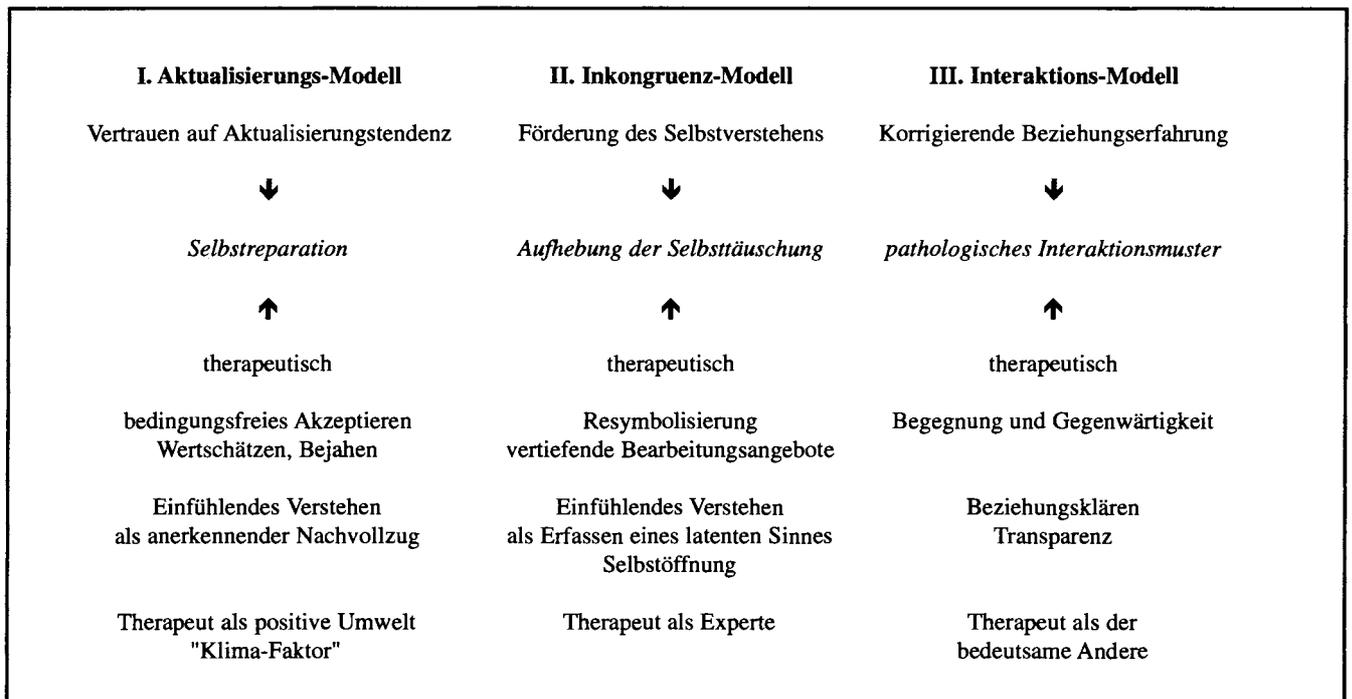


Abb. 1: Therapiekonzepte der GPT

Aufstellung hinwies. Diese unterschiedlichen Richtungen unterscheiden sich durch Ausdifferenzierungen des therapeutischen Grundmodells. Dies zeigt sich vor allem im Bereich der Therapietheorie. Versucht man, diese unterschiedlichen Richtungen nach dem jeweils leitenden therapeutischen Grundkonzepten zu ordnen, so ergeben sich 3 therapeutische Modellvorstellungen.

I. Das Aktualisierungs-Modell:

In dieser Gruppe sind Ansätze zusammengefaßt, die, von einer Betonung der Aktualisierungstendenz als anthropologischer Grundkonstanten ausgehend, sehr das Basismerkmal Bedingungsfreies Akzeptieren betonen. Sie sehen in einer bejahenden, anerkennenden und wertschätzenden Grundhaltung den maßgeblichen Wirkfaktor. Das Einführende Verstehen definieren sie deshalb auch eher als ein bestätigendes Begleiten der Selbstexploration, als einen bejahenden Nachvollzug des Erlebens des Klienten denn als ein Erschließen verborgener Sinnzusammenhänge. Die maßgebliche Verbesserung des Selbstverstehens des Klienten, die Wiederherstellung einer Selbstverständigung soll möglich sein vor allem durch jene Faktoren, die gegenläufig sind zu den störungsverursachenden, d.h. dem nicht bedingungsreifen Akzeptieren seitens der Eltern.

Etwas überpointiert könnte man sagen, daß hier die Aufgabe des Therapeuten vor allem darin gesehen wird, ein positives Klima herzustellen, in dem sich die Aktualisierungstendenz dadurch voll entfalten kann, daß der Therapeut eine Haltung der Wertschätzung und der Selbstwertbestätigung stellvertretend für den Patienten übernimmt, eine Einstellung, die der Patient sich selbst gegenüber

noch nicht einnehmen kann. Durch diesen bejahenden, einfühlsamen Blick des Therapeuten ist es dem Patienten möglich, bisher nicht akzeptierte Selbstaspekte zu integrieren und so die Kohärenz seines Selbst wieder herzustellen. Das Erleben von Verständnis und Wertschätzung mobilisiert beim Patienten Selbstvertrauen und führt dazu, den unterbrochenen Prozeß konstruktiver Selbstentfaltung wieder fortzuführen. Die Vertreter dieses Modells sind skeptisch gegenüber Verstehensangeboten, die den Bezugsrahmen des Patienten deutlich übersteigen oder die in ausgeprägter Weise zielorientiert sind und insofern eine gewisse Therapeutenzentriertheit implizieren. Diese Skepsis betrifft auch die Konzeptualisierung bestimmter Interventionstechniken. Bei einigen Vertretern dieser Richtung bestehen auch Vorbehalte gegenüber einer Diagnostik und einem Expertentum voraussetzenden störungsspezifischen Vorgehen.

Vertreter dieser Modellvorstellung sind u.a. Biermann-Ratjen, Eckert, Höger und Auckenthaler.

Dabei sollen hier aber nur die Autoren des deutschen Sprachraumes berücksichtigt werden. Sonst müßte man hier z.B. auch Bozarth, Brodly und Brody nennen.

II. Das Inkongruenzmodell:

Die Vertreter dieser zweiten Gruppe berücksichtigen in ihrer Therapietheorie am konsequentesten die Implikationen des Inkongruenzmodells. Tendenziell sehen sie ihre Aufgabe darin, deutlich zu machen, wie durch Desymbolisierung zunächst Unverständliches, also von der Gewahrwerdung Ausgeschlossenes, wieder in die Verständlichkeit zurückgeführt werden kann. Für sie geht deshalb das

Einfühlende Verstehen über einen empathischen Mitvollzug des offensichtlichen Erlebens des Patienten hinaus. Sie versuchen entweder durch auf die Intensivierung der Selbstaueinandersetzung zielende Bearbeitungsangebote die Selbstexploration zu vertiefen (Sachse 1992, 239 f) oder durch hermeneutisch definierte Verstehensangebote über den manifesten Sinn des vom Patienten Geäußerten hinaus zu fragen, um so diesem zu helfen, sich die abgespaltene organismische Erfahrung wieder zugänglich zu machen (Swidens 1991, Keil 1997, a, Finke 1998).

Auch wo versucht wird, die Inkongruenz als einen eher bewußtseinsnahen Konflikt zu konzipieren, wird doch für ein auf bestimmte Inkongruenzkonstellationen zielendes und insofern störungsspezifisches und auf eine bestimmte Konfliktthematik ausgerichtetes Vorgehen plädiert (Speierer 1994, Teusch 1995, 9f). Mit solchen Konzepten eines störungsspezifischen und differentiellen Vorgehens

ist auch die Bereitschaft zu einer wie auch immer gearteten Diagnostik und Klassifikation gestörten Erlebens verbunden.

Zwar sind, wie schon angedeutet, innerhalb dieses betont auf das Inkongruenzmodell bezugnehmenden Ansatzes wiederum sehr unterschiedliche Richtungen zu unterscheiden (Keil 1997, b); es besteht jedoch bei fast allen die Tendenz, auf die Ausformulierung einer wie auch immer bestimmten Therapietechnik Wert zu legen. Das bedeutet, daß das Einfühlende Verstehen hier nicht nur als ein Einstellungsmerkmal, sondern ganz wesentlich auch als eine Handlungskategorie angesehen wird. Dabei streben die Vertreter dieser Gruppierung dazu, dieses Handeln auch in seiner Komplexität begrifflich zu fassen und so unterschiedliche Bearbeitungsangebote (Sachse 1992, 231ff) bzw. unterschiedliche Ebenen und Inhalte des einführenden Verstehens (Finke 1994, 48f) zu beschreiben. Dies führt dann zur Konzeptualisierung eines in sich differenzierten wie

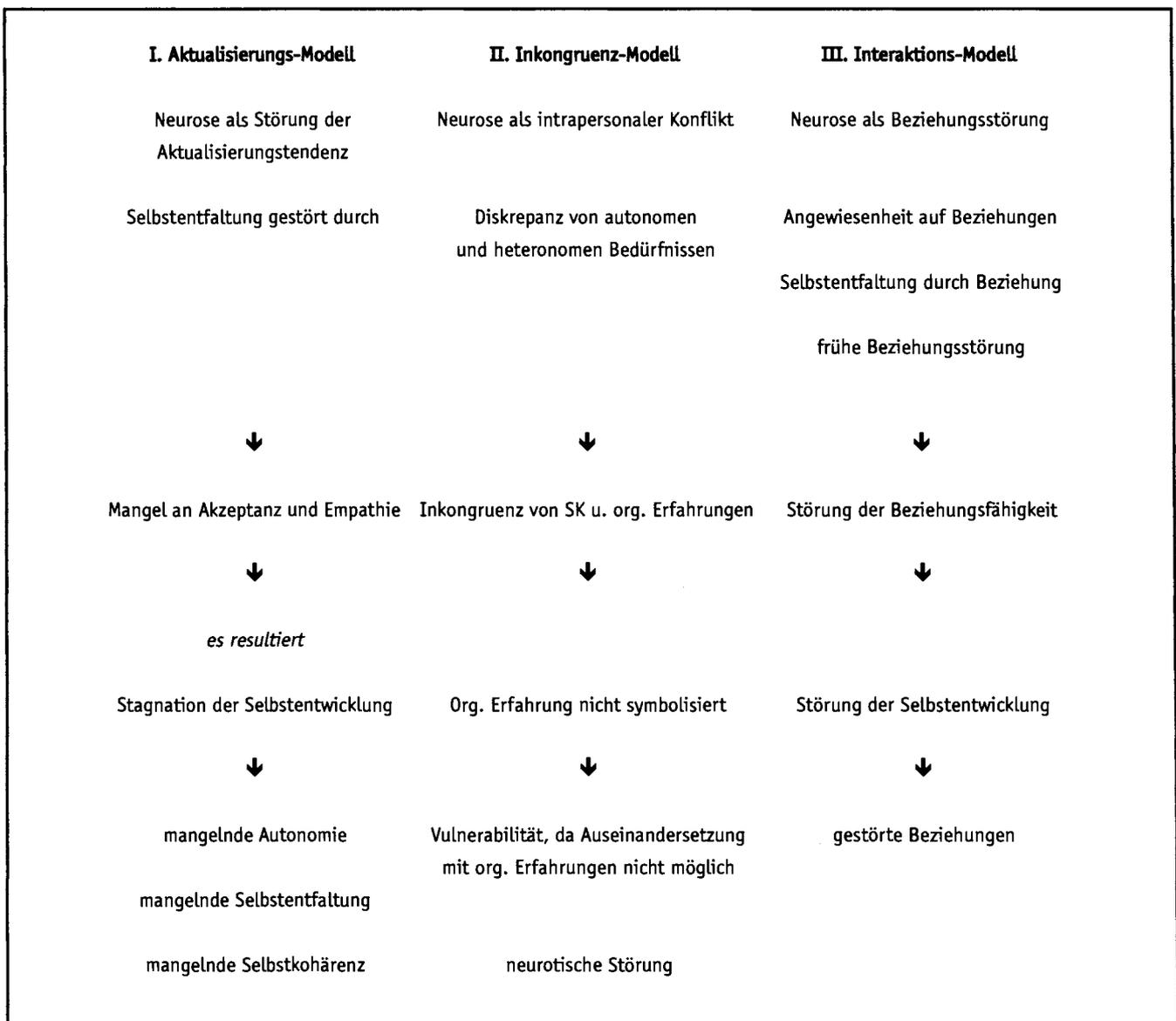


Abbildung 2: Die Störungskonzepte

differentiell einzusetzenden Vorgehens und insofern auch zum Postulieren eines therapeutischen Expertentums. Vertreter dieser Gruppierung sind u.a. Swildens (1991), Tscheulin (1992), Sachse (1992), Speierer (1994), Finke (1994), Teusch und Finke (1995), Keil (1997 a).

III. Das Interaktionsmodell:

Die Vertreter dieser Gruppierung betonen besonders nachdrücklich die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung sowohl für die Heilung wie umgekehrt auch für die Entstehung neurotischer Störungen. Das Krankheits- wie das Therapiekonzept werden also wesentlich beziehungstheoretisch bestimmt, dabei wird aber diese Beziehung nicht so sehr im Sinne des Konzeptes der Alter Ego-Beziehung, sondern eher im Sinne einer Dialog-Beziehung verstanden (Finke 1999, 105ff). Diese Beziehung ist so zu gestalten, daß sie eine Begegnung von Person zu Person wird, was bedeutet, daß der Therapeut sich nicht wie in der Alter-Ego-Beziehung selbst als Person gewissermaßen ausklammert (Rogers 1973a), sondern daß er vielmehr als reale Person dem Patienten gegenwärtig wird (Rogers 1973 b). Das therapeutische Geschehen wird so zu einem unmittelbaren und neue Kommunikationserfahrungen ermöglichenden Austausch zweier authentisch erlebender Subjekte. Der Therapeut nimmt hier also die Rolle eines für den Patienten bedeutsamen Anderen ein, der diesem authentisch antwortet. Der Therapeut stellt sich als reale Person dem Patienten gegenüber und will gerade dadurch erreichen, dem Patienten korrigierende Kommunikationserfahrungen zu ermöglichen.

Betont wird bei diesem Ansatz das Merkmal der Echtheit, der Kongruenz und der Gegenwärtigkeit des Therapeuten, der bereit ist, sich dem Patienten, natürlich in selektiver Weise, transparent zu machen und so dem Patienten die Unangemessenheit seiner Beziehungserwartungen und seiner bisherigen Interaktionsmuster zu verdeutlichen.

Namhafte Vertreter dieses Ansatzes sind vor allem Pfeiffer (1987, 1993) und Schmid (1989, 1994, 1997).

Desweiteren wären Autoren wie van Kessel und van der Linden (1993) diesem Ansatz zuzurechnen. Sie konzipieren die therapeutische Beziehung aber weniger als Dialog - sondern vor allem als Übertragungs-Beziehung. Hier besteht die Rolle des Therapeuten zwar auch darin, sich als Interaktionspartner zur Verfügung zu stellen, dies aber eher in dem Sinne, daß der Patient seine oft zwiespältigen Erwartungen, Wünsche und Phantasien gegenüber der Person des Therapeuten äußert. Die Aufgabe des Therapeuten wird hier darin gesehen, diese Beziehungsanspielungen aufzugreifen und inkongruente Beziehungserwartungen durch emphatischen Nachvollzug zu verdeutlichen und zu klären. Aufgrund der zwiefachen Rolle des Therapeuten, nämlich das verstehende Alter Ego und zugleich der relevante Bezugspartner des Patienten zu sein, läßt sich sagen, daß dieser Ansatz eine mittlere Position zwischen dem Modell II und dem Modell III einnimmt.

Die störungstheoretischen Konzepte

Diese verschiedenen therapietheoretischen Modelle enthalten zumindest implizit auch Grundannahmen über Ursache und Genese psychischer Störungen. Wenn die genannten drei Therapiemodelle auf diese Grundannahmen hin untersucht werden, wenn also gefragt wird, wie das Bedingungsgefüge einer Störung beschaffen sein muß, damit es durch den genannten Therapieansatz soll geheilt werden können, kommt man zu folgender Aufstellung:

- Das Aktualisierungsmodell

Der für dieses Modell charakteristischen therapeutischen Position liegt ein Störungskonzept zugrunde, in dem zwar das Inkongruenzmodell nicht völlig negiert, der Akzent aber doch sehr stark auf die Beeinträchtigung der Aktualisierungstendenz wie der Selbstentfaltung gelegt wird. Das menschliche Individuum hat eine primäre Tendenz zur konstruktiven Entwicklung und „zur Entfaltung all seiner Möglichkeiten“ (Rogers). Diese Tendenz kann durch negative Umwelteinflüsse beschädigt werden. Eine fragile Selbstkohärenz und die generelle Störung der aktualisierenden Tendenz sind also auch als unmittelbare Folge einer Frustrierung des Bedürfnisses nach Akzeptiertsein und Anerkennung zu sehen. Die mangelnde oder gar ausbleibende Bestätigung des Selbstwertes beim Kind führen zu Störungen der Selbstachtung und des Selbstvertrauens, was einerseits eine allgemeine Hemmung der aktualisierenden Tendenz, andererseits eine übergroße Abhängigkeit von der ständigen Anerkennung durch andere und dadurch einen Mangel an Autonomie bewirkt. „Die Stagnation der Selbstentwicklung“ hat ihre Wurzeln unmittelbar in kindlichen Erfahrungen (Biermann-Ratjen, Eckert, Schwartz, 1995, 41).

Defizite der elterlichen Zuwendung und Wertschätzung führen also zu einer tiefen Verunsicherung und damit zu einer Hemmung der Selbstentwicklung. In der Behandlung ist durch eine entsprechend gegenläufige Haltung des Therapeuten ein solches Entwicklungsdefizit zu beheben.

- Das Inkongruenzmodell

Hier wird von dem schon beschriebenen Widerspruch zwischen organismischen Erfahrungen und dem Selbstkonzept ausgegangen. Der Mensch ist zwar auf Ganzheitlichkeit angelegt, jedoch als ein auf Sozialisierung angewiesenes Wesen auch konflikthanfälliger, da sich oft eine Diskrepanz zwischen eigenen Bedürfnissen und denen der Umwelt ergibt. Die organismischen Erfahrungen werden, wenn sie sich mit den Normen und Forderungen der Umwelt, also meist der Eltern, als nicht vereinbar erweisen, unterdrückt. Sie werden so gar nicht mehr oder nur noch verzerrt symbolisiert und damit von der Gewährleistung ausgeschlossen. Die dadurch resultierende Inkongruenz von organismischer Erfahrung und Selbstkonzept beeinträchtigt nicht nur die Möglichkeit zu kreativer Entfaltung des Individuums, sondern führt auch zu einer Gefährdung des intrapsychi-

schen Gleichgewichts, da das Individuum sich mit seinen üblicherweise in der organismischen Erfahrungen repräsentieren Bedürfnissen nicht mehr aktiv auseinandersetzen kann. Wird nun im Rahmen eines besonderen Ereignisses das Selbstkonzept durch eine unterschwellige Wahrnehmung (Rogers 1987, 25) deregulierter Bedürfnisse in Frage gestellt, kommt es zur Ausbildung einer neurotischen Symptomatik, die ihrerseits wiederum eine verzerrte Symbolisierung der organismischen Erfahrung darstellt. Das neurotische Symptom zeigt also die Störung der Selbstkommunikation bzw. der Selbstverständigung und damit die Selbstentfremdung an.

- Das Interaktionsmodell

Hier wird die psychische Erkrankung als eine Beziehungsstörung verstanden (Pfeiffer, 1993). Der Mensch wird in ein Beziehungsgefüge hineingeboren und seine Selbstentfaltung ist im negativen wie aber auch im positiven Sinne von Beziehungen abhängig. Der Mensch sucht sich gerade in und durch Kommunikation zu verwirklichen (Schmid 1997). Die psychische Erkrankung äußert sich in einer Kommunikationsstörung, hat aber auch ihre Ursache in einer frühen Beschädigung der Eltern-Kind-Beziehung. Diese frühe Beziehungsstörung beeinflusst die weitere Selbstentwicklung wie die Bindungsfähigkeit gegenüber anderen Menschen. Pathologische Interaktionsmuster erschweren den Kontakt zu anderen und führen zu immer wieder neuen Enttäuschungserlebnissen, was wiederum negative Rückwirkungen auf die Selbstentwicklung hat. Diese inkongruenten Beziehungsmuster und die mit ihnen einhergehenden widersprüchlichen Beziehungserwartungen führen also zu ständigen interpersonellen Konflikten.

In der therapeutischen Beziehung erlebt der Patient durch die besondere Art der Begegnung die Ungültigkeit seiner bisherigen Beziehungserwartungen und die Unangemessenheit seiner Interaktionsmuster. Die Begegnung von Person zu Person kann ihm das Erleben neuer Beziehungserfahrungen vermitteln.

4. Die Notwendigkeit einer Kohärenz von Krankheitslehre und Störungstheorie

Die Betrachtung der gesprächspsychotherapeutischen Krankheitslehre kehrt nun zu ihrem Ausgangspunkt zurück. Es war dort auf die Notwendigkeit einer konzeptionellen Kohärenz von Krankheitslehre und Therapietheorie hingewiesen worden. Mit diesem Zusammenhang wurde die These aufgestellt, daß Rogers die Implikationen seines Störungskonzeptes therapietheoretisch nicht oder nur ungenügend aufgreift. Die Konsequenzen, die sich aus dem Inkongruenzmodell, einschließlich des Konzeptes der Symbolisierungsstörung, ergeben, läßt er, so war argumentiert worden, therapietheoretisch unberücksichtigt. Somit stehen bei ihm die Störungs- und die Therapielehre konzeptionell nur wenig verbunden nebeneinander.

Die Diskrepanz zwischen Krankheits- und Therapietheorie kann man nun durch eine Modifizierung bzw. Ergänzung einer dieser beiden Pole, also entweder der Krankheitslehre oder der Therapietheorie beheben. Will man vor allem an den therapietheoretischen Überlegungen und auch behandlungspraktischen Hinweisen von Rogers festhalten, so sind diese gewissermaßen störungstheoretisch hochzurechnen. Zieht man so die störungstheoretischen Folgerungen aus der Therapietheorie von Rogers, so kommt man zu Konzepten, wie sie hier im Modell I und III skizziert wurden. Die Therapietheorie des frühen Rogers setzt eine Konzeption neurotischer Störungen voraus, wie sie im Modell I angedeutet wurde. Demnach ist die Neurose als eine Störung der Aktualisierungstendenz und der Selbstentwicklung zu sehen. Die Therapiekonzepte des späteren Rogers, in der er viel stärker das Merkmal der Kongruenz und Echtheit des Therapeuten betont, sind dagegen im hohen Maße auf Modell III zu beziehen, wonach die neurotische Störung beziehungstheoretisch zu formulieren ist.

Es ist in diesem Zusammenhang noch einmal zu betonen, daß es sich bei dieser Differenzierung zwischen den verschiedenen Modellen nicht um kategoriale Unterschiede handelte, sondern um unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in der Theoriebildung.

Solche verschiedenen Schwerpunktsetzungen verdanken sich aber nicht nur der Vorliebe der jeweiligen Autoren, sie finden ihre Berechtigung auch in der Unterschiedlichkeit der Störungen selbst. So werden z.B. den sogenannten Persönlichkeitsstörungen wohl am ehesten die Modelle I und III gerecht, während für die neurotischen Störungen i.e.S. das Inkongruenzmodell meist ein plausibles Erklärungsschema bieten dürfte.

Rogers hat wiederholt dazu aufgefordert, seine Konzeptionen weiterzuführen, sie zu ergänzen und sie, wenn nötig, auch zu korrigieren. In diesem Sinne sind natürlich die hier gegebenen störungstheoretischen Skizzen der Modelle I und III noch wesentlich zu vervollständigen und zu präzisieren. Freilich darf daneben auch der Weg in die umgekehrte Richtung beschritten werden: Ausgehend vom Inkongruenzmodell ist noch detaillierter zu beschreiben, wie die Inkongruenz therapeutisch aufzuheben ist, wie die exakte Symbolisierung organismischer Erfahrung ermöglicht werden soll.

So soll es schließlich auch das Anliegen dieser Ausführungen sein, ebenso für die Vielgestaltigkeit der Gesprächspsychotherapie wie für die Konsistenz ihrer Theoriebildung zu plädieren.

Literatur:

- Auckenthaler, A. (1989): Statt zu deuten: Psychotherapie auf der Basis von Verstehenshypothesen. In: Reinelt, T. und Datler, W. (Hrsg.): *Beziehung und Deutung*. Berlin-Heidelberg-New York, Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. u. Eckert, J. u. Schwartz, H.-J. (1995): *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart/Berlin/Köln, 1995, Kohlhammer.

- Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart/New York, 1994, Thieme.
- Finke, J. (1998): Hermeneutische Aspekte in der Psychotherapie am Beispiel der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Zschr. f. klin. Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 46/1998, 1-13.
- Finke, J. (1999) Beziehung und Intervention. Stuttgart, Thieme.
- Gadamer, H.-G. (1975): Wahrheit und Methode. Tübingen, 1975, Mohr.
- Habermas, J. (1979): Erkenntnis und Interesse. Frankfurt/M: 1979, Suhrkamp.
- Keil W. (1997a): Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie. Person 1(1997): 5-13.
- Keil, W. (1997b): Zum gegenwärtigen Stand der klientenzentrierten Psychotherapie. Person 2 (1997) 128-137.
- Kessel, W. van u. Linden, P. van der (1993): Die aktuelle Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie. Der interaktionelle Aspekt. GwG-Zeitschrift. 90, 19-32.
- Lorenzer, A. (1976): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt/M. 1976, Suhrkamp.
- Pfeiffer, W.M. (1993): Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In: Teusch, L. u. Finke, J. (Hrsg.). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Heidelberg 1993, Asanger.
- Pfeiffer, W.M. (1987): Übertragung und Realbeziehung in der Sicht klientenzentrierter Psychotherapie. In: Zeitschr. f. personenzentrierte Psychologie u. Psychotherapie. 1987/3, 347-352.
- Rogers, C.R. (1973 a): Die klientbezogene Gesprächspsychotherapie. München 1973, Kindler.
- Rogers, C.R. (1973 b): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart 1973, Klett.
- Rogers, C.R. (1977): Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Therapeut und Klient. München 1977, Kindler.
- Rogers, C.R. (1980): Empathie - eine unterschätzte Seinsweise. In Rogers, C.R. und Rosenberg, R.L.: Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart, Klett-Kotta.
- Rogers, C.R. (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln, GwG-Verlag.
- Sachse, R. (1992): Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe.
- Schleiermacher, F.D.E. (1977): Hermeneutik und Kritik. Frankfurt, Suhrkamp.
- Schmid, P. (1989) Personale Begegnung. Würzburg, Echter.
- Schmid, P. (1994): Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Bd I., Köln, Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. (1997): „Einen Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden.“ Perspektiven zur Weiterentwicklung des personenzentrierten Ansatzes. Person 1 (1997): 14-24.
- Speierer, G.W. (1994): Das differenzielle Inkongruenzmodell. Heidelberg, Asanger.
- Swildens, H. (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln 1991. GwG.
- Teusch, L. (1995): Gesprächspsychotherapie in Kombination mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei Panikstörung und Agoraphobie. Habilitationsschrift.
- Teusch, L. u. Finke, J. (1995): Die Grundlagen eines Manuals für die geschäftspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie. In: Psychotherapeut 2/1995, 88-95.

Biographie

Jobst Finke, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie. 1. Vorsitzender der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Oberarzt an der Abteilung für Psychotherapie der Rhein. Landes- und Hochschulklinik Essen. Arbeitsschwerpunkte: Neurosen- und Therapietheorie der Gesprächspsychotherapie, Gesprächspsychotherapie bei depressiven Erkrankungen.
Anschrift: Rhein. Landes- und Hochschulklinik Essen, Virchowstraße 174, D-45147 Essen.