

# PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2 | 2009

13. Jahrgang

Herausgegeben von Ulrike Diethardt, Gerhard Lukits und Hermann Spielhofer

## FACHBEITRÄGE

*Sylvia Keil*: **Teil I: Das Selbst als Gestalt – eine kritische Analyse und Ansätze zur Weiterentwicklung der Theorie des Selbst im klientenzentrierten Konzept** 101

*Sylvia Keil*: **Teil II: „Das war ein wichtiger Schritt, mich besser in mein Selbstbild pressen zu können“ – Zur Rekonstruktion der Selbstgestalt eines Klienten und deren Entwicklung in der Psychotherapie auf Basis einer Einzelfallstudie** 112

*Jennifer Steinbach, Leena Hässig, Katinka Kohle & Anneliese Ermer*:  
**Dissoziale Persönlichkeitsstörung: Diagnostik, Störungstheorie und Behandlung aus personzentrierter Sicht** 124

*Annette Jessinghaus*: **Personzentrierte Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen – Eine Falldarstellung aus einer psychiatrischen Ambulanz** 137

*Matthias Barth*: **Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen** 148

*Peter F. Schmid*: **„HIER BIN ICH“ – Zu einem dialogischen Verständnis des Personzentrierten Ansatzes** 155

**Die SGGT wird 30 Jahre alt – und wird zu pca.acp** 166

## REZENSIONEN

*Jochen Eckert*: **Mick Cooper: Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy: The Facts are friendly.** 168

*Sylvia Gaul*: **Eberhard Nölke & Marilyn Willis (Hrsg.): Klientenzentrierte Kunsttherapie in institutionalisierten Praxisfeldern.** 170

*Karin Wunderlich*: **Keith Tudor und Mike Worrall: Person-Centred Therapy. A Clinical Philosophy.** 171

*Beatrix Teichmann-Wirth*: **Johannes Wiltschko: Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens.** 173

# PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert“ und „experienziell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

## Herausgeber

**ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie**  
c/o Dr. L. Teusch, Ev. Krankenhaus, D-44577 Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21  
Tel.: +49 2305 102 28 58; Fax: +49 2305 102 28 60  
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de

**DPGG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.**

c/o Prof. Dr. Jochen Eckert, Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, D-20146 Hamburg, Van-Melle-Park 5  
Tel.: +49 40 428 38 53 62; Fax: +49 40 428 38 6170  
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

**Forum – Forum Personzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung der APG**  
(Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision. Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit)  
A-1090 Wien, Liechtensteinstr. 129/3  
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: buero@apg-forum.at

**GwG – Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.**  
c/o Karl-Otto Hentze, D-50825 Köln, Melatengürtel 125a  
Tel.: +49 221 92 59 08-0; Fax: +49 221 25 12 76; E-Mail: hentze@gwg-ev.org

**IPS – Institut für Personzentrierte Studien der APG**  
A-1030 Wien, Dißlergasse 5/4  
Tel.: +43 1 713 77 96; Fax: +43 1 718 78 32; E-Mail: office@ips-online.at

**ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung**  
A-4020 Linz, Altstadt 17  
Tel./Fax: +43 70 78 46 30  
E-Mail: oegwg@psychotherapie.at

**pca.acp – Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.**  
CH-8005 Zürich, Josefstr. 79  
Tel.: +41 44 271 71 70; Fax: +41 44 272 72 71; E-Mail: info@pca-acp.ch

**VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie**  
A-1091 Wien, Postfach 33  
Tel.: +43 664 4173170, E-Mail: office@vrp.at

## Herausgeber dieses Hefts

Ulrike Diethardt, Gerhard Lukits und Hermann Spielhofer

## Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 9,50 / Sfr 15,- zzgl. Versandkosten  
Abonnement: € 16,- / Sfr 25,- zzgl. Versandkosten  
Es erscheinen jeweils 2 Nummern pro Jahr.  
Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Ein Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder der herausgebenden Vereinigungen haben jeweils spezifische Bezugsbedingungen.

## Verleger und Druck

Facultas – Universitätsverlag, A-1090 Wien, Berggasse 5  
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: verlage@facultas.at

## Satz und Layout

Gerhard Krill, 1060 Wien; E-Mail: grafik@krill.at

## Redaktion

Michael Behr, Franz Berger, Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Mark Galliker, Diether Höger, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Gerhard Lukits, Judith Reimitz, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm, Monika Tuczai

## Redaktionssekretariat

Edith Muggenhumer, A-1140 Wien, Sonnenweg 88  
Tel.: +43 (0)1 596 29 19, Fax: +43 (0)1 596 29 19 - 9  
E-Mail: edith.muggenhumer@silverserver.at

## Fachbeirat von PERSON (Stand 15. 11. 2009)

Clara Arbter-Rosenmayr, Elisabeth Ardelt-Gattinger, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Niklas Baer-Stählin, Christiane Bahr, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Ute Binder, Ilona Bodnar, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Brossi, Rainer Bürki, Olaf de Haas, Miriam de Vries, Martina Dienstl, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Karin Eisner-Aschauer, Ulrich Esser, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Margarete Fehlinger, Christian Fehringer, Andrea Felnemeti, Irmgard Fennes, Peter Figge, Peter Frenzel, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Christiane Geiser-Juchli, Susanne Gerckens, Walter Graf, Simone Grawe, Charlotte Gröflin-Buitink, Hiltrud Gruber, Regula Haefeli, Klaus Heinerth, Ernst Hemmert, Hans Henning, Ruth Hobi, Viktor Hobi, Beate Hofmeister, Anita Hufnagl, Catherine Iseli Bolle, Dora Iseli Schudel, Elisabeth Jandl-Jager, Annette Jessinghaus, Stephan Jürgens-Jahnert, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Ruth Koza, Franz Kraßnitzer, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmann, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Germain Lietaer, Hans-Jürgen Luderer, Ulf Lukan, Brigitte Macke-Bruck, Ueli Mäder, Jörg Merz, Christian Metz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Khalid Murafi, Gerd Naderer, Sibylle Neidhart, Nora Nemeskeri, David Oberreiter, Alfred Papst, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner, Klaus Renn, Klaus Riedel, Brigitte Rittmannsberger, Eckart Ruschmann, Bruno Rutishauser, Klaus Sander, Jochen Sauer, Eva-Maria Schindler, Sabine Schlippe-Weinberger, Stefan Schmidtchen, Christoph Schmitz, Wolfgang Schulz, Reinhold Schwab, Helmuth Schwanzar, Klaus-Peter Seidler, Karl F. Sommer, Gert-Walter Speierer, Dora Stepanek, Norbert Stölzl, Ursula Straumann, Hans Swildens, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Ottilia Trimmel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Angelika Vogel-Hilburg, Helga Vogl, Madeleine Walder-Binder, Robert Waldl, Kurt Wiesendanger, Agnes Wild-Missong, Johannes Wiltschko, Marietta Winkler, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz, Günther Zurhorst

**PERSON**  
13. Jg. 2009, Heft 2

Herausgegeben von  
Ulrike Diethardt, Gerhard Lukits und Hermann Spielhofer

# Inhalt

Editorial ..... 99

## Fachbeiträge

*Sylvia Keil*

Teil I: Das Selbst als Gestalt – eine kritische Analyse und Ansätze zur Weiterentwicklung der Theorie des Selbst  
im klientenzentrierten Konzept ..... 101

*Sylvia Keil*

Teil II: „Das war ein wichtiger Schritt, mich besser in mein Selbstbild pressen zu können“ – Zur Rekonstruktion  
der Selbstgestalt eines Klienten und deren Entwicklung in der Psychotherapie auf Basis einer Einzelfallstudie ..... 112

*Jennifer Steinbach, Leena Hässig, Katinka Kohle & Anneliese Ermer*

Dissoziale Persönlichkeitsstörung: Diagnostik, Störungstheorie und Behandlung aus personenzentrierter Sicht ..... 124

*Annette Jessinghaus*

Personenzentrierte Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen – Eine Falldarstellung aus einer  
psychiatrischen Ambulanz ..... 137

*Matthias Barth*

Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen ..... 148

*Peter F. Schmid*

„HIER BIN ICH“ – Zu einem dialogischen Verständnis des Personenzentrierten Ansatzes ..... 155

Die SGGT wird 30 Jahre alt – und wird zu pca.acp ..... 166

## Rezensionen

*Jochen Eckert*

Mick Cooper: Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy: The Facts are friendly. .... 168

*Sylvia Gaul*

Eberhard Nölke & Marylin Willis (Hrsg.): Klientenzentrierte Kunsttherapie in institutionalisierten Praxisfeldern. .... 170

*Karin Wunderlich*

Keith Tudor und Mike Worrall: Person-Centred Therapy. A Clinical Philosophy. .... 171

*Beatrix Teichmann-Wirth*

Johannes Wiltschko: Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens. .... 173

In „Person“ erschienene Rezensionen ..... 175

Internationale Veranstaltungen ..... 177

# Editorial

Die Vorstellungen der Redaktion von einer qualitativ hochwertigen Zeitschrift und die Erwartungen der Mitglieder sind nicht immer identisch; so wurden immer wieder Wünsche nach mehr praxisbezogenen Artikeln an uns herangetragen, da die Mitglieder ein legitimes Interesse daran haben, neben theoretischen Konzepten auch Anregungen und Informationen für ihre praktische Tätigkeit zu bekommen.

In der vorliegenden Ausgabe der PERSON, die als „offenes Heft“ konzipiert ist, sind nun drei Beiträge „von Praktikern für Praktiker“ verfasst, wie dies ein Autor selbst formuliert hat, und zwar aus Bereichen, die besondere Erfahrungen und klinisches Wissen erfordern. Die Artikel können daher für alle Kolleginnen, die mit diesen Klientengruppen zu tun haben, wertvolle Hinweise und Orientierungen liefern. Die Autorinnen und Autoren dieser Beiträge berichten erfahrungsnah und mit viel Engagement über ihre Tätigkeit. Dabei liegt der Schwerpunkt teilweise weniger auf der wissenschaftlichen Aufbereitung des Materials oder auf theoretischen Überlegungen. Die Einbeziehung der Arbeiten von „Praktikern“ bedeutet daher auch immer wieder, die Diskussion über die Bedeutung theoretischer Reflexion für die Praxis zu führen.

Carl Rogers hat zwar stets die Autorität der unmittelbaren Erfahrung sowie die Bedeutung der hilfreichen Beziehung für den therapeutischen Prozess betont, doch wissen wir auch, dass therapeutisches Handeln theoriegeleitet sein muss und nicht allein der Intuition der einzelnen Psychotherapeutin und der Beliebigkeit ihrer Beurteilung anheim gestellt werden kann. Immerhin ist davon auszugehen, dass Erfahrung nicht voraussetzungslos ist; theoretische Modelle liefern uns nicht nur die Fragestellungen, sondern sie dienen auch als Folie bei der Auswahl der Erfahrungsdaten und deren Interpretation.

Diese Diskussion hat auch den Austausch zwischen den Autoren, den Gutachtern und den Herausgebern dieses Heftes bestimmt und sollte weiterhin ein Schwerpunkt dieser Zeitschrift sein, um die Vermittlung von Theorie und Praxis nicht nur auf der konzeptionellen Ebene, sondern auch im gemeinsamen Diskurs aller Teilnehmer zu vollziehen und damit die Weiterentwicklung sowohl der theoretischen Grundlagen als auch der Praxis des Personzentrierten Ansatzes zu fördern und die darin liegenden Potenziale auszuschöpfen. Schließlich hat Rogers auch immer wieder betont, dass er all sein Wissen über Psychotherapie und Beratung sowie über

zwischenmenschliche Beziehungen vor allem aus der praktischen Arbeit mit Menschen gewonnen hat.

*Matthias Barth* behandelt in seinem Beitrag ein sehr aktuelles Thema und zwar die „Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen“, ein Thema, das gerade durch die Kriege in unserer Nachbarschaft, die Balkankriege mit ihren Kriegsverbrechen und Menschenrechtsverletzungen, oder auch durch die große Zahl von Flüchtlingen, die aus den Kriegsgebieten in Afrika und Asien zu uns kommen, aktuell ist und in der psychotherapeutischen Diskussion vielfach ein Randthema geblieben ist. Es geht dabei vor allem um die Aufarbeitung von traumatischen Erlebnissen, um deren Integration in das Selbst und die Stabilisierung des Erlebens. Gerade dabei kommt dem Personzentrierten Ansatz durch die Betonung der Beziehungsarbeit mit den Variablen des empathischen Verstehens und der positiven Beachtung, in der Sicherheit und Vertrauen aufgebaut werden kann, eine besondere Bedeutung zu.

Im Beitrag von *Annette Jessinghaus* werden anhand einer Fallskizze das Beziehungsangebot sowie das störungsspezifische Vorgehen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen dargestellt. Dabei wird auf die Anforderungen und Schwierigkeiten hingewiesen, denen Psychotherapeuten bei diesen Klientinnen aufgrund der schwierigen Beziehungsgestaltung, der ausgeprägten (selbst-)destruktiven Tendenzen der Klienten, der Neigung zu Drogenkonsum und der geringen Impulskontrolle gegenüber stehen. Vor allem die geringe oder zum Teil fehlende Fähigkeit, eigenes Erleben wahrzunehmen und zu symbolisieren, der mangelnde Selbstkontakt und ein inkohärentes Selbst führen zu widersprüchlichem und schwer nachvollziehbarem Erleben und Verhalten. Nach einem Überblick über die Konzepte der Persönlichkeitsstörungen und einer Schilderung der Vorgeschichte und des Krankheitsbildes einer Klientin werden Ausschnitte aus einer Therapiestunde wiedergegeben und kommentiert.

*Jennifer Steinbach, Leena Hässig, Katinka Kohle und Anneliese Ermer* setzen sich in ihrem Beitrag umfassend und praxisnahe mit der Diagnose und Störungstheorie der dissozialen Persönlichkeitsstörung auseinander. Daraus leiten sie ein personzentriertes Behandlungsmodell ab, in dessen Zentrum eine Kombination aus Delikt- und Traumaarbeit steht. Insbesondere beschäftigen sich die Autorinnen auch anhand zweier Fallbeispiele damit, welche Rolle

Empathie, unbedingte Wertschätzung und Echtheit in einem derartigen therapeutischen Prozess spielen, und stellen in differenzierter Weise ihre Behandlungszugänge zu den Zeitebenen Vergangenheit und Gegenwart dar.

Im Unterschied dazu geht es *Sylvia Keil* im ersten Teil ihres Beitrags darum, die Selbst-Theorie als Reflexionshintergrund für die Praxis zu diskutieren. Der Artikel reflektiert die Vielschichtigkeit dieses Konzepts sowie die bestehenden Unklarheiten und Widersprüche. Die Autorin verweist daher zu Recht auf die Schwierigkeiten bei der Umsetzung der verschiedenen Bestimmungen des Selbst auf das Inkongruenzkonzept als zentrales Element der Störungslehre des Person- bzw. Klientenzentrierten Ansatzes sowie auf die Therapietheorie. Im zweiten Teil versucht die Autorin auf der Basis einer qualitativen Einzelfallstudie, orientiert am Forschungskonzept der *Grounded Theory*, der Frage nachzugehen, wie sich die Selbstgestalt im psychotherapeutischen Prozess entwickelt. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Zusammenhängen zwischen Selbsterleben, organismischem Erleben, Symptomerleben, Abwehr und der Suche nach Möglichkeiten, wie das Selbst als Gestalt während eines Psychotherapieprozesses ohne aufwändige Analyse von verschriftlichtem Datenmaterial beobachtet werden kann. Es ist ein ambitionierter Versuch, von dem zu wünschen ist, dass er Anstoß für weitere Studien und Diskussionsbeiträge zu diesem zentralen Konzept gibt.

*Peter Schmid*, ein prononciierter Vertreter einer beziehungsorientierten Strömung innerhalb des Personzentrierten Ansatzes, fordert in seinem Beitrag einen radikalen Bruch mit der traditionellen Erkenntnistheorie, bei der es, so der Autor, nicht um das Einordnen der Erfahrung in Bestehendes geht, sondern um Überschreitung der bestehenden Ordnung und um die Anerkennung des Anderen im

Anderen, um die „Transzendenz der Alterität“. Er geht dabei von der dialogischen Verfasstheit des Menschen aus und betont die essenzielle Bedeutung des Dialogs insbesondere da, wo es um das Verstehen und Erkennen eines anderen Menschen geht – und damit in der Psychotherapie insgesamt. Diese philosophische Grundlegung des Personzentrierten Ansatzes stellt einen wichtigen Beitrag dar, insbesondere um bestehenden Tendenzen zu technisch-funktionalistischen Verfahrensweisen entgegen zu treten.

Im vorliegenden Heft sind außerdem vier Buchrezensionen abgedruckt sowie eine Übersicht über sämtliche Rezensionen, die seit 1997 in der *PERSON* erschienen sind.

Veränderungen gibt es von unseren Schweizer Kollegen in Hinblick auf die SGGT zu berichten, die sich nun *pca.acp* nennt – Näheres dazu findet sich in einem kurzem Beitrag von Anita Holzer, derzeit Präsidentin der Gesellschaft.

Außerdem haben sich in unserem Redaktionsteam Veränderungen ergeben: Clara Abter-Rosenmayr und Jochen Sauer haben die Redaktion verlassen und wir bedanken uns bei dieser Gelegenheit herzlich für die Zusammenarbeit und die konstruktiven Beiträge. Beide werden uns weiterhin als Mitglieder des Fachbeirates unterstützen. An die Stelle von Clara Abter-Rosenmayr ist Monika Tuczai unserem Team beigetreten – wir möchten sie herzlich begrüßen und freuen uns auf die Zusammenarbeit.

Das nächste Heft (1/10) unserer Zeitschrift beschäftigt sich mit dem Thema, Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.

*Ulrike Diethardt, Gerhard Lukits,  
Hermann Spielhofer*

Sylvia Keil

# Teil I: Das Selbst als Gestalt – eine kritische Analyse und Ansätze zur Weiterentwicklung der Theorie des Selbst im klientenzentrierten Konzept

**Zusammenfassung:** *Die Selbst-Theorie des Klientenzentrierten Ansatzes ist ein psychotherapeutisches Konzept, das als Reflexionsinstrument in der Praxis dient. Um die Selbstgestalt in der Psychotherapie und deren Inkongruenz in Übereinstimmung mit dem klientenzentrierten Konzept zu rekonstruieren, muss die Selbst-Theorie jedoch noch weiter ausgearbeitet werden. Der vorliegende Artikel (Teil I) fasst die Ergebnisse der kritischen Analyse der Selbst-Theorie zusammen, die im Vorfeld einer qualitativen Studie notwendig war, um die Selbstgestalt eines Klienten auf phänomenaler Ebene zu erschließen. Es werden die Inkonsistenzen der Theorie aufgezeigt, die sich hauptsächlich auf die Entwicklung der Selbstgestalt in der Kindheit, die Inkongruenz und die Frage der unbewussten Prozesse im Selbst beziehen.*

**Schlüsselwörter:** *Selbst, Selbst-Gestalt, Inkongruenz*

**Abstract: Part I: The self as gestalt — a critical analysis and considerations for a further elaboration of the theory of self within the client-centered frame work.** *Client-centered theory of self is a psychotherapeutic concept that serves as a reflective tool in practice. In order to reconstruct the self-gestalt in psychotherapy as well as its incongruence in accordance with the client-centered concept, however, self-theory requires further elaboration. This paper (part I) presents the results of a critical analysis of self-theory undertaken in the course of an empirical study in order to develop a client's self-gestalt on a phenomenal level. The analysis addresses inconsistencies of the theory concerning the development of the self in childhood, incongruence, and unconscious processes of the self.*

**Keywords:** *self, self-gestalt, incongruence*

Menschen machen sich ein Bild von sich selbst, aber auch eine Vorstellung davon, wie sie von anderen gesehen werden. Sie erleben sich selbst als Mittelpunkt ihrer raum-zeitlichen Welt, ausgestattet mit einem Körper, den sie ihr Eigen nennen. Sie erkennen sich als Zentrum ihrer Verhaltensweisen, ihrer Handlungen, ihrer Wahrnehmungen und Gefühle, die sie erfahren, verursachen, aber auch kontrollieren bzw. steuern können. Menschen können sich ihrer selbst bewusst werden, über sich und ihre (autobiografische) Geschichte erzählen, über sich nachdenken und sich unter ethisch-moralischen Gesichtspunkten bewerten (vgl. Roth, 2004, S.36). Der Begriff *Selbst* ist daher eng verknüpft mit der subjektiven Erfahrung, sich selbst, trotz aller Veränderungen über die Lebensspanne hinweg, als ein kohärentes und konsistentes Wesen zu erkennen und zu erleben. So evident jedoch dieses Selbstgefühl ist, so umstritten ist das Selbst als Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchung, da es als theoretisches Konzept jede Wissenschaft vor große Herausforderungen stellt.

Der Selbst-Begriff knüpft an traditionelle philosophische und theologische Diskurse über die Seele und das (Selbst-)Bewusstsein an, beginnend bei den „Confessiones“ von Augustinus, über Descartes, Kant, Fichte, Husserl, Kierkegaard, Nietzsche, Sartre,

Glaserfeld, Buber bis zu aktuellen Philosophen wie Levinas, Derrida oder Taylor. Das Selbstbewusstsein sei überhaupt der „kleinste gemeinsame Nenner neuzeitlichen Philosophierens“ (Franke, 1991, S. 413).

Im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert beschäftigten sich die Persönlichkeits-Psychologie (W. James), aber auch die Soziologie (G. H. Mead, C. H. Cooley) mit dem Selbst. In den letzten Jahrzehnten ist ein ansteigendes Interesse in der Sozialpsychologie (Greve, 2000), insbesondere in der Selbstkonzeptforschung (Mummendey, 2006) zu verzeichnen. Die Säuglingsforschung (Stern, 1992) hat wesentlich zum Verständnis der Entwicklung des Selbst in der frühen Kindheit beigetragen und dazu geführt, dass Persönlichkeitsmodelle und damit auch die Selbstbegriffe in der Psychotherapie neu überarbeitet werden müssen. Aktuell besonders interessante Erklärungsansätze kommen aus den modernen Neurowissenschaften (Damasio, 2004; Le Doux, 2006; Roth, 2001, 2003, 2004; Bauer, 2006). Unterstützt durch die neu entwickelten Messverfahren kann nun immer genauer erklärt werden, wie die „Evolution des Gehirns“ mit der „Erschaffung des Selbst“ (Eccles, 1993) korrespondiert bzw. wie die Aktivitäten von

bestimmten neuronalen Schaltkreisen zu bewussten Vorstellungen und Empfindungen vom Selbst führen können.

In der Psychotherapie hat jede psychotherapeutische Schule „ihren eigenen Selbstbegriff“ entwickelt. Der Selbst-Begriff wird hier mit all seinen Wortverbindungen, wie *wahres Selbst*, *Selbstwert*, *Selbstbild*, *Kern-Selbst*, *Selbsterfahrung*, *Selbstverwirklichung* etc., von mehr als 40 namhaften VertreterInnen<sup>1</sup> (Balint, Bühler, Erikson, Freud, Goldstein, Hartmann, Horney, Jung, Kernberg, Kohut, Mahler, Maslow, Miller, Moreno, Rogers, Satir, Sullivan, Winnicott etc.) in unterschiedlicher Bedeutung verwendet. Eine umfassende Übersicht über die Selbst-Begriffe in Psychologie und Psychotherapie findet sich bei Ludwig-Körner (1992). Es gibt also keine einheitliche Definition des Selbst, oft nicht einmal *innerhalb* einer Psychotherapieschule.

Die OPD (1998) als schulenübergreifende, psychotherapeutische Diagnostik versucht, das Selbst auf einer phänomenologisch-interpersonellen Ebene zu operationalisieren. Dies mit dem Anliegen, den Begriff gerade *nicht* in die Vielfalt verwirrender psychodynamischer Erklärungsmodelle bestimmter Psychotherapieschulen einzubetten. Es gibt daher in diesem Diagnose-Schema keinen intrapsychischen, sondern nur einen interpersonellen Selbst-Begriff. Die OPD „erfasst die psychische Struktur als die Struktur des Selbst in Beziehung zum anderen“ (S. 69).

Abgesehen davon, dass bei einer wissenschaftlichen Untersuchung des Selbst immer der Vorwurf im Raum steht, dass die Ergebnisse mehr über das Selbst der Forschenden aussagen als über das Selbst an sich, bezieht sich der kritische Diskurs hauptsächlich auf zwei grundlegende Problemstellungen.

Erstens erweist sich die definitonische Abgrenzung des Begriffs *Selbst* zu verwandten Begriffen als schwierig, wie z. B. zu den Konzepten *Person*, *Persönlichkeit*, *Organismus*, *Identität*, „*Ich*“, *Seele*, *Kognition*, *Vorstellung*, *Phantasie*, *Motiv*, *Unbewusstes*, *Bewusstsein* etc. Auch die Beziehung dieser Konzepte zueinander kann daher kaum präzisiert werden. Eine zweite theoretische Schwierigkeit ergibt sich aus der Notwendigkeit, den strukturellen Aspekt des Selbst (das Selbst als Substanz, als „Inhalt“) und den prozesshaften Aspekt des Selbst (das Selbst als Selbstwerdung, aber auch das Selbst als Akteur, das sich selbst betrachtet, steuert etc.) in einem Modell zu vereinen. Solche Konzepte laufen Gefahr, mit dem Selbst-Begriff einen Homunkulus einzuführen, der selbst nichts erklärt oder der psychische Prozesse auf unzulässige Art personifiziert. So kritisiert Allport (1983), es sei „verführerisch, Funktionen, die man nicht ganz versteht, einer mysteriösen zentralen Instanz zuzuschreiben und dann zu erklären, daß ‚diese‘ die Persönlichkeit zusammenbindet und ihre Integrität aufrechterhält“ (S. 40).

Außerdem wurden diese Konzepte in unterschiedlichen Disziplinen vor deren theoretischen Hintergründen untersucht, sodass

die oft gleichnamigen Begriffe jeweils mit unterschiedlicher Bedeutung verwendet werden. Als Hintergrundfolie für psychotherapeutisches Handeln sollten daher die unterschiedlichen Selbstbegriffe nicht gemischt werden, da sie ihre konzeptuelle Stärke nur im theoretischen Kontext der jeweiligen Psychotherapieschule entwickeln. So ist z. B. das klientenzentrierte Selbst weder mit philosophischen, psychologischen oder soziologischen Selbstbegriffen kompatibel, noch sollte es in der Diskussion mit anderen psychotherapeutischen Selbst-Konzepten vermengt werden.

Der Selbst-Begriff des Klientenzentrierten Ansatzes ist kein grundlagenwissenschaftlicher, sondern ein handlungswissenschaftliches, eben ein *psychotherapeutisches* Konzept. Denn das theoretische Verständnis vom Selbst dient Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen als umfassende Orientierung bei der Strukturierung des psychotherapeutischen Prozesses und bildet den theoretischen Reflexionshintergrund beim empathischen Verstehen und beim Erkennen von Inkongruenz zwischen Selbst und organismischem Erleben. Inkongruenz gilt als eines der wesentlichen Indikationskriterien für Klientenzentrierte Psychotherapie. Die Reorganisation des Selbst, die mit einer sich verringernenden Inkongruenz einhergeht, ist daher das zentrale Ziel einer Klientenzentrierten Psychotherapie. Verglichen jedoch mit der Selbstverständlichkeit, mit welcher der Selbst-Begriff in der klientenzentrierten Fachliteratur direkt und indirekt verwendet wird, z. B. in Form der Ausdrücke *Inkongruenz* oder *Selbstexploration*, ist es jedenfalls erstaunlich, wie wenig die Theorie des Selbst seit Rogers ausgearbeitet wurde (vgl. Behr, 1996, S. 46).

So bestätigen manche KlientInnen-Aussagen in eindrücklicher Weise das „Vorhandensein“ eines Selbstkonzepts, z. B. wenn ein Klient eine Veränderungsmöglichkeit mit der Begründung erschrocken abweist: „Dann wäre ich ja nicht mehr ich selbst!“ oder wenn eine Klientin im Erstgespräch erschüttert von ihrem Symptomerleben berichtet: „... So war ich nie, das bin nicht mehr ich selbst, ich habe schon gefürchtet, dass ich verrückt werde!“ Auf Grund solcher Aussagen lassen sich Verstehenshypothesen (vgl. Keil S., 2003) entwickeln, die durchaus zumindest Teilaspekte der Selbststruktur erhellen dürften.

Die *Ganzheit* des Selbstkonzeptes wird von diesen im psychotherapeutischen Prozess gewonnenen Verstehenshypothesen oder von einzelnen selbstkonzeptbezogenen KlientInnen-Aussagen jedoch noch nicht erfasst. Dies führe ich aber weniger darauf zurück, dass sich das Selbst empirisch überhaupt nicht erschließen lässt, sondern darauf, dass sich die Konzentration im psychotherapeutischen Prozess auf das aktuelle Erleben richtet und nicht auf die Erforschung eines Selbst in seiner Gesamtheit bzw. seiner Entsprechung auf der phänomenalen Ebene.

Mir ist nicht bekannt, dass das Selbst als *Gestalt* bisher untersucht wurde. Auch in den Einzelfallstudien Rogers' standen andere Forschungsaspekte im Vordergrund, z. B. wie KlientInnen die Reorganisation des Selbst erfahren (vgl. Rogers, 1951/1972, S. 83). Die *Selbst-Entwicklung* beschrieb Rogers ebenfalls nicht als

1 In dieser Arbeit wird das „Binnen-I“ verwendet, um eine gender-sensible Schreibweise zu gewährleisten.

Entwicklung der *Gestalt*, sondern er machte sie an charakteristischen Veränderungen im psychotherapeutischen Prozess fest, die er in ein Prozesskontinuum einordnete (vgl. Rogers, 1977, S. 126). Wenn daher bei einzelnen KlientInnen diese im Prozesskontinuum beschriebenen Veränderungen festzustellen sind, kann daraus geschlossen werden, dass sich vermutlich auch deren Selbstkonzepte verändert haben. Allerdings bleibt das *Wie* der Veränderung dieser Selbstgestalten dabei unbeachtet.

Ziel einer Klientenzentrierten Psychotherapie ist jedoch *Selbst-Entwicklung*, d. h. eine *Veränderung* des Selbst als Voraussetzung für eine sich verringernde Inkongruenz. Da das Selbst für die KlientInnen und PsychotherapeutInnen eine ontische Qualität hat, sollte die Veränderung der individuellen Selbstgestalt auf einer realen Erfahrungsebene beschrieben werden können. Darin lag auch das Motiv für die Untersuchung der Selbst-Gestalt eines Klienten (Keil S., 2007), deren empirische Ergebnisse in Teil II dieses Artikels (in diesem Heft) ausgeführt werden.

Dieser Artikel (Teil I) fasst die theoretische Analyse der Untersuchung zusammen und zeigt die Problemzonen der Theorie auf, die für eine Rekonstruktion des Selbst als Gestalt relevant erscheinen und einer Neu-Interpretation oder Erweiterung bedürfen.

## Die Bedeutung des Selbst im klientenzentrierten Konzept

Rogers weist wiederholt darauf hin, dass die klientenzentrierte Theorie der Persönlichkeit (inkl. der Theorie des Selbst) hauptsächlich von der Theorie der Psychotherapie abgeleitet wurde, „um die in Therapien gesammelten Erkenntnisse zu ordnen“ (Rogers, 1959/1987, S. 48), und es sich daher nicht um eine vollständig ausgearbeitete Persönlichkeitstheorie handelt. Das Selbst als zentrales Konstrukt der Persönlichkeitstheorie ist demnach eng verknüpft mit den Begriffen „Organismus“, „organismisches Erleben“ (Experiencing) sowie „Aktualisierungstendenz“ und macht ohne diese terminologische Verbindung keinen Sinn. Die Vorstellung des Selbst ist obendrein eingebettet in das klientenzentrierte Menschenbild, von dem die persönlichen Einstellungen und Haltungen – die Seinsweise – nicht nur in der Psychotherapie bestimmt werden.

Das Vorgehen in der Psychotherapie wird jedoch nicht durch die Selbst-Theorie, sondern im Wesentlichen durch die Therapietheorie bestimmt. Dies hat zur Folge, dass Therapien gelingen, ohne dass dabei die Inkongruenz oder die Veränderung der Selbstgestalt durch Psychotherapie genau präzisiert werden muss. Dies zeigt sich auch daran, dass Rogers erst durch die wissenschaftliche Untersuchung *erfolgreicher* Therapieprozesse, also im Nachhinein, auf die zentrale Bedeutung des Selbst aufmerksam wurde. Denn unabhängig von der Symptomatik, die Anlass für die Psychotherapie war, beschrieben KlientInnen den Therapieerfolg damit, dass sie sich nun am Ende der Psycho-

therapie wieder mehr *mit sich selbst* in Übereinstimmung erlebten.

Daraus ergibt sich die Frage, ob ein genaues Verständnis vom Selbst in der psychotherapeutischen Praxis überhaupt erforderlich ist. Da aber das methodische Vorgehen erheblich differiert, je nachdem, wie die Inkongruenzdynamik zwischen Selbst und organismischem Erleben im Einzelfall verstanden wird, scheint es jedoch zumindest in Hinblick auf die Weiterentwicklung des Konzepts von großem Interesse zu sein (und damit indirekt auch für die psychotherapeutische Praxis), die Inkongruenz, und damit das gestalthaft strukturierte Selbst, rekonstruktiv und in Übereinstimmung mit der Selbst-Theorie beschreiben zu können. Insbesondere die Versuche, Phänomene, die im psychotherapeutischen Prozess beobachtet werden, korrekt in das theoretische Modell einzuordnen, lösen im fachlichen Diskurs immer wieder heftige Kontroversen aus, wohl deshalb, weil bei einer theoretischen Auseinandersetzung über das Selbst diese Begriffe oft ungenau gebraucht werden bzw. das persönlich erarbeitete und in der Praxis bewährte Verständnis vom Selbst und von der Inkongruenz in Frage gestellt wird.

## Das Selbst als Gestalt

Rogers hat das Selbst ursprünglich als wissenschaftlich bedeutungslosen Begriff abgetan. Erst Aussagen von KlientInnen, z. B. „Ich mag es nicht, wenn jemand mein wirkliches Selbst kennt“, „Ich frage mich, wer ich wirklich bin“, „Ich kann nicht ich selbst sein“, haben ihn auf die Relevanz des Selbst aufmerksam gemacht und in der Folge dazu bewogen, das Selbst als ein zentrales theoretisches Konstrukt in die Persönlichkeitstheorie aufzunehmen. Bei der Entwicklung des Konstruktes lässt er sich jedoch nicht nur von den Erfahrungen in den Therapien leiten, sondern auch von Selbst-Theoretikern inspirieren. „Mead, Cooley, Angyal und Lecky [haben] bedeutend zur Erweiterung unseres Wissens über die Entwicklung und das Funktionieren des Selbst beigetragen“ (Rogers 1951/1972, S. 429).

Zur Entstehungsgeschichte des Konstruktes „Selbst“ gehört daher ein Spannungsfeld, das bei einer Weiterentwicklung der Theorie zu beachten ist. Rogers nimmt aus wissenschaftlicher Redlichkeit einen Begriff, von dem KlientInnen *sprechen* (niedriger Abstraktionsgrad), in das Theoriegebäude als *Konstrukt* auf (hoher Abstraktionsgrad). In der qualitativen Forschung sind Worte und Namen, die von InformantInnen selbst benutzt werden und als sogenannte „In-vivo-Kodes“ zu Namen von neuen Konzepten werden, eine wichtige Erkenntnisquelle, da sie meist sehr aussagekräftig sind (vgl. Strauss & Corbin, 1996, S. 50). So betrachtet, wäre das Selbst ein Konzept, das von einem „In-vivo-Kode“ hergeleitet wurde<sup>2</sup>. Der Selbstbegriff hat jedoch eine lange Tradition, und Rogers benützt

2 Wenn die von Rogers angeführten KlientInnen-Aussagen, z. B. „I feel I'm not being my real self“ ins Deutsche übersetzt werden, würden deutsch sprechende ForscherInnen das Konstrukt vielleicht als In-vivo-Kode „Das wirkliche-ich-selbst-Gefühl“ nennen und nicht den Begriff „Selbst“ wählen.

also bei dieser Namensgebung gleichzeitig ein sogenanntes „geborgtes Konzept“, mit dem bereits Assoziationen verbunden sind, die nicht unbedingt mit den Bedeutungen des „In-vivo-Kodes“ zusammenpassen müssen.

Der klientenzentrierte Selbstbegriff „enthält“ daher Vorstellungen, die eng mit dem organismischen, biologistischen und holistischen Denken verbunden sind. So übernimmt Rogers von Prescott Lecky die Theorie über die menschliche Subjektivität. Oberstes Ziel sei es, die Selbstkonsistenz zu bewahren, die Einheit des Organismus zu schützen. Lecky spricht bereits von hierarchisch geordneten Konzepten, die Menschen über sich bilden. Durch diese Ordnungsstruktur werde das Streben nach Selbst-Übereinstimmung (Selbstkonsistenz) unterstützt (vgl. Ludwig-Körner, 1992, S. 62f.).

Angyal sieht den Menschen eingebunden in die „Biosphäre“ mit ihren organismischen, sozialen und psychischen Dimensionen. Die Welt, und in sie eingebunden der Mensch, ist in biosphärischen Sub-Systemen organisiert. Organismus und Umwelt stehen in einer dynamischen Wechselbeziehung zueinander und sind nur als ein gemeinsames Ganzes zu verstehen. Eingebettet in und in Auseinandersetzung mit dieser Biosphäre tendieren Menschen zu „Selbstbestimmung“ und „Autonomie“, während sie sich gleichzeitig in ein übergeordnetes Ganzes einfügen.

Angyals Organismus-Theorie basiert auf gestaltpsychologischen Vorstellungen. Die Persönlichkeit und das Selbst sind bei ihm eine Gestalt, die sich hauptsächlich aus Selbstbildern zusammensetzt. Bei Angyal taucht bereits die Idee auf, die Rogers zu seinem Inkongruenzmodell angeregt haben dürfte. So meint Angyal, dass sich die Selbstbilder gegen den Organismus richten können, wenn das Selbst die Realität der Biosphäre „verfälscht und so die realen Bedürfnisse des Organismus verkennt“ (Ludwig-Körner, 1992, S. 67).

Diese Organismus-Theorien als auch die Gestaltpsychologie (Max Wertheimer, Kurt Goldstein, Kurt Lewin u. a.) sind wichtige Vorläufer der modernen Systemtheorien. So ähnelt die Definition von „Gestalt“ bereits sehr der Definition von „komplexen Systemen“. Eine „Gestalt“ ist ein Ganzes, das übersummativ<sup>3</sup> und transponierbar sei (z. B. die Transponierung einer Melodie in eine andere Tonart). „Der Zustand jedes einzelnen Teils und jeder Stelle ist durch die Zustände der anderen Teile und Stellen mitbedingt; er wird von ihnen ‚getragen und gehalten‘, während er gleichzeitig selbst jene mit trägt und hält“ (W. Köhler, 1920, 1925 zit. in Kriz, 1997, S. 138). Insbesondere Kurt Goldstein hat erkannt, dass die Gestaltgesetze nicht nur für den psychischen Bereich, sondern auch für den gesamten Organismus gelten (vgl. Kriz, 1994, S. 177). Der Organismus selbst reagiere als Ganzheit auf seine Umwelt. Sind Teile des Organismus zerstört, werden die Funktionen des fehlenden Teils durch eine Umorganisation des ganzen Organismus ersetzt. Wahrnehmen, Denken, Wollen,

Handeln, alle Aktivitäten stellen sich daher als ein vom Organismus ganzheitlich organisierter Vorgang dar, der sich an den Gestaltgesetzen orientiert.

Das Gesetz von Figur und Hintergrund, das von Ehrenfels und Köhler eingeführt und von Kurt Lewin in seine Feldtheorie übernommen wurde, ist nach Tudor & Worrall (2006, p. 60) der Schlüssel zum Verständnis der organismischen Struktur und damit auch für die Selbst-Theorie. Sämtliche Austauschprozesse des Organismus mit der Umwelt sind gestalthaft organisiert. Der Organismus mit seiner Befindlichkeit bildet den Hintergrund, aus dem im wahrgenommenen Feld Gestalten hervortreten werden, die der Bedürfnisbefriedigung dienen können. Diese Figuren können wie Kippbilder spontan, jedoch in Abhängigkeit von der organismischen Befindlichkeit, ihre Gestalt wechseln.

Vor diesem gestaltpsychologischen Hintergrund stellt sich Rogers' Forschungsgruppe das Selbst ebenfalls als eine Gestalt bzw. als eine Konfiguration vor, die sich als Ganzes verändern kann. Wie Rogers in den Therapien beobachtete, ist diese Gestalt manchmal von „heftigen Schwankungen erfüllt“. Durch geringfügige Ereignisse ausgelöst, kann sich das Selbst zu unterschiedlichen Zeitpunkten völlig anders darstellen, vergleichbar dem Kippbild mit der jungen Dame und der alten Hexe (Rogers, 1959/1987, S. 29).

In der nachfolgenden Definition verwendet Rogers die Begriffe Selbst, Selbststruktur und Selbstkonzept grundsätzlich synonym. Der Begriff *Selbststruktur* beschreibt jedoch eher das Selbst von einer äußeren Warte, während von *Selbstkonzept* dann die Rede ist, wenn sich der Begriff auf das Selbst bezieht, wie es eine Person in sich erfährt (Rogers, 1959/1987, S. 26).

„Diese Begriffe [das Selbst, das Selbstkonzept, die Selbststruktur] beziehen sich auf die organisierte, konsistente, konzeptuelle Gestalt, die sich aus den Wahrnehmungen der Charakteristika des ‚I‘ oder ‚Me‘ und den Wahrnehmungen der Beziehungen des ‚I‘ oder ‚Me‘ zu Anderen und zu verschiedenen Lebensaspekten, einschließlich der mit diesen Wahrnehmungen verbundenen Werte, zusammensetzt. Dieser Gestalt kann man gewahr werden, sie ist jedoch nicht notwendigerweise gewahr. Es handelt sich um eine fließende, sich ändernde Wesenheit, einen Prozess, der jedoch zu jedem gegebenen Zeitpunkt eine spezifische Gestalt aufweist.“ (Rogers, 1959, p. 200, Übers. S. K.)

Diese Definition imponiert dadurch, dass Rogers das Selbst konsequent als Wahrnehmungs- und Beziehungsprozess konzeptualisiert, der selbst wiederum wahrgenommen, erlebt und erfahren werden kann. Das Selbst als Vorstellungsgestalt (Rogers 1977, S. 35) ist daher nicht als Bild im statischen Sinn zu verstehen. Diese Vorstellungsgestalt wird ebenfalls kontinuierlich durch Wahrnehmungsprozesse (Symbolisierungsprozesse) als ein „Subsystem“ (Rogers, 1959/1987, S. 22) des von der Aktualisierungstendenz „motivierten“ bzw. – systemtheoretisch formuliert – „selbstorganisierten“ Organismus erzeugt. Mit dem Konzept der Aktualisierungstendenz als einzigem Axiom möchte Rogers das

3 Im Sinn von Aristoteles „Das was aus Bestandteilen so zusammengesetzt ist, daß es ein einheitliches Ganzes bildet, nicht nach Art eines Haufens, sondern wie eine Silbe, das ist offenbar mehr als bloß die Summe seiner Bestandteile.“ Aristoteles, *Metaphysik* 1041 b 10 (VII. Buch (Z))

psychoanalytische Triebmodell überwinden, was ihm jedoch – wie die Formulierung „Motiv“ im folgenden Zitat zeigt – noch nicht ganz gelingt. Für eine Erweiterung der Selbst-Theorie können heute die Modelle der Selbstorganisation komplexer Systeme herangezogen werden.

„Es sei darauf hingewiesen, dass die Aktualisierungstendenz das einzige Motiv [sic!] ist, welches in diesem theoretischen System als Axiom vorausgesetzt wird. Es sei darüber hinaus darauf aufmerksam gemacht, daß diese Tendenz nur dem Organismus in seiner Gesamtheit innewohnt. Es gibt keine Homunkuli, keine anderen Energie- und Aktionsquellen in diesem System. Das Selbst zum Beispiel ist ein wichtiges Konstrukt unserer Theorie, aber dieses Selbst ‚tut‘ selbst nichts. Es ist nur eine mögliche Erscheinungsform dieser organismischen Tendenz, die den Organismus erhält und entwickelt“ (ebd.).

Mit dem Hinweis, dass das Selbst als Konstrukt selbst nichts „tut“, ergeben sich einige Probleme für die Rekonstruktion der Selbstgestalt im psychotherapeutischen Prozess, denn – wenn überhaupt – lässt sich diese nur aus den beobachtbaren Handlungen und aus der Beobachtung des Erlebens in der Beziehung der beiden „Organismen“ erschließen. Dabei ist zu beachten, dass das, was beobachtet wird, ebenfalls von den Selbststrukturen der beobachtenden „Organismen“ bestimmt wird.

In der obigen Definition erwähnt Rogers zwei Aspekte des Selbst, das „I“ und „Me“. Mit dieser Terminologie übernimmt er offensichtlich das Konzept von William James, der versucht, den statischen (das „Me“) und den dynamischen Teil des Selbst (das „I“) zu vereinen. James unterscheidet das „Selbst als zum Bewußtsein Kommen-des“ (das „Me“, das Ich als Objekt) und das „Selbst als Bewußtsein Habendes“ (das „I“, das reine „Ich“). Das „I“ sei das Subjekt, das der Beobachtung entzogen sei. Auf Grund der menschlichen Selbst-reflexivität komme es zu einem „Verdoppelungseffekt“ des Selbst. Einerseits Objekt, andererseits Subjekt, muss das Selbst zwei unterscheidbare Aspekte in sich vereinen. Es seien jedoch nicht zwei getrennte Teile, „weil der Glaube an die Identität des Ich und des Mich als etwas, was gerade auch während des Aktes der Unterscheidung beider fortbesteht, vielleicht die unerschütterlichste Überzeugung gesunden Menschenverstandes ausmacht“ (James 1893/1909, zit. in Ludwig-Körner, 1992, S. 25). Auch Rogers nimmt an, dass, mit der Konstitution des Selbst in der Kindheit, das Individuum sein „eigenes Gegenüber“ wird, da es „positive Beachtung oder den Verlust von positiver Beachtung unabhängig von Austauschprozessen mit einem anderen erfährt“ (Rogers, 1959/1987, S. 50). Die interne Dynamik der entstandenen Selbststruktur ist ab diesem Moment von einer Beziehung zu sich selbst bestimmt, mit der das Bedürfnis nach *unconditional positive selfregard* einhergeht.

Mit der Konstitution eines gestalthaft strukturierten Subsystems des Organismus ist es jedoch in der Folge möglich, dass die Symbolisierungsprozesse durch die Selbstaktualisierungstendenz der Selbstgestalt bestimmt werden und organismisches Erleben nicht mehr exakt symbolisiert wird, die Symbolisierung also inkongruent mit dem organismischen Erleben erfolgt. Da bei Inkongruenz die

Strukturregel der Aktualisierungstendenz der Strukturregel der Selbstaktualisierungstendenz widerspricht, nimmt die Aktualisierungstendenz einen verworrenen oder zwiespältigen Charakter an, bei dem dann Verhalten nicht mehr mit dem Selbst übereinstimmt. „Um die Selbststruktur aufrecht zu erhalten, werden Abwehrreaktionen erforderlich. Das Verhalten wird zeitweise durch das Selbst, dann wieder durch Aspekte der organismischen Erfahrung gesteuert“ (Rogers, 1959/1987, S. 52). Abwehr ist also „die Antwort des Organismus auf Bedrohung“ (Rogers, 1959/1987, S. 30).

Die Unterscheidung jedoch, welches Verhalten nun in diesem theoretischen Kontext von der Selbstgestalt, welches von Aspekten der organismischen Erfahrung und von welchem System die Abwehr gesteuert wird, ist auf der phänomenalen Ebene nicht leicht zu treffen. Auch stellt sich die Frage, wie das erfahrbare Phänomen der Kongruenz theoretisch zu erklären ist. Denn aus systemtheoretischer Perspektive müssen die Systeme Selbst und organismisches Erleben auch bei „Kongruenz“ „inkongruent“ sein, sich also nach wie vor in ihrer Struktur unterscheiden, um überhaupt miteinander über ihre Systemgrenzen hinweg in Form von Symbolisierungsprozessen und erlebnismäßigem Auf-sich-Antworten kommunizieren zu können. Ich hoffte daher, diese Prozesse durch die Untersuchung im Zusammenhang mit der Inkongruenzdynamik zu klären.

## Theoretische Probleme bei der Rekonstruktion der Selbstgestalt

Rogers hat die Theorie des Selbst in einem Zeitraum von über zwanzig Jahren entwickelt. Schon allein durch dieses lange „Heraufdämmern des Konzepts“ (vgl. Rogers, 1951/1972, S. 429) können für die NachfolgerInnen Unklarheiten entstehen, da die zu unterschiedlichen Zeitpunkten veröffentlichten Abhandlungen zum Selbst seine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Selbst widerspiegeln und teilweise widersprüchlich erscheinen.

Nichtsdestotrotz liegt die konzeptuelle Stärke des Inkongruenzmodells darin, dass das Vorliegen von Inkongruenz von *allen* Menschen (nicht nur von PsychotherapeutInnen) sehr leicht feststellbar ist, da sie mit erheblichen, spürbaren Schwierigkeiten im direkten Kontakt verbunden ist und in der Regel dazu führt, dass sich die Beziehungen verschlechtern (vgl. die Theorie der zwischenmenschlichen Beziehung, Rogers 1959/1987).

Um diesen symptomverstärkenden Negativ-Kreislauf aber zu durchbrechen, hat sich das empathische Verstehen in der Psychotherapie genau auf diese Inkongruenz zu richten, und dafür ist es notwendig, mit einer wertschätzenden Haltung die Bewertungsbedingungen zu begreifen, von der die Symbolisierungsprozesse der Selbstgestalt determiniert sind. Dies mag mit einer allgemein wertschätzenden, empathischen Haltung und entsprechender methodischer Geschicklichkeit in vielen Fällen auch ohne genaues, mitfühlendes, diagnostisches Wissen um die Selbststruktur gelingen.

In langfristigen, schwierigen Psychotherapieprozessen, und um diagnostische Fragen zu beantworten, scheint mir jedoch eine in belegbaren Fakten gegründete Klarheit darüber, „worin genau die Inkongruenz besteht“, für KlientInnen und PsychotherapeutInnen als Orientierung und Qualitätssicherung sehr wichtig. Auch in der Psychotherapie-Ausbildung sollte die Inkongruenz an Fallbeispielen konkretisiert und nachvollziehbar erklärt werden können. Dies setzt jedoch voraus, dass die *Grenze* der Selbstgestalt gegenüber anderen Subsystemen des Organismus in der psychotherapeutischen Beziehung erkannt werden kann. Dies ist schwierig, und nicht nur deshalb, weil eine professionelle Anwendung von Theorien nur reflexiv möglich ist, sondern auch deshalb, weil die Selbsttheorie für diesen Zweck noch zu wenig ausgearbeitet ist.

### Das Selbst als Resultat *bewerteter* oder *wertgeschätzter* Erfahrungen?

Die Selbststruktur wird nach Rogers' Ansicht insbesondere als Resultat positiv oder negativ *bewertender Interaktion* mit anderen geformt. Sämtliche Selbsterfahrungen bzw. Gruppen von Selbsterfahrungen werden verknüpft mit dem Bedürfnis nach positiver Beachtung, d. h. ein Kind lernt, welche seiner Erfahrungen mit positiver Beachtung durch andere verbunden sind, und assoziiert diese Erfahrungen mit der Zeit automatisch mit der Erfahrung von positiver bzw. negativer Beachtung. Daraus folgt, dass das Selbst Erfahrungen „falsch“ oder verzerrt symbolisieren kann, weil Werte in das Selbst introjiziert werden, die nicht auf einem organismischen Bewertungsprozess beruhen.

Hier scheint sich Standal (zit. in Rogers, 1959, p. 223), von dem Rogers das Konzept des *need for positive regard* übernimmt, an den Selbst-Theorien von James, Cooley und Mead angelehnt zu haben, die darin übereinstimmen, dass es eine *soziale* Seite und eine *individuelle* Seite des Selbst gibt und dass sich das Selbst in der Interaktion mit anderen Menschen entwickelt.

Wie soziale Interaktion jedoch die Struktur des Selbst formt und biografisch geformt hat, ist in der Psychotherapie besonders wichtig für das empathische Verstehen der KlientInnen, die ihr Selbst häufig unter traumatischen Bedingungen entwickelt haben. So ist es für das Verstehen bedeutsam, ob Anteile einer Person z. B. als Täterintrojekte oder ob sie als Teil der „substanziellen“ Person betrachtet werden.

Während James noch von einer individuellen *Substanz* des Selbst ausgeht, die durch Umweltbeziehungen lediglich geformt wird, enthält die Position von Cooley und Mead eine soziologische Perspektive: Das Selbst entwickelt sich erst durch die sozialen Interaktionen, nicht nur die *soziale Seite*, sondern auch die *persönlich-individuelle Seite* (vgl. Ludwig-Körner, 1992, S. 33). Ein sehr bekannter Aspekt des „sozialen Teils“ des Selbst bei Cooley, das Spiegel-Selbst (looking-glass-self), wird von Mead in sein Konzept

des „generalized other“ übernommen. Dies ist eine Vorstellung, die sich dann in Rogers' Selbstbegriff wiederfindet.

Mead als einer der ersten Vertreter des Symbolischen Interaktionismus weist darauf hin, dass Menschen nur dann zum Objekt ihrer selbst werden können, wenn sie die Haltungen anderer Menschen ihnen gegenüber introjizieren (vgl. Ludwig-Körner, 1992, S. 36). Voraussetzung dafür ist jedoch der verbale und nonverbale Austausch, der über Symbole erfolgt. Erst das gemeinsame Symbol-Verständnis macht das eigene Handeln planbar und die Reaktionen der anderen auf sich selbst vorhersehbar. Dies ist eine Vorbedingung jeder bewussten Reflexion.

Das Selbst ist daher in seiner Entstehungsphase völlig abhängig vom Sozialen, ein Produkt des Sozialen. „Der Einzelne besitzt nur in Beziehung zum Ich der anderen Mitglieder seiner sozialen Gruppe ein Ich“ (Mead, 1969, zit. in Ludwig-Körner, 1992, S. 37). Erst in der Folge, wenn sich dieses soziale Selbst (das „Me“) etabliert hat, ist individuelle Abgrenzung möglich. Das „I“ – „das ‚Ich an sich‘ ist die Reaktion des Organismus auf die Haltungen der anderen, die man selbst annimmt“ (Mead, 1969 zit. in ebd.). Jedoch ist auch bei dieser organismischen Reaktion daran zu denken, dass auch die Reaktion sozial geformt ist. Mead nimmt nämlich im Gegensatz zu James an, dass das Ich nicht von Geburt an „vorhanden“ ist, sondern sich erst durch die sozialen Beziehungen entwickelt. James hingegen geht von einem Bewusstseinsstrom aus, der immer schon an das leibliche Selbstsein gebunden ist, das dann allerdings durch die sozialen Beziehungen geformt wird.

Im klientenzentrierten Konzept ist es jedoch für die Entwicklung des Selbst entscheidend, ob und wie in der Interaktion mit anderen das Bedürfnis nach positiver Beachtung befriedigt wird. Rogers (1959/1987, S. 49 f.) nimmt daher an, dass Gruppen von Selbsterfahrungen zunächst mit der sozialen Bewertung durch andere verknüpft werden und dass diese Erfahrungen dann unabhängig von aktuellen Interaktionen mit anderen, wenn sie wieder erfahren werden, sich selbst gegenüber in gleicher Weise bewertet werden. Rogers hält jedoch in der Frage, ob das Selbst eine individuelle „Substanz“ ist, die von der Umwelt lediglich geformt wird, oder ob es zur Gänze das Resultat von sozialer Interaktion ist, beide Vorstellungen aufrecht. Denn nur wenn ein Kind *bedingte* positive Beachtung erfährt, werden diese sozial vermittelten Werthaltungen introjiziert<sup>4</sup>. Unter der Bedingung von *bedingungsloser* positiver Beachtung durch andere, kann sich jedoch ein Selbst entwickeln, das ein Abbild des organismischen Erlebens einer Person ist.

Biermann-Ratjen (2006, S. 74; 2003, S. 91) geht im Gegensatz dazu davon aus, dass das Selbst das Resultat einer Interaktion ist,

4 Introjektion wird m. W. von Rogers nicht als Abwehrmechanismus verstanden, wie er in der Psychoanalyse, aber auch in der Gestaltpsychotherapie beschrieben wird. In diesen Fällen wäre Introjektion ebenfalls keine automatische Übernahme fremder Werte, sondern als eine Aktivität des Organismus zu verstehen, sich durch Einverleibung der fremden Werthaltungen zu schützen bzw. dadurch aktiv den persönlichen Kontakt zu vermeiden.

in der sich das Kind als wertgeschätzt erlebt. Sie schlussfolgert in Analogie zu den Erfahrungen in der Therapie mit Erwachsenen, „dass auch die Entwicklung der Selbstwahrnehmung bzw. ihre Integration in ein Selbstkonzept in der frühen Kindheit an die günstige Umweltbedingung unbedingte positive Beachtung durch wichtige andere Personen gebunden ist.“ Denn – so Biermann-Ratjen – nur kongruent, empathisch wertgeschätzte Erfahrungen können *Selbsterfahrungen* werden, und diese seien dann per definitionem auch kongruent. Verzerrte und falsche Selbsterfahrungen könne es demnach gar nicht geben. „Wenn solche [kongruent, empathisch wertgeschätzte, Anm. d. V.] Erfahrungen nicht gemacht werden, entwickeln sich nicht etwa negative Selbsterfahrungen, aus denen dann etwa ein negatives Selbstbild entstehen könnte. Es findet zunächst überhaupt keine Weiterentwicklung statt“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 91).

Sowohl Rogers' Ansicht als auch Biermann-Ratjens Schlussfolgerung erweist sich in der Umsetzung auf praktische Beispiele als schwierig. Denn, wie ist z. B. die Aussage einer Klientin, „das hat mir meine Mutter eingepflicht“, theoretisch einzuordnen? Ist es kongruentes Selbsterleben à la Biermann-Ratjen, im Sinn von „ich nehme mich wahr, als eine, die erlebt, dass sie sich gerade bewusst macht, dass ihre Mutter ihr einen Wert eingepflicht hat, der nicht ihrer ist“<sup>5</sup>? Weist der Inhalt der Aussage auf eine verzerrte Selbsterfahrung à la Rogers hin? Geht es überhaupt nicht um den Inhalt der Aussage, sondern nur um das Erleben, das mit dieser Aussage ausgedrückt wird, z. B. dass die Selbststruktur Ohnmacht oder Wut symbolisieren kann? Handelt es sich um eine Schuldzuweisung, also eine Abwehrreaktion – gehört Abwehr zum Selbsterleben, ist Abwehr kongruent? Handelt es sich um eine Erfahrung, die noch keine *Selbsterfahrung* ist? Falls dies zutrifft, wohin gehören solche – offenbar bewussten – Erfahrungen: zum Selbst oder zum organismischen Erleben? Hat die Klientin mit dieser Aussage gerade ein organismisches Erleben symbolisiert? Therapeutische Interventionen, auch wenn sie spontan kreierte werden, sind davon gefärbt, wie die obige Aussage theoretisch ins klientenzentrierte Konzept eingeordnet wurde.

Die Unklarheit, ob das Selbst nun das Resultat von Erfahrungen ist, bei denen sich das Kind wertgeschätzt gefühlt hat, oder ob es das Resultat bewertender Erfahrungen ist, setzt sich beim Konzept der *conditions of worth* weiter fort. Rogers nimmt an, dass Kinder, wenn sie von anderen nur selektive positive Beachtung erfahren, ihre positive Selbstachtung in ähnlicher Weise selektiv ausrichten. Wenn sie auf Grund dieser Selbstbewertung beginnen, Erfahrungen nur deshalb zu vermeiden oder aufzusuchen, dann ist ihre Selbststruktur determiniert durch eine Bewertungsbedingung (*condition of worth*). Biermann-Ratjens Auslegung folgend, handelt es sich

dabei jedoch um Bedingungen, unter denen eine Person *sich selbst wertvoll fühlt*<sup>6</sup>, dass sie also nicht Bewertungen von außen übernimmt, sondern angesichts ihrer sozialen Erfahrungen mit Hilfe der gesammelten Selbsterfahrungen eigene Wertvorstellungen entwickelt, die dann als Bedingungen die Selbststruktur bestimmen.

In der vorliegenden Untersuchung entschied ich mich, Biermann-Ratjens (2006, S. 74; Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 91) Konzeption zu folgen und interpretierte das Datenmaterial zunächst unter der Vorannahme, dass das Selbst als Resultat von Erfahrungen zustandekommt, in denen sich das Kind wertgeschätzt gefühlt hat. Die Selbstgestalt konnte demnach also nur von Selbsterfahrungen organisiert sein, die auf einem organismischen Bewertungsprozess beruhen. Dieser Bewertungsprozess wird maßgeblich vom *need for unconditional positive regard* bestimmt, das als einziges übergeordnetes, verhaltenstrukturierendes Bedürfnis im theoretischen System des klientenzentrierten Konzepts anzusehen ist (vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 80). Diese Auslegung schien mir die konsequentere Ableitung aus der Therapietheorie zu sein als die Version von Rogers und stimmte obendrein mit systemtheoretischen Modellen der Selbstorganisation überein. Komplexe Systeme entwickeln ihre Struktur zwar im Austausch mit der Umwelt, integrieren Informationen aber nur dann, wenn sie an die eigene Struktur anschlussfähig sind. Trotz dieser Vorab-Entscheidung gehörte diese Problematik zu den zu überprüfenden, offenen Fragen hinsichtlich der Struktur der Selbst-Gestalt. In der Annahme, dass das Selbst als System zu verstehen ist, das maßgeblich durch wertschätzende Beziehungserfahrungen entstanden ist und dessen Struktur daher Erlebensprozesse steuert, habe ich meine Resonanz in der psychotherapeutischen Beziehung genauso als Datenmaterial in die Analyse mit einbezogen und behandelt wie die Aussagen des Klienten.

## Wie entwickelt sich die Struktur des Selbst vor seiner Konstitution als Gestalt?

Eine weitere Quelle der Unklarheit entsteht dadurch, dass Rogers die Bedeutung der frühen Kindheit, in der sich das Selbst erst konstituiert, nur rudimentär beschreibt. So gelten seine Aussagen über die Problematik der bedingten Wertschätzung und der Gefahr der Introjektion von Werten, die nicht der organismischen Erfahrung entsprechen, eher erst für die Zeit, *nachdem* sich das Selbstkonzept einer Person bereits entwickelt hat, also etwa im Alter von zwei Jahren. Eine Theorie der Selbstentwicklung in der frühen Kindheit wurde erst von Biermann-Ratjen (1989; 1996; 2006) ausgearbeitet, und ihre Konzeption widerspricht, wie bereits oben erwähnt,

5 „Aus Erfahrungen können Selbsterfahrungen werden. Zum Beispiel kann aus der bewussten Erfahrung: ‚Ich sehe eine Blume‘ die Selbsterfahrung werden: ‚Ich nehme mich wahr als eine Person, die erlebt, dass sie eine Blume sieht.‘“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 79)

6 Biermann-Ratjen wies mich darauf hin, dass *conditions of worth* korrekterweise mit „Bedingungen, unter denen man sich wertvoll fühlt“ übersetzt werden müsste. Der Begriff *Bewertungsbedingungen* entspricht eher dem englischen Begriff *conditions of social value*.

in einem wesentlichen Punkt der Vorstellung von Rogers über die Struktur des Selbst.

In Bezug auf das Bedürfnis nach positiver Beachtung fragt Rogers auch, ob es angeboren oder erlernt ist, hält dies jedoch nicht relevant für die Theorie (Rogers, 1959/1987, S. 49). Wenn es sich um ein gelerntes Bedürfnis handelt, tritt das Bedürfnis nach positiver Beachtung erst ab dem Zeitpunkt auf, ab welchem es erste Selbsterfahrungen gibt. Diese Annahme von Rogers kann aus heutiger Sicht präzisiert werden.

Was die meisten Mütter wissen, konnte durch die moderne Säuglingsforschung in beeindruckender Weise belegt werden. Neugeborene kommen mit einem Selbstempfinden auf die Welt, das sich bereits intrauterin entwickelt hat, d. h. intrauterin *gelernt* wurde. Die vielfältigen Erfahrungen, die sich daraus ergeben, einen Körper zu haben, der sich bewegen kann, ermöglichen es von vornherein, zwischen (von) innen und (von) außen zu trennen. Daraus ergibt sich ein „Wissen“ um sich selbst, da sich die körperlichen Erfahrungen, die (von) innen gemacht werden, wesentlich von den Erfahrungen unterscheiden, die mit der Außenwelt zusammenhängen. Die von Beginn an vorhandene Selbstwahrnehmung und die Fähigkeit, sich selbst von anderen deutlich zu unterscheiden, hat sich bei zahlreichen Experimenten in der Säuglingsforschung gezeigt. Sogar siamesische Zwilling-Babys reagieren deutlich anders, wenn sie den eigenen Daumen beim Lutschen verlieren, als wenn sie den Daumen des Geschwisters verlieren, obwohl sie es gewohnt sind, an beiden zu lutschen (vgl. Stern, 1992, S. 117). Sie „wissen“ von Geburt an, wer von beiden für die Bewegung des jeweiligen Daumens zuständig ist.

Daraus ist zu schließen, dass Neugeborene bereits ab Geburt ein – wenn auch noch nicht selbstreflexiv strukturiertes – Selbst „besitzen“ und das Bedürfnis nach unbedingter positiver Beachtung haben und dieses mit Hilfe der angeborenen Basisaffekte<sup>7</sup> (vgl. Dornes, 1993, S. 113) ausdrücken. Entscheidend für die Konstituierung des Selbstkonzeptes ist demnach, ob das kommunikative Handeln und Verhalten der Bezugspersonen als bedingungslos wertschätzend erfahren wird. Um die Struktur der Selbstgestalt nachzuvollziehen, untersuchte ich das Datenmaterial auf Hinweise dafür, in welcher Differenziertheit die Basisaffekte symbolisiert werden konnten. Eine optimal-stabile Selbststruktur – so die Annahme vor der Untersuchung – zeichnet sich dadurch aus, dass sämtliche Basisaffekte sowohl präverbal ausgedrückt, sprachlich richtig benannt werden können und auch zu sich selbst – selbstreflexiv – empfunden und sprachlich kommuniziert werden können.

7 Freude, Interesse – Neugier, Überraschung, Ekel, Ärger, Traurigkeit, Furcht, Scham, Schuld

## Inkongruenz als Diskrepanz zwischen Idealselbst und Realselbst?

Weitere Inkonsistenzen in der Theorie entstehen dadurch, dass Rogers im Forschungskontext Inkongruenz als Diskrepanz zwischen Idealselbst und Realselbst operationalisiert hat. Diese Diskrepanz konnte mit dem Q-Sort-Verfahren<sup>8</sup> sehr gut gemessen werden. Denn die Diskrepanz zwischen Selbstideal und Realselbst verringert sich gegen Ende der Therapie, wie das die Forschungsergebnisse Rogers' (1961/1976, Kap.11), aber auch viele Beobachtungen in der Praxis gezeigt haben. Die Untersuchung ergab, dass sich das Realbild der erfolgreichen KlientInnen bei einer aus heutiger Sicht verhältnismäßig geringen Therapiedauer (max. 50 Std., die meisten zwischen 20–30 Std.) erheblich dem Idealselbst annähert, während sich „das Konzept des Menschen, der sie sein möchten, ... relativ wenig im Laufe der ganzen Zeit“ ändert. „Das ist charakteristisch für alle unsere Klienten“ (Rogers, 1961/1976, S. 233). Überraschenderweise erreichten die meisten KlientInnen die Übereinstimmung zwischen Selbst und Idealselbst durch die Änderung des Realselbstbildes. Das Idealselbst bei den von Rogers untersuchten KlientInnen ändert sich nur geringfügig, das Selbstideal ist „erreichbarer“ geworden, „ein Ziel, das der Klientin weniger abverlangt. Auch da ist die Klientin charakteristisch für die gesamte Gruppe“ (a. a. O., S. 234). Auffällig ist, dass Rogers in diesen Untersuchungen das Selbstkonzept mit dem Realselbstbild gleichzusetzen scheint. Dies wird in seinen Formulierungen deutlich, wie: „Es ist selbstverständlich, daß die Darstellung des idealen Selbst weitaus stabiler ist als die Darstellung des Selbst [*sic!*]“ (a. a. O., S. 233).

Diese „Art von Inkongruenz“ ist in der Praxis leicht festzustellen, und das Mehr an Übereinstimmung ist ein beeindruckendes Ergebnis. Sie allein ist jedoch kein klarer Hinweis auf das Vorliegen einer Inkongruenz zwischen Selbst und *organismischem Erleben*. Organismische Erfahrungen, d. h. noch nicht symbolisierte Erfahrungen, würden – der Persönlichkeitstheorie nach – *gar nicht erlebt* werden, also auch nicht widersprüchlich. Wenn also ein Widerspruch *erlebt* wird, müsste das bereits Selbsterleben sein. Des Weiteren sagt diese Diskrepanz gar nichts darüber aus, wie das Selbst als Gestalt strukturiert ist bzw. wie sich diese Gestalt verändert, wenn sich das Realselbstbild am Ende der Therapie dem *Idealselbstbild* annähert.

Bei dieser offensichtlich vorrangigen Bedeutung des Idealselbst muss außerdem auf den Gegensatz hingewiesen werden, der

8 Im Q-Sort sind unter dem Aspekt „Wie ich derzeit wirklich bin“ (Realselbst) bzw. „Wie ich gerne sein möchte“ (Idealselbst) Karten mit folgenden Statements als mehr oder weniger zutreffend für sich selbst zu ordnen: *Ich habe oft ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit; Ich bin ausgeglichen, und nichts bringt mich aus der Ruhe; Ich fühle mich hilflos; Ich bin unharmonisch; Ich kann mich selbst begreifen; Ich fühle mich schwunglos; Ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl; Ich neige dazu, gestellten Anforderungen aus dem Weg zu gehen; Ich versuche über meine Schwierigkeiten nicht nachzudenken etc.* (vgl. [www.psychologie.uni-wuerzburg.de/i4pages/Tscheulin/WLF\\_V3\\_Formular-Vorlagen/A2-QSort\\_RB-IB.pdf](http://www.psychologie.uni-wuerzburg.de/i4pages/Tscheulin/WLF_V3_Formular-Vorlagen/A2-QSort_RB-IB.pdf), Abfrage am 28. 8. 2006)

durch die Formulierung suggeriert wird: „Das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“ (Rogers 1961/1976, S. 164). Die Persönlichkeitsentwicklung, die „weg von den Fassaden“, „weg vom ‚eigentlich sollte ich‘“ führt, wird in der Praxis kaum mit einer Stärkung des Idealselbst verbunden, sondern eher mit einem Prozess, wie ihn Rogers an anderer Stelle, wie folgt, beschreibt. „Die neue Selbstgestalt ist eine fließende, veränderliche Struktur, wobei das eigene Erleben immer mehr zur Grundlage der Selbstbewertung wird. Am Endpunkt der Therapie (was nicht das Ende von Wachstum oder Veränderung bedeutet) erscheint die Wahrnehmung des Selbst radikal gewandelt. Sie ist fließender, nicht mehr so starr und statisch, das ‚Ich‘ hat sich fast im Wahrnehmungsfeld verloren.“ (Rogers, 1977, S. 123)

In der Untersuchung ging ich ursprünglich von der Vorstellung aus, dass sich das Selbst durch die Integration von organismischen Erfahrungen weiterentwickelt und nicht nur eine Anpassung an die Selbststruktur bzw. eine Annäherung an das Selbstideal erfolgt.

## Wie bewusst sind Selbsterfahrungen?

Eine weitere Unklarheit, die sich bei der Reflexion therapeutischer Prozesse immer wieder zeigt, bezieht sich auf unbewusstes Verhalten und Handeln, das wegen seines strukturgebundenen Abwehrcharakters nicht eindeutig unmittelbarem organismischem Erleben und wegen der Unbewusstheit auch nicht dem Selbst-Erleben zuzuordnen ist. Damit einher geht auch die Streitfrage, ab wann in der menschlichen Entwicklung das Selbst konstituiert ist, wenn es als bewussteinstfähige Struktur definiert wird, und wie sogenannte Selbststörungen dann mit Hilfe der Selbsttheorie erklärt werden können. Desgleichen fällt es schwer, vor allem psychische Symptome, wie z. B. Panikattacken oder psychotische Symptome und Symptomerleben im Verhältnis zum organismischen Erleben und/oder Selbsterleben zuzuordnen. So fehlt das Wort *Symptom* als zu definierender Begriff in der Theorie der Psychotherapie und der Persönlichkeitsveränderung.

Rogers (1959/1987, S. 28) geht prinzipiell davon aus, dass das Selbst als „mehr oder weniger willkürliche Abstraktion der Erfahrung“ auf die verschiedensten Arten definiert werden kann. So meint er, dass das Selbst auch als plurales Selbst verstanden werden könnte, er erachtet es aber auch für eine legitime Art der Abstraktion, das Selbst als Struktur zu beschreiben, die sowohl unbewusstes als auch bewusstes Material enthält. Rogers glaubt jedoch nicht, dass dies ein sinnvolles Konzept ist, weil es ihm um eine Definition des Selbst geht, die operationalisierbar sei. Die Inhalte des Unbewussten hält er forschungsmäßig für nicht zugänglich.

„Unbewusstes“ im Selbst klammert Rogers also von vornherein aus. Er tut dies jedoch vor allem aus Forschungsgründen, und diese Intention beeinflusst in der Folge auch seine Auseinandersetzung mit dem Selbst. Nicht um das Selbst in seiner Wesenheit für

psychotherapeutische Zwecke zu rekonstruieren, sondern um Psychotherapieforschung möglich zu machen, meint er, „daß es fruchtbarer ist, das Selbstkonzept als eine Gestalt zu definieren, die der Gewährerdung zugänglich ist. Dies hat eine immense Forschungsarbeit angeregt“<sup>9</sup> (Rogers, 1959/1987, S. 28).

Diese Operationalisierung des Selbst für Forschungszwecke klammert also psychodynamische Aspekte aus, die aber aus der oben (Pkt. 2) angeführten Definition des Selbst, wie sie Rogers in der Persönlichkeitstheorie formuliert, sehr wohl abgeleitet werden können. Denn eine Gestalt, die der Gewährerdung zugänglich ist, der man „aber nicht unbedingt gewahr“ ist, schließt unbewusste Prozesse mit ein.

Die moderne Neurophysiologie ist heute in der Lage, neuronale Aktivitäten in Hirnarealen nachzuweisen, die jeweils zuständig für die Verarbeitung emotionaler Prozesse sind. Der Großteil dieser Schaltkreise befindet sich in Hirnzentren, die *gar nicht* bewussteinstfähig sind. Diese Emotionen oder emotionalen Gestimmtheiten zeigen sich dennoch im Verhalten, z. B. in der Art, *wie* etwas getan wird (vgl. Damasio, 2004).

Diese Befunde unterstützen eine Konzeption des Selbst, die davon ausgeht, dass wesentliche Selbstprozesse auf einer unbewussten Ebene ablaufen, obwohl es grundsätzlich eine bewussteinstfähige Struktur darstellt. Wie die Erfahrung in der Psychotherapie zeigt und wie nun durch die Hirnforschung zusätzlich bestätigt wird, vermitteln sich diese unbewussten Selbststrukturen eher über Verhaltensweisen in der Beziehung als durch bewusste Reflexion.

## Konsequenzen für die Untersuchung des Selbst als Gestalt

In einer konsequenten Ableitung der Selbst-Theorie aus der Therapietheorie müssen Selbsterfahrungen im klientenzentrierten Konzept nicht nur als Selbstbilder, sondern grundsätzlich als Beziehungserfahrungen verstanden werden, aus denen kognitives, emotionales Wissen, Einstellungen und Haltungen im und für den Umgang mit sich, mit anderen und Lebensproblemen gelernt werden. Das klientenzentrierte Selbst hat daher primär die Funktion, organismisches Erleben in einer Weise zu regulieren, dass sowohl das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung als auch das Bedürfnis nach positiver Beachtung durch andere erfüllt wird. Sämtliche Formen des bewussten und unbewussten Handelns, Verhaltens und Erlebens müssen in diesem Sinne interpretiert werden und geben damit indirekt Hinweise auf die Selbststruktur.

<sup>9</sup> Wie modern diese Überlegung ist, kann daran erkannt werden, dass der sozialpsychologische Selbstkonzeptforscher Mummendey (2006) auch heute noch ähnlich denkt und das Selbstkonzept als „soziale Einstellung sich selbst gegenüber“ interpretieren möchte, weil dies eine „plausible, gut überschaubare ... methodologisch gut handhabbare Definition ist, obwohl sie nicht die einzig mögliche ist“ (S. 36).

Vor dem Hintergrund einer systemtheoretischen Vorstellung von komplexen biopsychosozialen Systemen konzipierte ich daher das Selbst als erfahr- und spürbares Beziehungssystem, das sich wegen der notwendigen Komplexitätsreduktion als Subsystem aus dem System des organismischen Erlebens entwickelt hat. Es war mir wichtig, das Selbst als System zu verstehen, das Erfahrungen strukturiert, und nicht als „Behälter“ von Erlebnisinhalten. Das System des organismischen Erlebens betrachtete ich ebenfalls als ein Subsystem des Organismus. Es hat als System die Funktion, den Informationsaustausch des Organismus zwischen dem biologischen System, dem psychischen und den sozialen Systemen zu ermöglichen.

Bei diesem Vorab-Verständnis handelt es sich um ein Selbst, das sich unter der Bedingung von wertschätzender und empathischer Kommunikation bildet und sich dann nach der Konstitution als eigenständiges komplexes System selbstorganisiert weiterentwickelt. Es ist ein psychologisches Phänomen, das genauso abstrakt oder nicht abstrakt ist wie sämtliche persönlichen Beziehungen sonst auch. Dieses Beziehungssystem ist nicht mit Händen greifbar, aber spürbar. Vergleichbar mit dem Unterschied, wonach der Körper eines Menschen greifbar ist, eine „Person“ aber nicht. Dennoch besteht kein Zweifel daran, dass eine Person erleb- und spürbar ist. Das ist nicht nur bei Beziehungen zwischen Personen so, das ist auch bei der intrapsychischen Beziehung zu sich selbst so. Dieses einzelne Selbst ermöglicht einen inter- und intrasubjektiv beobachtbaren Beziehungsprozess, der mehr ist als nur ein Prozess des „Auf sich Antwortens“, wie Gendlin (1978; 1985; 1987; vgl. auch Wiltschko, 1994) sagt. Denn er kann die „innere Hölle“ bedeuten, aber auch den „inneren Himmel“ und alle alltägliche Mühsal dazwischen. Er existiert wie eine persönliche Beziehung auf eine konkrete Weise, die sich in konkreten Verhaltensweisen ausdrückt. Dieser *spürbare* Aspekt einer Beziehung verliert in dem Ausmaß an Bedeutung, je *größer* die sozialen Systeme und je personunabhängiger kommuniziert wird. Bei der intrapsychischen Beziehung geschieht das Umgekehrte. Hier kommt dem Erleben, dem „gegenseitigen“ Erleben, dem *erlebensmäßigen* Auf-sich-Antworten potenziell noch mehr Bedeutung zu, als dies beim kommunikativen Austausch auf der Erlebens-Beziehungsebene zwischen zwei (körperlich getrennten) Personen der Fall ist.

Dieser Unterschied in der Intensität des Erlebens ist aber nur gradueller Natur. Die Resonanz auf sich selbst ist grundsätzlich unmittelbarer spürbar als die Resonanz auf eine andere Person. Dies muss kein Vorteil sein. Das kann zu erheblich schwerwiegenden Kommunikationsproblemen führen als in der Kommunikation von getrennten Personen. Diese graduellen Intensitäts-Unterschiede spielen aber auch in Beziehungen zwischen getrennten Personen eine Rolle. In Partnerschaften ist die gegenseitige Resonanz ebenfalls unmittelbar spürbar als unter Bekannten. Auch wenn Beziehungen lediglich auf der subjektiven Erfahrungsebene spürbar

sind, sind sie doch konkretisierbar, nämlich durch die Beschreibung einer konkreten Interaktionsabfolge. Damit wird es möglich, das subjektive Erleben der Beziehung mit der beobachteten Interaktionsabfolge zu vergleichen, zu reflektieren. Damit wird „subjektive Erfahrung“ in einem gewissen Ausmaß „intersubjektiv überprüfbar, nachvollziehbar“ und daher auch einer wissenschaftlichen Untersuchung zugänglich.

Phänomene, die eindeutig als körperliche oder psychische Symptome einzuschätzen sind, wurden ebenfalls als Subsysteme des Organismus konzipiert, die sich zur Reduktion von Stress gebildet haben. Symptome, als abgrenzbare Subsysteme des Organismus, können demnach wie andere wahrnehmbare Subsysteme auch sowohl organismisch erlebt als auch gesteuert durch die Selbststruktur wahrgenommen und behandelt werden.

Die Abgrenzung der Selbstgestalt wurde folgendermaßen operationalisiert:

**Selbsterleben:** Alles, was im Datenmaterial als strukturgebundene, erlernte oder regelgeleitete Erlebensprozesse zu erkennen war, sollte dem Selbst-System zugeordnet werden. Aussagen, die in besonderer Weise auf das beharrende Vorhandensein eines Selbstkonzepts hinweisen, wie z. B. „Das bin nicht *Ich*“ wurden dabei besonders beachtet. Erlebens- und Interaktionsprozesse, die zu qualitativ neuen Entwicklungen führen (also nicht starr und regelgeleitet wirken), sollten als Hinweise auf eine Selbststruktur betrachtet werden, die „kongruent“ ist.

**Organismisches Erleben:** Erleben, das den Charakter von spürbarem, aber noch nicht voll symbolisierten Experiencing (Gendlin, 1998) aufwies, wurden dem System des organismischen Erlebens zugeteilt.

**Veränderung der Selbststruktur:** Symbolisierungsprozesse, die mit einem deutlichen körperlichen *felt shift* (Gendlin, 1998) einhergingen, sollten als Symbolisierung von neuen Erfahrungen kategorisiert werden. Es wurde angenommen, dass die Reorganisation des Selbst über die Symbolisierung von Erfahrungen erfolgt, die körperlich spürbare Entlastung bringen.

Eine Reihe von Fragen waren jedoch vor der empirischen Untersuchung noch völlig unklar. Sie bezogen sich zum einen auf die Inkongruenzdynamik, hier vor allem darauf, wie der Abwehrprozess und das Symptomerleben im Zusammenhang mit dem Selbstsystem und dem System des organismischen Erlebens zu verstehen ist. Zum anderen war auf Grund der systemtheoretischen Konzeption des Selbst zu erwarten, dass aus einzelnen Selbsterfahrungen durch Emergenz ein gestalthaft strukturiertes Selbst entstehen müsste, jedoch konnte ich mir zu Beginn der Untersuchung nicht vorstellen, wie die Konsistenz und Kohärenz der Selbstgestalt im Datenmaterial zu erkennen sein würde.

## Literatur:

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1998). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Bern: Hans Huber.
- Bauer, J. (2006). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Behr, M. (1996). Therapie als Erleben der Beziehung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 41–68). Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1989). Zur Notwendigkeit einer Entwicklungspsychologie für Gesprächspsychotherapeuten aus dem personenzentrierten Konzept für die Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 102–125). Heidelberg: Asanger.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1996). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 9–28). Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.) *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 73–92). Berlin: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. (9. überarb. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer, 1979, 81997.
- Damasio, A. R. (2004). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. Berlin: List Tb.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt/M.: Fischer Tb.
- Eccles, J. C. (1993). *Die Evolution des Gehirns – die Erschaffung des Selbst*. München: Piper.
- Franke, M. (1991) Fragmente einer Geschichte der Selbstbewußtseinstheorie von Kant bis Sartre. In Franke, M. (Hrsg.), *Selbstbewußtseinstheorien von Fichte bis Sartre* (S. 413ff). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gendlin, E.T. (1978). Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung. In H. Bommert & H.-D. Dahlhoff (Hrsg.), *Das Selbsterleben in der Psychotherapie* (S. 1–62). München: Urban & Schwarzenberg. (Orig. ersch. 1964: A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change*. [pp. 100–148]. New York: Wiley).
- Gendlin, E.T. (1985). Some notes on the „self“. *The Focusing Folio*, 4,4, 137–151.
- Gendlin, E.T. (1987). A philosophical critique of the concept of narcissism: the significance of the awareness movement. In D. M. Levin (Ed.), *Pathologies of the modern self. Postmodern studies on narcissism, schizophrenia and depression* (pp. 251–304). New York: New York University Press.
- Gendlin, E.T. (1998). Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebens-bezogenen Methode. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1996: Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method. New York: Guilford)
- Greve, W. (Hrsg.) (2000). *Psychologie des Selbst*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Keil, S. (2003). „Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“ Methodische Implikationen Klientenzentrierter Psychotherapie. *PERSON*, 7, 1, 37–50.
- Keil, S. (2007). *Selbst und Selbstentwicklung in der Psychotherapie – Eine qualitative Einzelfallstudie zur Erweiterung der Theorie des Selbst im Klientenzentrierten Konzept*. Master Thesis, Donau-Universität Krems. (Ist aufgrund vertraulicher Daten bis Mai 2012 gesperrt und darf während dieser Zeit nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Autorin zugänglich gemacht werden.)
- Kriz, J. (1994). *Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kriz, J. (1997). *Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas.
- LeDoux, J. (2006). *Das Netz der Persönlichkeit. Wie unser Selbst entsteht*. München: dtv.
- Ludwig-Körner, Ch. (1992). *Der Selbstbegriff in Psychologie und Psychotherapie*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Mummendey, H. (2006). *Psychologie des Selbst. Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1951/1972). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Client-Centered Therapy*. München: Kindler; ab 1983 Frankfurt/M.: Fischer-Tb. (Orig. ersch. 1951: *Client-Centered Therapy. Its current practice, Implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG. (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of a science*. Vol. III. New York: McGraw Hill, 184–256).
- Rogers, C. R. (1961/1976). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett. (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person. A therapists view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler; ab 1983: Frankfurt/M.: Fischer Tb.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Roth, G. (2003). *Aus Sicht des Gehirns*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Roth, G. (2004). Wie das Gehirn die Seele macht. In G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 28–41). Stuttgart: Schattauer.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Tudor, K. & Worrall, M. (2006). *Person-centred therapy. A clinical philosophy*. Hove UK: Routledge.
- Wiltshko, J. (1994). Haben Sie schon einmal ein „Selbst“ gesehen? Zur Phänomenologie des Ichs. In W. W. Keil, P. Hick, L. Korbei & V. Poch (Hrsg.), *Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 13–27). Bergheim bei Salzburg: Mackinger.

Sylvia Keil

## Teil II: „Das war ein wichtiger Schritt, mich besser in mein Selbstbild pressen zu können“<sup>1</sup> Zur Rekonstruktion der Selbstgestalt eines Klienten und deren Entwicklung in der Psychotherapie auf Basis einer Einzelfallstudie

**Zusammenfassung:** Die hier vorgelegte Studie beschäftigt sich mit der Frage, ob bzw. wie sich die Selbstgestalt und deren Entwicklung in der Psychotherapie auf der phänomenalen Ebene rekonstruieren lässt. Die am Forschungskonzept der Grounded Theory orientierte Untersuchung kommt zum Schluss, dass die Selbstgestalt zu „erkennen“ ist, wenn sämtliche Verhaltensmuster des untersuchten Klienten im Zusammenhang mit korrespondierenden „Selbstdefinitionen“ verstanden werden, die als Ordner im Sinn der Synergetik fungieren. In der Psychotherapie wird eine rasche Erleichterung der Symptomatik durch die Verbesserung der vorhandenen Verhaltensmuster der Selbstgestalt erzielt, eine strukturelle Veränderung der Selbstgestalt erfolgt jedoch nur langsam und parallel zu qualitativen Veränderungen in der therapeutischen Beziehung.

**Schlüsselwörter:** Selbststruktur, Gestalt, Synergetik, Ordner, grounded theory, Einzelfallstudie

**Abstract: Part II: »That was an important step to squeeze myself better into my self-concept« — On reconstruction of the self-gestalt of a patient and its development in the course of psychotherapy based on a single case study.** *The aim of the present study was to investigate the possibility of reconstructing the self-gestalt and its development in psychotherapy on a phenomenal level. The empirical study is based on the principles of grounded theory and arrives at the conclusion that the client's self-gestalt is distinctly recognizable if all patterns of client's behavior are empathically understood in connection with corresponding "self-definitions" which act as synergetic order parameters. In psychotherapy through improving the existing patterns of behavior of the self-gestalt psychological strain caused by symptoms diminish rapidly. Structural changes of the self-gestalt, however, result slowly and parallel to qualitative changes in the therapeutic relationship.*

**Keywords:** self-structure, gestalt, synergetic order parameters, grounded theory, single case study

Ausgehend von der Frage „Wie entwickelt sich die Selbstgestalt im psychotherapeutischen Prozess?“, war es das Ziel der vorliegenden Einzelfallstudie, zu untersuchen, ob sich die „Abstraktion ‚Selbst‘“, diese „geschlossene, organisierte, konsistente Gestalt“, die „fließende, sich ändernde Wesenheit“, die als ein „Prozess“ verstanden werden kann, „der jedoch zu jedem gegebenen Zeitpunkt eine spezifische Gestalt aufweist“ (Rogers, 1959/1987, S. 26), bei einem Menschen als *Gestalt* in ihrer Ganzheit empirisch nachvollziehen lässt, und falls ja, wie sich diese Gestalt durch Psychotherapie verändert.

Wie bereits in Teil I dieses Artikels ausgeführt, dient die Selbst-Theorie des klientenzentrierten Konzepts als Reflexionshintergrund beim empathischen Verstehen psychischer Probleme, die durch Inkongruenz bedingt sind. Mit der Untersuchung war daher das Interesse verbunden, die Zusammenhänge zwischen Selbst-

erleben / organismischem Erleben / Symptomerleben / Abwehr zu verdeutlichen. Die beobachtbaren und erfahrbaren Phänomene in der Psychotherapie sollten dadurch mit einer größeren, in empirischen Daten gegründeten Sicherheit mit dem Persönlichkeitsmodell des klientenzentrierten Konzepts in Übereinstimmung gebracht werden.

Da meiner Erfahrung nach die Selbstgestalt, trotz vieler Hinweise auf sie, im psychotherapeutischen Prozess bisher nicht in ihrer Gesamtheit erkennbar ist, war mit der empirischen Untersuchung die Hoffnung verbunden, Möglichkeiten zu entdecken, wie das Selbst als Gestalt auch während eines Psychotherapieprozesses beobachtet werden kann, also auch ohne aufwändige Analyse von verschriftlichtem Datenmaterial. Denn wenn das Selbstkonzept als konkrete-phänomenale Gestalt in einem Einzelfall erschlossen werden kann, müssen auch andere Personen über solche Selbstkonzepte verfügen, auch wenn diese sich in der individuellen Struktur erheblich voneinander unterscheiden.

1 Aussage des Klienten über eine positiv erlebte Therapiesequenz.

Nach einem Überblick über die Forschungsstrategie werden in diesem Artikel die wesentlichen „Elemente“ zur Rekonstruktion der Selbstgestalt beschrieben und mit Beispielen aus den Untersuchungsergebnissen verdeutlicht. Es handelt sich dabei m. E. um allgemeine Aspekte, die bei der Erschließung *jeder* Selbstgestalt in der Psychotherapie erkannt/beachtet werden müssen. Des Weiteren wird der Prozess beschrieben, wie sich die Selbstgestalt des untersuchten Klienten durch Psychotherapie reorganisieren konnte. Abschließend werden mögliche Hypothesen für die Erweiterung der Selbsttheorie diskutiert, die – mit aller Vorsicht – aus den Ergebnissen der Untersuchung einer einzelnen Selbstgestalt abgeleitet werden können.

## 1 Forschungsmethode und Datenbasis

Als Forschungsmethode wurde die Grounded Theory gewählt. Dieser Forschungsansatz geht auf die theoretischen Grundpositionen des *Symbolischen Interaktionismus* (G. H. Mead, H. Blumer) zurück, und wurde in den 1970er-Jahren von den Soziologen Glaser & Strauss (1998) entwickelt. Die Grounded Theory zählt bis heute zu den Grundpfeilern qualitativer Sozialforschung. Diese Methodologie mit ihrem spezifischen Kodierungs- und Kategorisierungssystem erzielt die wissenschaftliche Gültigkeit dadurch, dass die entwickelte Theorie durch Datenmaterial von hoher konzeptueller Dichte belegt wird, d. h. in den Gegenständen verankert (*grounded*) wird. Da die auf diese Weise entwickelte Theorie „Wirklichkeit“ abbilden soll, besteht ein weiteres Qualitätskriterium darin, dass die Theorie für die Praxis relevant ist, sie soll Aha-Effekte bei Betroffenen auslösen und von diesen als sinnvoll bzw. als in der Praxis umsetzbar erlebt werden.

Die Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien gehört zu einem wesentlichen Charakteristikum von qualitativer Forschung. Bezugspunkt für die Auswahl von Methoden ist der Forschungsgegenstand, und nicht umgekehrt (vgl. Flick, 2002, S. 17). Dieser wird in seiner Komplexität und Ganzheit im alltäglichen Kontext untersucht. Damit einher geht eine methodisch offene Forschungsstrategie, deren konkrete Vorgehensweise sich erst im Forschungsprozess selbst herauskristallisiert. Dies ist auch deswegen notwendig, weil die lebensnahe Vielschichtigkeit von variierenden Prozessen und deren Zusammenhänge mit Bedingungen, Bedeutungen, Erfahrungen und Handlungen untersucht werden soll. Es lässt sich daher nicht vorab entscheiden, welche Erhebungsinstrumente eingesetzt und wie viele Daten erhoben werden müssen.

Aus diesem Grund bestimmt eine zirkuläre Forschungsstrategie den Untersuchungsablauf, bei dem Datenerhebung und Analyse parallel betrieben werden und sich die nächsten Forschungsschritte aus der vorangehenden Analyse ergeben. Dazu gehört ebenfalls die kontinuierliche Überprüfung der entwickelten Hypothesen im Feld.

Gerade hier sei auf die prinzipielle Nähe zum klientenzentrierten Vorgehen in der Psychotherapie hingewiesen, bei dem ein

Hauptagens darin besteht, das Erleben der Person empathisch zu verstehen und die daraus entwickelten Verstehenshypothesen kontinuierlich mit den KlientInnen zu überprüfen. Die Kompatibilität der Forschungsmethode mit dem Vorgehen in der Psychotherapie war auch ein wesentlicher Grund für die Wahl dieses Forschungsinstrumentes.

Als *Datenmaterial* stand ein Tagebuch des Klienten zur Verfügung, das von ihm bereits vor der Therapie begonnen worden war und die ersten zwei Jahre der Therapie „dokumentierte“. Dies war auch der Grund, warum die Auswahl für die Untersuchung auf diesen Klienten fiel. Des Weiteren wurden die Therapie-Sitzungen der nach wie vor laufenden Psychotherapie ab dem 2. Therapiejahr auf Datenträger aufgenommen und sieben davon auch vollständig transkribiert. Mein subjektives Erleben des Therapieprozesses habe ich noch vor Kenntnis des Tagebuches verschriftlicht. Analyse-Ergebnisse wurden wie andere Verstehenshypothesen mit dem Klienten besprochen, der zur Veröffentlichung der Daten sein schriftliches Einverständnis gegeben hat und sich zu meiner Überraschung als Untersuchungsgegenstand einer Forschungsarbeit aufgewertet fühlte. Wegen der persönlichen Daten (sowohl der des Klienten als auch meiner eigenen Resonanz) ist die gesamte Untersuchung derzeit noch nicht öffentlich zugänglich. (Keil, S., 2007)

Die *Auswertung* erfolgte zunächst mit dem Analyseverfahren „offenes Kodieren“, bei dem das verschriftlichte Datenmaterial Wort für Wort vor dem Hintergrund der Fragestellung und der Analysekriterien „aufgebrochen“ und kodiert wurde. In einem folgenden Analyseschritt, dem sogenannten „selektiven Kodieren“, wurden dann die Codeworte nach bestimmten Kriterien untersucht, wie Häufigkeit, Ähnlichkeit, Zusammenhänge etc. Durch dieses Vergleichen lassen sich in der Regel Gesetzmäßigkeiten erkennen, wodurch manche Codeworte wichtiger in Bezug auf die Forschungsfrage werden als andere. Parallel bzw. anschließend wurden die einzelnen Codes und Kategorien beim *axialen Kodieren* nach dem Kodierparadigma der Grounded Theory querverglichen. Dabei wird das in den Fokus genommene *Ereignis / Phänomen* (z. B. Gefühl der Zuneigung in einer bestimmten Situation) nach diesen Kriterien untersucht:

- Vorbedingungen/Vorgeschichte (z. B. *biografische Erzählungen zum Thema Zuneigung*)
- Kontextbedingungen (z. B. *Zuneigung zum Vater versus Zuneigung zur Mutter*)
- Intervenierende Bedingungen (z. B. *Zuneigung zum Vater unter der Rahmenbedingung einer tödlichen Erkrankung des Vaters*)
- Handlungs- und Bewältigungsstrategien (*wie wird die Zuneigung zum Vater kommunikativ ausgedrückt*) sowie
- deren Konsequenzen (*wie kommt die ausgedrückte Zuneigung beim Vater an und wie bewerten der Klient und ich das Ergebnis*)

Durch die konsequente Orientierung an diesem Ordnungsschema lassen sich durch kontinuierliches Vergleichen und Abstrahieren die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der einzelnen Muster systematisch erkennen und durch Induktion, Deduktion aber auch durch

Abduktion Hypothesen entwickeln, die dann wiederum im Datenmaterial überprüft wurden. Dabei haben gerade die scheinbar widersprüchlichen Daten zu einem differenzierten Verständnis der Hypothesen beigetragen. Alle auf diese Weise entwickelten Hypothesen mussten auch vor meiner allgemeinen psychotherapeutischen Erfahrung (Keil S., 2003) plausibel erscheinen.

## 2 Zur Rekonstruktion der Selbstgestalt

Grundsätzlich hängt es vom theoretischen Modell des Selbst ab, das PsychotherapeutInnen „im Kopf“ haben, ob sich die Selbstgestalt auf einer phänomenalen Ebene „erkennen“ lässt. Wird es etwa – wie ich es noch zu Beginn der Untersuchung tat – als „abstraktes Konstrukt“ oder (gegenständliche) „Vorstellungsgestalt, die ‚selbst nichts tut‘“ (Rogers, 1959/1987, S. 22) (miss-) verstanden, die bzw. das sich daher wegen des hohen Abstraktionsgrades der Theorie gar nicht phänomenal zeigen kann, wird das Selbst in der Folge *auch nicht gesehen*.

Ein Selbst wiederum, das als *Behälter* betrachtet wird, das Selbsterfahrungen „enthält“, lässt sich schon wegen der unüberschaubaren Fülle einzelner Selbsterfahrungen, die während einer Psychotherapie erlebt werden, ebenfalls nicht als Gestalt wahrnehmen. Mit dieser Container-Metapher (vgl. Lakoff & Johnson, 2004) ginge außerdem gedanklich eine unzulässige Verdinglichung psychischer Prozesse einher.

Auf Grund der Untersuchung des Einzelfalles lässt sich mit der gebotenen Vorsicht jedoch folgendes Ergebnis verallgemeinern. Wie in diesem Kapitel noch im Einzelnen erläutert wird, kann die Selbstgestalt erschlossen werden, wenn

- die konkreten Verhaltensmuster/Erlebensmodi der KlientInnen
- als Folge einer Selbststruktur begriffen werden, die von den individuellen Fähigkeiten, Gefühle präverbal, verbal und selbstreflexiv zu symbolisieren bestimmt wird
- und in ihrer Funktion verstanden werden, ein Bündel von „Selbstdefinitionen“ kontinuierlich zu bestätigen, die selbst wiederum
- als „logische Konsequenz“ der individuellen Kapazität, Gefühle zu symbolisieren, zu verstehen sind.

Diese „Bausteine“ (Gefühle, Selbstdefinitionen, Verhaltensmuster) werden in jeder Psychotherapie beachtet, für die Rekonstruktion der Selbstgestalt ist es jedoch wichtig, die gesetzmäßigen Zusammenhänge *zwischen* diesen Faktoren empathisch zu erfassen, um die fließende und doch kohärente und konsistente Gestalt zu erkennen. Metaphorisch könnte man die Selbstgestalt wie ein mehr oder weniger gut ausgestattetes und geräumiges Haus verstehen, das dem Organismus Schutz bietet. Im psychotherapeutischen Prozess lassen sich nach und nach Zusammenhänge erkennen, die Teile dieses „Hauses“ sichtbar machen. Das Wissen um den allgemeinen Aufbau der Gestalt kann dabei helfen, die restlichen Teile zu

entdecken und das empathische Verstehen selbstkonzeptbezogen zu kommunizieren.

### 2.1 Basisaffekte strukturieren die Selbstgestalt

Wie in Teil I des Artikels ausgeführt, wird das Selbst durch Selbsterfahrungen strukturiert, die mit Beziehungserfahrungen verknüpft sind, in denen sich ein Kind in seinen angeborenen Basisaffekten (Freude, Interesse/Neugier, Überraschung, Ekel, Ärger, Traurigkeit, Furcht, Scham, Schuld) empathisch verstanden und wertgeschätzt gefühlt hat. Hinweise auf die Struktur der Selbstgestalt können also dadurch erschlossen werden, dass darauf geachtet wird, welche der Basisaffekte die KlientInnen symbolisieren können. Dabei sind jeweils drei Ebenen der Symbolisierung zu beachten, eine präverbale Ebene (nonverbaler Ausdruck von Gefühlen), eine verbale Ebene (Gefühle verbal ausdrücken/benennen können) und eine selbstreflexive Ebene (sämtliche Basisaffekte können auch sich selbst gegenüber erlebt/benannt werden).

So kann z. B. ein Klient in seinem nonverbalen Verhalten (Mimik und Gestik) Wut ausdrücken, über eine Person/Sache schimpfen, und es dennoch empört zurückweisen, wenn ihm gesagt wird: „Sie ärgern sich sehr“. Wenn dieses Phänomen öfter zu beobachten ist, lässt dies den Schluss zu, dass die Selbststruktur davon bestimmt ist, dass der Basisaffekt Wut zwar nonverbal erlebt, auch verbal ausgedrückt, aber selbstreflexiv nicht erlebt werden kann. Genauso kann eine Klientin völlig ruhig und sachlich berichten, dass sie „jetzt wieder ihre Panikattacken habe“. Dies könnte bedeuten, dass Empfindungen (Furcht?) selbstreflexiv zwar benannt, aber affektiv verbal und nonverbal nicht ausgedrückt werden können.

Die Struktur einer Selbstgestalt ist daher sehr komplex, denn von den zehn Basisaffekten können einige vorherrschend und sehr differenziert symbolisiert werden, andere wiederum nur ganz selten oder überhaupt nicht, außerdem sind die unterschiedlichen Kombinationen bei jedem der Basisaffekte zu beachten, die sich durch die Unterscheidung der drei Ebenen der Symbolisierung (präverbal, verbal und selbstreflexiv) ergeben. Durch die unterschiedliche Verteilung der Symbolisierungsfähigkeit lässt sich ein spezifisches Muster erkennen, das für die jeweiligen KlientInnen typisch ist. Gewissermaßen als Gegenkontrolle und als zusätzliche Untermauerung kann das entdeckte Muster auf seine biografische Sinnhaftigkeit überprüft werden.

In der Studie führte die Untersuchung der Textstellen nach diesem Verfahren zu einem interessanten Ergebnis. Auf der präverbalen Ebene scheinen beim untersuchten Klienten alle Basisaffekte ausdrückbar und auch kommunikativ vermittelbar. Auf der verbalen Ebene werden Furcht, Ärger und Freude am häufigsten benannt und scheinen die Gefühle zu sein, die am differenziertesten beschrieben werden können. Trauer, Ohnmacht, Schuld, Ekel und Neugier werden ebenfalls benannt, allerdings viel stärker im nonverbalen Verhalten ausgedrückt. An keiner Stelle (in der Zeit vor entsprechenden

therapeutischen Interventionen) wurden jedoch die Affekte Scham und Überraschung genannt.

Hier zeigte sich ein interessanter Zusammenhang mit dem Therapieverlauf. „Soziale Phobie“ (mit diesem Namen!) wurde vom Klienten im Erstgespräch als Symptom thematisiert, schien aber auf Grund von „Radikalkuren“ des Klienten noch vor der Therapie erheblich gebessert<sup>2</sup> und wurde dann später nicht mehr als Problem aufgegriffen. Der Klient beschrieb seine Probleme in der Öffentlichkeit nicht als Scham, sondern als „Angst, anderen in die Augen zu schauen“ und als „komisches Gefühl“. Obwohl bei einer „sozialen Phobie“ Scham sicherlich eine große Rolle spielt, erkannte ich erst durch diese Analyse der Basisaffekte die übergeordnete Bedeutung von Scham im Kontext aller vorgebrachten Probleme. Scham schien überall mitzuspielen, und wie es der Klient dann bestätigte, wurde sie „flächendeckend vermieden“, d. h. durch konsequentes Training im Sinn des Verhaltensmusters *Veränderungsversuche* „ausgeschaltet“ oder durch *Abblocken* von Situationen, in denen das Gefühl auftritt.

Das Erleben von Scham, aber auch von Überraschung, ist für die meisten Menschen ein Anstoß für reflexive und daher auch selbstreflexive Prozesse. Sowohl die Analyse des biografischen Materials als auch die Analyse der Textstellen zeigte, dass an keiner Stelle und nicht einmal im Tagebuch, das extra deswegen geführt wurde, „um sich zum Nachdenken zu zwingen“, selbstreflexive Prozesse zu kodieren waren. Der selbstreflexive Prozess wurde entweder durch *dokumentierendes Beschreiben* vermieden oder nach einem ersten Bezug auf sich selbst (z. B. *Warum habe ich keine Erinnerung?*) nicht mehr fortgesetzt, sondern systematisch in vielfältiger Weise *abgeblockt*. In der therapeutischen Beziehung zeigte sich das in Form des Satzes: „So da, dann geh ich jetzt!“; der bis heute noch in jeder Sitzung fällt, immer dann, wenn ein emotionales Erleben berührt wird. Auch das Symptom der Reizblase dient für solche Unterbrechungen. Die vor entsprechender therapeutischer Intervention nicht benennbare Scham scheint also wesentlich dafür verantwortlich zu sein, dass sämtliche anderen Gefühle zu sich selbst ebenfalls nicht erlebt und benannt werden.

Demnach scheint die Struktur der Selbstgestalt davon bestimmt, dass fast alle Basisaffekte präverbal und verbal symbolisiert werden können, dass jedoch die Weiterdifferenzierung auf der Ebene der Selbstreflexion stagniert. Diese Hypothese konnte durch selektives und axiales Kodieren der unterschiedlichen Szenen noch präzisiert werden. Es scheint nur die Differenzierung der Gefühle ab einer signifikanten Intensitätsschwelle zu stagnieren, selbstbezogene

Gefühle scheinen jedoch allesamt diese Schwelle zu überschreiten. Gefühle hinsichtlich von Ich-fremden Problemen können im Gegensatz dazu offenbar sehr gut bearbeitet werden, z. B. handwerkliche Probleme. So klagt der Klient, sich besonders an solche Sachinhalte nicht erinnern zu können, die ihm besonders wichtig waren, da er seine „*Erinnerungen ja nicht mit Gefühlen verknüpfe*“. Dies zeigt sich z. B. auch darin, dass er seine To do-Listen in der Reihenfolge abarbeitet, dass das, was ihm persönlich am wichtigsten ist, zuletzt auf der Liste steht und daher „aus Zeitmangel“ vermieden werden kann.

Ich stellte daher die Hypothese auf, dass der Klient sich hinsichtlich aller Basis-Affekte achten kann, sich jedoch hinsichtlich der Schamgefühle, „*beim Nachdenken über sich selbst*“, nicht wertschätzen kann, und dass die Dynamik der Selbststruktur von dieser Gesetzmäßigkeit bestimmt ist.

## 2.2 Individuell-spezifische Verhaltensmuster als Grenze der Selbstgestalt

Wird die entscheidende Bedeutung der System-Grenze berücksichtigt, wie sie in der radikalen Formulierung Luhmanns (2002, S. 66) ausgedrückt wird – „Ein System ‚ist‘ die Differenz zwischen System und Umwelt“ –, verwundert es nicht, dass die Selbststruktur zunächst durch die konkreten Abwehrformen sichtbar wurde. So konnten bei der Auswertung *zwölf typische Verhaltensmuster* des Klienten identifiziert werden, die sowohl für sich allein, aber vor allem in ihrem Zusammenwirken abwehrenden Charakter haben.

Es handelte sich bei diesem Klienten mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur um folgende Strategien: *Wissenschaftlich Dokumentieren, Handwerken, Abblocken, Kabarettistischer Humor, Gefühle verdinglichen, Spezialperfektionismus, „Säulenheiliger“, Veränderungsversuche, Zwingen, Sich (zu) fest Binden, Argumentieren, Überdruckventile, Dissoziieren*.

Die Benennung der Verhaltensmuster, für die grundsätzlich auch andere Namen gefunden werden könnten, ergab sich aus Formulierungen des Klienten oder aus Formulierungen, die im psychotherapeutischen Prozess spontan entwickelt wurden, wie z. B. „Säulenheiliger“. Sämtliche Verhaltensweisen, die der Klient zeigt, können diesen Strategien zugeordnet werden. Mit diesen Verhaltensweisen, die ich im direkten Kontakt nicht als *unterscheidbare Muster* wahrnahm, zeigt sich die Selbstgestalt auf der phänomenalen Ebene.

Es handelt sich dabei um vielschichtige Strategien<sup>3</sup>, die auch gleichzeitig Bewältigungsstrategien darstellen, da sie zum Teil sogar als besondere Stärken und Kompetenzen der Person imponieren. So habe ich die Bereitschaft, an der Veränderung zu arbeiten (*Veränderungsversuche*), sich die Inhalte der Psychotherapie ganz genau zu merken (*wissenschaftlich Dokumentieren*) oder die

2 So habe ich mit meiner Erklärung (für die ich in der Erstgesprächssituation selbst ein Schamgefühl überwinden musste), „er sei in der Öffentlichkeit nackt und müsste sich daher ein Gewand für die Öffentlichkeit zulegen“, offenbar in dieser Selbststruktur eine entlastende „Argumentationshilfe“ gegeben. Denn *Argumentieren* stellt eine mächtige Bewältigungsstrategie dar und wurde daher im Tagebuch verhältnismäßig gefühlsbetont *dokumentiert*: „Silvia hat in der 1. Stunde vor einer Woche etwas total geiles gesagt, das mir im Kopf geblieben ist ... [Bericht] ... Da meinte sie, dass ich für die Öffentlichkeit kein Gewand hätte und nackt herumrenne.“

3 Jede der Strategien sowie deren Interaktionen miteinander konnte mit einer Fülle von Textbeispielen belegt werden.

vielfältigen handwerklichen Kompetenzen im direkten Kontakt nicht als Abwehrstrategien, sondern als herausragende Fähigkeiten erlebt. Sein intensives und verbindliches Einlassen auf die therapeutische Beziehung (*Sich zu fest Binden*) hatte ich zwar als auffällig<sup>4</sup>, aber dennoch nicht als Abwehr von aktuellem Erleben begriffen. Den „kabarettistischen Humor“ erkannte ich zwar als – gemeinsame – Abwehr, war mir aber nicht bewusst, wie förderlich dieses Kontaktangebot für den Klienten war, der, wie schon oben erwähnt, über selbstbezogene Probleme kaum reflektieren kann. Lediglich die Abwehrformen „Argumentieren“ und „Zwingen“ waren im direkten Kontakt mit dem Klienten eine große Herausforderung.

Die Analyse des Textmaterials zeigte mir jedoch, wie sämtliche Strategien zur Abwehr benützt werden können. Denn mit keiner dieser Verhaltensweisen, gerade auch nicht mit den positiv und „gesund“ wirkenden Handlungsmöglichkeiten, war der Klient in der Lage, aktuelles Erleben exakt zu symbolisieren, d. h. er nahm vom körperlichen Spüren lediglich schwankend hohen Stress wahr, den abblocken ihm mehr oder weniger gut gelang. Das Verhältnis zwischen Selbst und Körper beschreibt der Klient mit folgender Metapher: *Der Kopf geht auf der einen Straßenseite in die eine Richtung und der Bauch geht auf der anderen Straßenseite in die Gegenrichtung – und sie grüßen sich nicht einmal dabei.*

Das Erkennen der einzelnen Verhaltensmuster in ihrem Doppelcharakter führte mich zu der Hypothese, dass „das Selbst die Abwehr selbst ist“, indem es mit konkreten Verhaltensstrategien die Symbolisierung von aktuellem Erleben verhindern kann.

Das bedeutet für die Rekonstruktion einer Selbstgestalt in der Psychotherapie, dass sämtliche Verhaltensmuster der KlientInnen, und nicht nur die „problematischen“, beachtet werden müssen. Sie machen das Selbst im Kontakt „sichtbar“ und halten die Grenze der Selbstgestalt aufrecht. Wie bereits in der Beschreibung der Struktur der Selbstgestalt unter Pkt. 2.1 verdeutlicht, stellen sie eine Möglichkeit dar, wie Strukturdefizite im Umgang mit Gefühlen bewältigt werden können.

### 2.3 Kohärenz und Konsistenz der Selbstgestalt durch ein Bündel von „Selbstdefinitionen“

Ausgesprochene Ich-Definitionen – z. B. „Ich bin ein ...“ – geben deutliche Hinweise auf *Selbsterfahrungen*. Aussagen von KlientInnen über sich selbst sind daher immer schon als strukturierende Faktoren des Selbst aus der Selbst-Theorie ableitbar gewesen. Es liegt daher nahe, auch diese als weiteren wichtigen „Baustein“ in der Selbstgestalt zu beachten. Alle TherapeutInnen werden sich daher bemühen, gerade den Sinn solcher Aussagen im inneren Bezugsrahmen der KlientInnen empathisch zu verstehen. Die Untersuchung

hat jedoch ergeben, dass die gestaltende Funktion dieser Selbstdefinitionen im Selbst dadurch erklärbar wird, dass vermutlich jede Selbstgestalt von einer begrenzten Anzahl von Selbstdefinitionen bestimmt wird, die typisch für das jeweilige Selbst sind. Diese Selbstdefinitionen sind miteinander logisch stringent verknüpft und durch viele biografische Selbsterfahrungen untermauert und werden kontinuierlich bestätigt, da die typischen Verhaltensmuster kaum zu anderen als eben zu bestätigenden Erfahrungen führen.

Mit diesen komplexen Prozessen, die letztendlich zur Kohärenz und Konsistenz der Selbstgestalt führen, die ihren Sinn darin hat, für den gesamten Organismus die Bedingungen der positiven Beachtung durch sich selbst und andere aufrechtzuerhalten, meine ich auf einer phänomenalen Ebene das zu beschreiben, was mit dem Konzept der *conditions of worth* gemeint ist. Ich entschied mich, das Konzept „Selbstdefinition“ zu benennen, um die besondere Qualität dieser überzeugten Einstellung zu sich selbst hervorstreichend und das Konzept vom „Selbstbild“ abzugrenzen, wie es üblicherweise verwendet wird.

Um die Selbstgestalt zu rekonstruieren, ist es daher notwendig, dieses Bündel von Selbstdefinitionen zu erkennen und die Bewertungsbedingungen zu verstehen, durch die diese verbunden sind. Dies dürfte jedoch in der Praxis nicht leicht umsetzbar sein, denn nicht alle Selbstdefinitionen des Klienten habe ich im direkten Kontakt als „Selbstdefinition“ gehört/verstanden.

Erst bei der Auswertung, während der intensiven Auseinandersetzung darüber, wie konsequent schambesetzte selbstbezogene Gefühlsprozesse vermieden werden, fiel mir die Bedeutung eines Satzes auf, der im verschriftlichten Material sehr häufig vorkam: *„Ich kann mit Gefühlen nicht umgehen.“*

Ich hatte diesen Redewendungen im direkten Kontakt keine weitere Bedeutung gegeben, da es in einer Psychotherapie ständig darum geht, dass KlientInnen Probleme mit ihren Gefühlen äußern, sie lehnen diese ab, wollen diese nicht haben, wollen *andere* Gefühle haben, wollen sich auf Gefühle nicht einlassen oder spüren keine etc. Dieser Klient unterscheidet sich jedoch dadurch von anderen, dass er *bewusst* darunter leidet, mit Gefühlen *an sich* nicht umgehen zu können. Während ich diese Differenzierung nur schwer empathisch nachvollziehe, ist sie für den Klienten eine völlig selbstverständliche Tatsache. Nachdem ich ihn gerade auf ein unmittelbares, intensiv ausgedrücktes Gefühl (ein Lachen) aufmerksam mache, antwortet er: *„... Ich hab auch nie behauptet, dass ich keine Gefühle zeigen kann! Ich kann damit nicht umgehen!“* In sechs transkribierten Interviews kann die sprachliche Wendung *„damit (mit Gefühlen) kann ich nicht umgehen“* mindestens 20 Mal kodiert werden, wie z. B. hier in der 65. Sitzung, in der ich gerade dabei bin, zu begreifen, um welche Problematik es dabei geht:

Th: *Ja, das ist so mit Gefühlen, (KL: Drum kann ich nicht damit umgehen) dass sie eine gewisse Verarbeitungszeit brauchen, die sind einfach langsamer ...*

<sup>4</sup> So erkundigte sich der Klient schon in den ersten Stunden in seiner humorvollen Art: „Wann gehen Sie in Pension?“ um anzudeuten, dass er eine lange Therapie brauche.

*Kl: Ahja, jaja (ironischer Unterton) es gibt einen Grund, dass ich da eine Aversion dagegen habe!*

Da die nonverbal ausgedrückten Gefühle durchaus einfühlbar sind und sozial adäquat wirken, konnte ich im unmittelbaren Kontakt diese Problematik nicht direkt spüren und daher nicht verstehen. Nur der Versuch, ein in sich konsistentes Bild der Selbststruktur zu entwickeln, das mit den vorhandenen Daten übereinstimmt, brachte mich auf diese Verständnisspur.

Diese Selbstdefinition korrespondiert in hohem Ausmaß mit der biografisch bedingten Unfähigkeit, Scham zu erleben, die mit Hilfe der Verhaltensweisen *Verändern, Abblocken, Argumentieren* vom aktuellen Erleben ferngehalten wird. Obwohl die Selbstdefinition dem Klienten bewusst ist, ist ihm jedoch die gesamte Bedeutung dieser Selbstdefinition, auch hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf seine Probleme, nicht verständlich. Denn es handelt sich um eine Selbstdefinition, an der der Klient beharrlich festhält, obwohl er daran leidet.

Diese besonders schwer erkennbare Selbstdefinition bestimmt jedoch nicht alleine die Selbststruktur. Sehr beharrlich besteht der Klient auch darauf, dass er einer ist, „*der einen kreativen Geist besitzt*“, „*der das Gute in die Welt tragen möchte*“, der „*ein begnadeter Handwerker ist*“ und „*der nicht allein sein kann*“.

Diese Selbstdefinitionen werden mit Hilfe von allen der unter Pkt. 2.2 aufgezählten Verhaltensmuster ständig bestätigt. Die Selbstdefinitionen wirken realitätsgerecht und ergeben sich nachvollziehbar aus den Anregungen, die der Klient in seinen biografischen Beziehungen erfahren hat und aus der Fähigkeit der Selbststruktur, körperliche Empfindungen zu symbolisieren bzw. zu vermeiden. Dabei werden gerade auch die als negativ bewerteten Selbstdefinitionen hartnäckig verteidigt, denn es scheint eine Quelle der Selbstachtung zu sein, einer zu sein, der diesen Mangel überwinden kann/will. Die „negativen Selbstdefinitionen“ stehen nämlich in einem Spannungsverhältnis zu den „positiven Selbstdefinitionen“ und hängen zirkulär kausal zusammen, etwa so:

*Weil ich einer bin, der mit Gefühlen nicht umgehen kann, kann ich nicht allein sein, muss ich daher das Gute (gerade auch in menschlichen Beziehungen) in die Welt tragen und konzentriere mich deshalb vorrangig auf meine praktischen Fähigkeiten, die zum Ausgleich (weil ich es noch nicht geschafft habe, als kleiner Guter das große Böse zu bekämpfen) auf keinen Fall „normal“ sein dürfen, sondern so außergewöhnlich sein müssen, dass sie nach menschlichem Ermessen o.k. sind (denn perfekt ist ja nur Gott), denn nur mit diesen außergewöhnlichen Leistungen kann ich nach außen in Erscheinung treten, weil das die Gefühle verhindert, mit denen ich nicht umgehen kann.*

Diese wertgeleitete, zirkulär kausale Beziehung zwischen den einzelnen Selbstdefinitionen untereinander, die selbst wiederum durch eine Fülle von einzelnen ursprünglich kongruenten Selbsterfahrungen begründet wurden und die durch Verhaltensmuster immer wieder bestätigt werden, bewirken die Kohärenz und Konsistenz

der untersuchten Selbstgestalt. Es muss deshalb an den einzelnen Selbstdefinitionen festgehalten werden, weil eine kleine Änderung an nur einer dieser Selbstdefinitionen den inneren Zusammenhalt der Selbstgestalt gefährdet.

Die Beharrlichkeit dieser Selbstdefinitionen scheint jedoch nicht nur dadurch erklärbar, dass einzelne Änderungen zur Destabilisierung führen, *Selbstdefinitionen* (inkl. der mit ihnen verbundenen Verhaltensmuster) dienen offensichtlich auch dazu, in der erfahrenen Welt positive Beachtung zu erlangen, ohne dabei jedoch die *Selbstachtung* zu verlieren. Diese beiden Bedürfnisse *gleichzeitig* zu befriedigen, ist generell nicht einfach, denn bereits die Befriedigung nur eines dieser Bedürfnisse ist problematisch, da die „Befriedigung dieses Bedürfnisses ... notwendigerweise abhängig von Rückschlüssen [ist], die mit dem Erfahrungsfeld eines anderen zu tun haben. Folglich ist die Befriedigung oft nicht eindeutig“ (Rogers, 1959/1987, S. 49). Bei der untersuchten Selbstgestalt ist die Befriedigung dieser Bedürfnisse jedoch äußerst kompliziert.

So konnte ein positiver Sinn der vehement verteidigten Selbstdefinition: „ich kann mit Gefühlen nicht umgehen“ erhellt werden: Der Klient bekommt dadurch, dass er intensives Erleben abblockt, dieses Erleben aber nonverbal ausdrückt, „außergewöhnliche“ Zuwendung, eine *normale* Zuwendung könnte er emotional als Zuwendung nicht annehmen und die Beziehungssituation wäre zu beschämend („*Frauen mussten immer meine Noteingänge finden*“).

## 2.4 Kippen der Selbstgestalt durch drei Formen der Abwehr

In der Untersuchung konnten *drei Formen der Abwehr* des Organismus unterschieden werden: eine selbst-strukturbedingte Inkongruenz, eine aktive Abwehr und eine Abwehr durch Symptombildung. Auch wenn nicht jede Selbstgestalt so strukturiert ist, dass sie aktuelles selbstbezogenes Erleben nicht symbolisieren kann, denke ich doch, dass diese drei Formen grundsätzlich bei allen Selbstgestalten möglich sind.

Erfahrungen, die den Regeln der Struktur der Selbstgestalt widersprechen, werden generell als Bedrohung nicht nur des Selbst, sondern als Bedrohung für den gesamten Organismus erfahren. Denn ohne stabiles Selbst ist der gesamte Organismus in Gefahr. Daher ist es notwendig, die gewordene Struktur kontinuierlich zu stabilisieren. Dies erfolgt im untersuchten Selbst über die individuell-spezifischen Verhaltensmuster, die Erleben nur unter einer gewissen Intensitätsschwelle symbolisieren, also insbesondere dann, wenn es sich *nicht* um selbstbezogenes Erleben handelt. Das Selbst stellt gewissermaßen durch seine Struktur selbst die Abwehr dar, indem es organismisches Erleben nur innerhalb seines Aufnahmespektrums wahrnimmt. Diese Abwehr ist das Resultat der selbst-strukturbedingten Inkongruenz der Selbstgestalt, die keine Strategien aufweist, sich auf aktuelles Experiencing prozesshaft zu beziehen.

Es wird jedoch auch eine Selbststruktur als Bedrohung für den Organismus erlebt, wenn deren Strategien nicht mehr zum Erfolg

führen. Bei der Erfahrung, dass die vorhandenen Strategien nicht gelingen, d. h. nicht zur Selbstachtung / positiven Beachtung durch andere beitragen, konnte in der Untersuchung eine *aktive Form der Abwehr durch die Selbststruktur* festgestellt werden. In einer psychischen Krisensituation änderte sich das Zusammenwirken der Verhaltensmuster signifikant. Die zwölf potenziell möglichen Verhaltensmuster wurden auf die wichtigsten reduziert, und zwar auf *Handwerken, Abblocken* und *Veränderungsversuche*, wobei alle drei Strategien kaum mehr zur notwendigen und angestrebten Spannungsreduktion führten. Da die Verhaltensmuster vielschichtig sind und grundsätzlich als Bewältigungs- und Abwehrstrategien einen Doppelcharakter aufwiesen, änderten sich die Verhaltensweisen auch in ihrer Qualität. Sie waren angesichts der Krisenauslöser zum Großteil inadäquat. Die Selbstdefinitionen: „ich kann nicht allein sein und nicht mit Gefühlen umgehen“, dominierten das Selbsterleben und mobilisierten unrealistische *Änderungsversuche*. Da mit der *Selbstdefinition: „ich kann nicht allein sein“* ein *Verhaltensmuster* korrespondiert, das ich „*sich zu fest binden*“ nannte, hat der Klient keine Schwierigkeiten damit, sich in der Krise (technische) Hilfe zu suchen und anzunehmen, die ihn u. a. auch in die Psychotherapie führte. Durch diese Form der „aktiven Abwehr“ „kippt“ die Selbststruktur und erscheint völlig verändert, anders als in Momenten, in denen die Strategien gelingen.

Eine *dritte* Form der Abwehr des Organismus geschieht durch Symptombildung. Dabei konnte gezeigt werden, dass der *Umgang* mit Symptomen ebenfalls von den Bewertungsbedingungen der Selbstgestalt bestimmt wird. Dies führte bei den möglichen Verhaltensmustern zu erstaunlichen Erfolgen bei der Symptombekämpfung (z. B. Alkohol- und Nikotinentzug ohne die üblichen Probleme<sup>5</sup>), zeigt aber auch die Grenzen der Bearbeitungsmöglichkeiten auf, nämlich dann, wenn das Selbst für die Symptomatik über keine adäquaten Verhaltensregeln verfügt. Z. B. ignorierte der Klient eine Reihe von auffälligen und besorgniserregenden Symptomen, sobald sie nicht auf technische Weise allein behandelt werden konnten, so die Reizblase, wegen der er die Therapiestunde manchmal dreimal unterbrechen musste. Von manchen Symptomen erfuhr ich beiläufig, nachdem sie „verschwunden“ waren.

Des Weiteren konnte angesichts der hermetischen Abgeschlossenheit der Selbststruktur gegenüber aktuellen Empfindungen die Notwendigkeit und Vielfalt der Symptombildung (insgesamt 11 Symptome!) nachvollzogen werden, da auf Grund der Bewertungsbedingungen aktuelles, intensives, auf sich selbst bezogenes, organismisches Erleben im Organismus keine andere Form des Ausdrucks findet, als sich mit Hilfe von Symptomen „Gehör“ zu verschaffen – und, wie oben erwähnt, oft nicht einmal dann „gehört“ wird.

5 *Einer, der mit Gefühlen nicht umgehen kann* und daher Empfindungen konsequent ignoriert, ist offenbar wenig tangiert von unangenehmen, drängenden Empfindungen, die normalerweise beim Entzug auftreten.

### 3 Zur Reorganisation der Selbstgestalt durch Psychotherapie

Das Textmaterial wurde auf Hinweise untersucht, die auf eine Veränderung durch Psychotherapie hindeuteten, also nicht allein durch äußere Lebensveränderungen erklärt werden konnten. Dabei konnten zwei Formen der Veränderung festgestellt werden, die zwar parallel verliefen, hier aber als getrennte Prozesse dargestellt werden. Einerseits ließen sich positive Veränderungen durch eine Weiterdifferenzierung der vorhandenen Selbststruktur feststellen, bei der die vorhandenen *Verhaltensmuster* verbessert wurden. Andererseits veränderte sich die Qualität des Kontaktes in der Psychotherapie, die eine leichte Veränderung der Struktur der Selbstgestalt ankündigt, in der die vorhandenen Selbstdefinitionen in ihrer subjektiven Bedeutung bewusster werden und nicht mehr so vehement verteidigt werden müssen.

Wenn auch nicht in allen Therapien eine Strukturveränderung des Selbst so langwierig verläuft, halte ich die Unterscheidung dieser zwei Prozesse für verallgemeinerbar.

#### 3.1 Selbstentwicklung durch Differenzierung der vorhandenen Selbststruktur

Die Untersuchung zeigte, dass sich durch die Psychotherapie die Struktur der Selbstgestalt zunächst gar nicht veränderte. Sämtliche Selbstdefinitionen und Verhaltensmuster waren schon vor der Therapie vorhanden, wenn auch dem Klienten weniger bewusst. Wie erklären sich daher die außergewöhnlich großen Therapieerfolge, gemessen an Kriterien wie zunehmendes Wohlbefinden und Verschwinden von Symptomen? Die Untersuchung der Textstellen führte zu der Hypothese, dass die durch Psychotherapie erzielte Verbesserung hauptsächlich dadurch erfolgte, dass sich die vorhandene Struktur weiter differenzierte.

Diese Weiterdifferenzierung wurde durch drei Faktoren unterstützt. Die positive Erfahrung in der therapeutischen Beziehung bewirkte, dass sich die oben erwähnte „aktive Form“ der Abwehr extrem rasch veränderte, wie durch den Unterschied der Stimmungslage im Tagebuch vor und nach dem Erstgespräch belegt werden konnte.

Als zweiter Faktor hat der Klient durch die Auseinandersetzung in der Psychotherapie das positive Potenzial seiner vorhandenen Verhaltensmuster in hohem Maße erweitert. Diese Verbesserungen waren kein offizielles Therapieziel und erfolgten gewissermaßen vor mir geheim in vielen kleinen Schritten. Von den langsam und offenbar konsequent verfolgten Zielen berichtete der Klient erst, nachdem sich der Erfolg eingestellt hatte, der – metaphorisch – einer Entwicklung „vom Aschenputtel-Dasein zum Prinz“ entsprach.

Drittens – und dieses Ergebnis hat mein psychotherapeutisches Selbstverständnis erschüttert – haben die vielfältigen Auseinander-

setzungen in der Psychotherapie dazu geführt, dass der Klient *Argumente* entdeckte, die ihm halfen, „sich selbst in sein Selbstbild zu pressen“. Dies soll an einer Therapiesequenz verdeutlicht werden, die sich über zwei Sitzungen hinweg erstreckt. Es ging vor dem Hintergrund eines sensationellen beruflichen Erfolges um die Diskrepanz in seinem Selbsterleben zwischen der Schüchternheit, die er, wie bereits erwähnt, flächendeckend vermeiden wollte, und seinen hohen Idealen.

Der schüchterne Anteil kann ins Selbstkonzept integriert werden, indem er eine Verknüpfung an seine Selbststruktur herstellt. Die Schüchternheit ist die notwendige Voraussetzung, ein menschlicher Chef sein zu können. Dieses Ideal, der menschliche Chef, steht für den Sieg des „guten Kleinen über das böse Große“:

*Kl: Darf ich noch was zu zuerst sagen, dieses Bild, dass der kleine Schüchterne und dieser Wissenschaftler, dass die ja alle zusammengehören, und mit dem Bild kann ich schon was anfangen, weil das, nur aus der Geschichte heraus ist für mich dann auch möglich für mich gute Teamführung zu machen, diese präpotenten Gfraster, die immer alles besser wissen, die machen in der Richtung weiter und werden absolut autoritäre schlechte Chefs, also nur, nur ist falsch, aber nur als schüchternes Würstel hat man wahrscheinlich andere Vorstellungen oder Ansprüche an sich als Chef als selbstbewusste ... wie auch immer, also ist der Teil für mich auch wichtig. blablabla. Int 13 apr. txt*

Dass es sich bei dieser, mir etwas zu akademisch wirkenden Überlegung um einen für ihn sehr wichtigen Schritt handelte, verstehe ich erst, als er den Gedankengang in der nächsten Sitzung wieder aufgreift. Er beschäftigt sich mit seiner Zerrissenheit:

*Kl: ... Ich hab ja wirklich Horror vor präpotenten Leuten – trotzdem wie vereinbart man das, dass man nicht präpotent sein will und auf der anderen Seite ihnen die Welt erklärt – also da ist der [sein Vorname] schon ein bisschen zerrissen. – das ist ja heute wieder so, da stammler ich – völlig pervers ... Int 26.4.txt*

Im Besprechen dieser Diskrepanz greift er das Bild vom „perfekten Wissenschaftler“ wieder auf, und dabei fällt der Satz, der meine Vorstellung davon, was bei einer Selbstentwicklung passieren soll, gewaltig auf den Kopf stellt.

*Kl: Meine Vorstellung von perfekter Wissenschaftler – das war ja ganz wichtig!*

Th: Da ... war ich mir nicht so ...

Kl: Was war da so wichtig – – das war ein wichtiger Schritt, um mich besser in mein Selbstbild pressen zu können. (ebd.)

Dem Klienten gelingt es offenbar, seine Schamgefühle anzunehmen, indem er deren Vorhandensein als wichtige Voraussetzung, gewissermaßen als Garantie dafür nimmt, kein präpotenter Wissenschaftler und Chef zu sein. D. h. er presst sie tatsächlich in sein Selbstbild des „guten Menschen“ bzw. des hochmoralischen Säulenheiligen. Wie wichtig diese Integration für ihn war, ist zusätzlich daran ersichtlich, dass es diese Auseinandersetzung war, die er „von der letzten Stunde total positiv in Erinnerung hatte“, obwohl er sich inhaltlich zu Beginn der Sitzung nicht mehr daran erinnern konnte.

Die Hilfe in der Therapie bestand also zum einen darin, die Erfahrungen gemeinsam so zu verzerren, dass sie in die Selbst-Gestalt „hineingepresst“ werden konnten, und zum anderen durch die Verbesserung der vorhandenen Bewältigungsstrategien und deren Zusammenwirken. Dadurch erlebte sich der Klient mit seiner Selbststruktur erfolgreicher als vor der Therapie. Auf diese Weise wurden enorme Therapiefortschritte erzielt, ohne dass sich die Selbstdefinitionen qualitativ änderten und ohne dass der Klient in der Lage war, aktuelles organismisches Erleben zu symbolisieren.

Damit dies erreicht werden konnte, war aber ein therapeutisches Beziehungsangebot notwendig, das sich intuitiv an die Bewertungsbedingungen der Selbststruktur anschloss. So war es auffällig, dass die Sitzungen zu Therapiebeginn eher einer kabarettistischen Doppelconférence glichen als einer therapeutischen Sitzung<sup>6</sup>. Erst bei der Datenauswertung erkannte ich die Schwere der Krise, in der sich der Klient zu Beginn der Therapie befand und welche salutogenetische Funktion kabarettistischer Humor in einer Selbststruktur erfüllt, die „mit Gefühlen nicht umgehen“ kann. Spaßhaft konnten die Probleme ausgesprochen werden, ohne dass die schambesetzte Intensitätsschwelle überschritten wurde, die Blockadestrategien auslöste. Da mir in einem ersten Auswertungsdurchgang aufgefallen war, wie sehr ich mit meinen Interventionen gerade auch durch das Blödeln in den Stunden die Abwehr unterstützte, bemühte ich mich, den Klienten intensiver bei seinem Erleben zu halten. Diese Stunde endete mit seiner Frage, in der er versteckt mit Therapieabbruch droht und mit einer Schlagfertigkeit von mir, die ich sonst nicht kenne:

Kl: Gibts Therapieformen, die Emotionen ausklammern?

Th: Ja **meine**, ich hab eh mein Bestes getan ...

### 3.2 Selbstentwicklung durch Veränderung der Selbstgestalt

Die Selbstgestalt des Klienten war also strukturbedingt in Inkongruenz mit dem aktuellen selbstbezogenen Erleben. Dies war deutlich über das Beziehungserleben in der psychotherapeutischen Beziehung zu erschließen und zeigte sich in einer Beziehungsqualität, die erheblich vom Beziehungsklima abweicht, das in der Therapietheorie als Bedingung für Persönlichkeitsveränderung beschrieben wird.

Der Beziehungsprozess gestaltete sich derart, dass auch ich im Kontakt mit dem Klienten spürte, wie schwer ich mir tat, mit meinen heftigen Gefühlen ihm gegenüber umzugehen, es war, als wenn wir beide erst gemeinsam den Umgang mit intensivem Erleben lernen müssten. Dabei fiel immer wieder auf, dass einzelne Erfolge, z. B. die Wahrnehmung, dass „der Umgang mit Gefühlen“ doch in einer lustvollen und einfachen Weise (ohne Kabarett!) möglich war, dennoch nicht dazu führte, dass der Klient seine diesbezügliche Selbstdefinition revidierte. Wenn ich ihn auf diesbezügliche Veränderungen

<sup>6</sup> Der Klient hatte im Vorfeld eine andere Psychotherapie nach wenigen Sitzungen abgebrochen, in welcher der Fokus auf das körperliche Spüren gelegt worden war.

hinwies, kam die prompte Antwort: „*So weit willst du schon gehen?*“ Erst in diesem Jahr, zwei Jahre nach Ende der Untersuchung, stellte er zu Beginn einer Sitzung fest, dass er am Wochenende, das er nach langer Zeit wieder alleine verbringen musste (Selbstdefinition: *Ich kann nicht allein sein!*), das erste Mal mit seinen Gefühlen umgegangen sei. Er hätte auf seine Empfindungen geachtet und sich von diesen leiten lassen, z. B. hätte er ein Lokal wieder verlassen, weil dort nur mehr Tische in der Mitte frei waren, er sich aber auf einen Nischenplatz setzen wollte. Diese wenig spektakuläre Veränderung bedeutet jedoch bei dieser Struktur eine große, wenn der „Kopf einmal bereit ist, dem Bauch zu folgen“.

Die Veränderung der Selbststruktur ist daher ein schwieriger, langwieriger Prozess, der nur über den Weg der Veränderung der Beziehungsqualität in der psychotherapeutischen Beziehung möglich erscheint. Dies lässt sich vor allem aus den Veränderungen meines Erlebens in der Beziehung erschließen, es gibt aber auch viele kleine Hinweise auf Klienten-Seite.

Neben der Strukturveränderung, die allein dadurch bewirkt wird, dass die Selbstgestalt des Klienten, der „ja keine Erinnerung hat“, durch die Therapiegespräche immer mehr in ihren Zusammenhängen und Bedeutungen bewusst wird, empfand der Klient eine zunehmende Distanz zum Erleben als erleichternd, weil er nicht mehr „*ob der ach so großen Übermacht der Problematik beim Auftauchen eines Problem kapitulierte*“. Im Tagebuch vermerkt er: „*Ich kann mich inzwischen aus einer Situation herausnehmen (manchmal), das Ganze von Außen analysieren und dann mein Verhalten entsprechend korrigieren. Früher war es, wenn überhaupt, erst nach der Geschichte möglich – also keine Möglichkeit zur Korrektur.*“

Erfahrungen müssen wiederholt gemacht werden, bis sie als vertrauenswürdig genug eingeschätzt werden, ihretwegen die Gesamtstruktur, die Gestalt des Selbst zu verändern. So wirkte allein das therapeutische Setting strukturverändernd, weil der Klient seine üblichen Strategien hier nicht anwenden konnte. Als ich einmal meinte, dass die Beziehung zwischen uns „eine einfachere Baustelle“ sei als die Beziehung zu seinen Eltern, erwiderte er: „*Da bin ich eine Stunde festgenagelt und kann nicht leicht aus (Th: mhm) von wegen (ironisch) leichte Baustelle.*“

Neue Strukturen scheinen zunächst nur auf einer unbewussten Ebene aufgebaut zu werden. Dieser Prozess führt nur zu minimalen Veränderungen der Selbststruktur und kann an der abnehmenden Rigidität einzelner Verhaltensmuster erkannt werden. So brauchte es z. B. eine Konfliktaustragung, die über zwei Jahre andauerte, bis sich das zwingende und bestimmende Ritual zu Beginn der Sitzung auflockerte. Das Ritual wurde in dieser Reihenfolge abgewickelt: pünktlich kommen, aufs WC gehen, zahlen, Termin fürs nächste Mal vereinbaren, mit der Dokumentation beginnen, was das Ergebnis der letzten Sitzung war, Bericht darüber, was davon – meistens nichts – umgesetzt wurde! Bei diesem Ritual ließ sich der Klient trotz meiner Zwischenfragen nicht unterbrechen. Wiederholtes Thematisieren dieses Rituals führte erst nach langer Zeit dazu, dass der

Klient zu Beginn der Stunden schwieg und auf Nachfrage beleidigt feststellte, dass ich die Stunde zu beginnen hätte, wenn er es nicht richtig machte. Es brauchte eine Reihe von differenzierten Auseinandersetzungen, in denen wir lernten, unsere Anliegen so auszudrücken, dass wir uns nicht voneinander bestimmt fühlten.

Zum Unterschied von Erleichterungen, die der Klient dadurch erlebte, dass ich empathisch *für ihn fühlte*, kam es allerdings erst nach Abschluss der Untersuchung zu Situationen, in denen der Klient von einer Erfahrung selbst gefühlsmäßig betroffen wirkte. So war ihm, nachdem ihn seine Freundin schon monatelang darauf aufmerksam gemacht hatte, bewusst geworden, dass er tatsächlich seinen Hund gefährdete, wenn er beim Überqueren der Straße sein Fußgänger-Recht gegenüber unvorsichtigen Autofahrern erzwang. Auch wenn nun solche Erfahrungen symbolisiert werden konnten, führten sie nicht zu einer Veränderung der Selbstdefinitionen.

#### 4 Zur Frage der Kongruenz der Selbstgestalt

Die Ableitung aus der Therapietheorie, dass Selbsterfahrungen auf Grund von *kongruenten* Beziehungserfahrungen ermöglicht werden, hat sich in der Untersuchung bewährt, um die *Entstehungsgeschichte* des Selbst auf Grund der Analyse der Basisaffekte und des biografischen Materials zu rekonstruieren. Dieses Ergebnis scheint der Vorstellung Rogers' insofern zu widersprechen, als er das Selbst als eine Konfiguration sieht, die auch verzerrte Symbolisierungen und Introjektionen „enthält“, die *nicht* auf Symbolisierungen des organismischen Erlebens beruhen.

Die Untersuchungsergebnisse führen zu einer differenzierteren Vorstellung. Für die Phase *vor* der Konstituierung des Selbst scheint es zutreffend zu sein, dass Selbsterfahrungen nur aus empathisch wertgeschätzten Erfahrungen entstehen. Es hat sich dabei zusätzlich die Vorab-Idee als „brauchbar“<sup>7</sup> herausgestellt, dass erste Selbsterfahrungen auch präverbaler und verbaler Natur sein können und dass nicht nur bewusste, selbstreflexive Selbsterfahrungen die Struktur der Selbstgestalt begründen. Diese Annahme steht daher in Widerspruch zu einer strengen Auslegung von Kongruenz, wonach eine Selbsterfahrung immer auch eine bewusste, selbstreflexive Erfahrung sei.

Es hat sich weiter gezeigt, dass die generalisierten Selbstdefinitionen, die sich durch den Zusammenschluss der Basis-Selbsterfahrungen durch Emergenz ergeben, wie im hier untersuchten Selbstkonzept, im direkten Kontakt zwar realitätsgerecht, „kongruent“ wirken können, aber auf Grund der damit verbundenen

7 Ich möchte betonen, dass es sich hier natürlich nicht um naturwissenschaftlich-objektive Ergebnisse handelt. Daher die Verwendung des Begriffes „brauchbar“. Es wurden im Zuge der Analyse sehr viele Hypothesen gebildet, die sich im Gegensatz dazu nicht als „brauchbar“ herausstellten, weil sie mit dem Datenmaterial nicht in eine sinnvoll-logische Übereinstimmung gebracht werden konnten.

Bewertungsbedingungen und Verhaltensmuster mit aktuellem organismischem Erleben dennoch inkongruent sind.

Diese Schlussfolgerung bestätigt Rogers' Ansicht über die Entwicklung von Inkongruenz in hohem Ausmaß, denn *nach* Herausbildung dieser Selbstdefinitionen können bedrohliche, bewusste Erfahrungen sehr wohl verzerrt in die Selbstgestalt integriert („hineingepresst“) werden. Die Untersuchung hat gezeigt, dass *rigide* Selbstdefinitionen auf der Generalisierung von Selbsterfahrungen eines Selbst aufbauen, das nicht alle Basisaffekte präverbal, verbal und selbstreflexiv symbolisieren kann. Vermutlich ist diese Starrheit der Selbstdefinitionen, die sich auf Grund der Strukturdefizite ergibt, der Grund für die Entwicklung von *conditions of worth* und daraus folgend die Inkongruenz, und nicht die Selbstdefinitionen an sich sind dafür verantwortlich, da diese ja auf kongruenten Beziehungserfahrungen aufbauen.

Diese *Selbstdefinitionen* unterscheiden sich wesentlich von „Selbstbildern“, wie sie schon Rogers durch den Q-Sort operationalisiert hat, wie sie aber auch in der modernen Selbstkonzeptforschung untersucht werden. Es dürfte klar sein, dass beim Beantworten einer Fülle von Items, wie z. B.: „Ich bin ein ärgerlicher Mensch“, „ich bin attraktiv“, „ich habe Angst vor Sex“ etc. keine solchen *individuellen Selbstdefinitionen* erkannt werden können. Denn diese haben sich in einer Art attrahierender Dynamik (vgl. Kriz, 1997, S. 40; 2004, S. 22) aus einer Fülle von Selbsterfahrungen durch Emergenz gebildet, sind also *immer* mit wichtigen Beziehungserfahrungen verknüpft und haben das psychische Überleben und die Selbstachtung bisher gesichert.

Insofern unterscheidet sich die durch Selbsterfahrungen strukturierte Selbstgestalt des Klientenzentrierten Ansatzes von Selbstmodellen, die das Selbst aus vergleichsweise oberflächlichen kognitiven Selbstbildern und Einstellungen zusammengesetzt sehen. Solche Einstellungen zum Selbst ändern sich situativ rasch, da sie vom vorhergehenden *Priming*<sup>8</sup> abhängig sind (vgl. Gergen, 1979). Die von diesen Selbstdefinitionen bestimmte Selbstgestalt ist „ungemein widerständig gegenüber dem Einfluss von Erfahrungen“ (Biermann-Ratjen et. al, 2003, S. 94). *Selbstdefinitionen* entsprechen jedoch auch nicht dem „Idealselbst“, weil damit oftmals Überzeugungen vertreten werden, die subjektiv gerade nicht als Ideal gewertet werden. Negative Selbstdefinitionen stabilisieren im Kontext der Gesamtdynamik die Selbstgestalt genauso wie Selbstdefinitionen, die mit hohem Selbstwert verbunden sind.

Meine ursprüngliche Vorstellung, dass die Reorganisation des Selbst über die Integration von organismischen Erfahrungen geschieht, kann im Licht dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Vielmehr scheint es so zu sein, dass durch die Erweiterung der vorhandenen Verhaltensmuster der Selbstgestalt die Selbstachtung

steigt und damit die Reorganisation eingeleitet wird, zunächst dadurch, dass Wege gefunden werden, wie unliebsame bewusste Erfahrungen mit den Werten der vorhandenen Selbstdefinitionen in Übereinstimmung gebracht werden können. Eine Strukturveränderung der Selbstgestalt durch Psychotherapie, so sie überhaupt notwendig erscheint, kann jedoch nur über den Weg der Veränderung der im direkten Kontakt erlebten Beziehungsqualität stattfinden.

## 5 Das Selbst als synergetischer Ordner

Um den Realitätscharakter der Selbstgestalt, wie er in der psychotherapeutischen Beziehung unmittelbar erlebt wird, theoretisch einzuordnen, hat sich das Ordner-Konzept der Synergetik bewährt.

Die Synergetik befasst sich mit den Gesetzmäßigkeiten, die den makroskopischen, spontanen, selbstorganisierten Strukturbildungen in den unterschiedlichsten komplexen (physikalischen, biologischen, psychischen, sozialen) Systemen zu Grunde liegen<sup>9</sup>. Wenn sich die Kontrollparameter (Rahmenbedingungen) eines Systems um einen signifikanten Wert verändern, ändert sich auch die Qualität des Zustands eines Systems. In der Nähe von Instabilitäten wird das dynamische Verhalten durch wenige Variablen bestimmt. Diese Variablen werden als Ordnungsparameter bezeichnet, die auch Ordner oder Operatoren genannt werden.

Wird nun die prinzipielle Analogie von synergetischer *Musterbildung* und *Mustererkennung* (= Gestalterkennung) beachtet, die beide über Versklavungsprozesse Ordner hervorrufen, kann das Selbst als ein solcher Ordner, oder vielmehr als ein System von Ordnern verstanden werden (vgl. Haken, 2004, S. 100). Die Teile, die zum makroskopisch wahrnehmbaren Muster gehören, bestimmen den jeweiligen Ordner, und umgekehrt, der auf diese Weise bestimmte Ordner hält das entstandene Muster zirkulär kausal aufrecht, solange die Kontrollparameter gleich bleiben. Veränderte Kontrollparameter können dazu führen, dass der alte Zustand des Musters verlassen wird und in der auftretenden Instabilität ein neuer Ordner bestimmt wird.

Für die Untersuchung des Konstrukts Selbst in seiner konkreten, empirisch nachweisbaren Form besonders wichtig erscheint mir die Feststellung Hakens (2004, S. 86) zur Ontologie der Ordner.

Ein „Ordner hat also mithilfe des Versklavungsprinzips ... durchaus eine materielle Eigenschaft. Man könnte auch sagen, dass der Ordner so wirkt, als wäre er eine materielle Größe, obwohl er andererseits wiederum doch nur eine Abstraktion ist. Damit wird der Januskopf des Ordners deutlich, wie er auch in medizinischen und psychologischen Anwendungen auftritt. Einerseits ist er eine abstrakte Größe ...; andererseits lässt sich die Wirkung dieser Größen

8 Priming bedeutet, dass die Versuchsperson vor der Untersuchung des Selbstkonzepts unterschiedlichen (Stress-) Situationen ausgesetzt wird, welche daraufhin die Selbsteinschätzung entsprechend beeinflussen.

9 Z. B. die Musterbildung, die sich bei Wasser beobachten lässt, wenn es erhitzt wird: bienenwabenförmige Blasenbildung, Sprudeln und Dampfen (vgl. Kriz, 1997, S. 60).

im Rahmen des Versklavungsprinzips erschließen, wenn eben die einzelnen Teile in ihrem Verhalten untersucht werden.“

Haken weist ausdrücklich darauf hin, dass Ordner keineswegs „vage“ Größen darstellen. „Sie genügen in vielen Fällen ganz konkreten [mathematischen, Anm. d. V.] Gleichungen“ (ebd.). Dabei darf trotz allem nicht vergessen werden, dass es ein Selbst im ontischen Sinn natürlich überhaupt nicht gibt. Denn es gehört zu den Grundsätzen der Theorie komplexer Systeme, dass Aussagen über Systeme immer von BeobachterInnen getroffen werden, die durch ihre Beobachtung die Wahrnehmung dieser Systeme „erzeugen“.

In Anlehnung an dieses Konzept schlage ich daher vor, dass die einzelnen Selbstdefinitionen als Ordner begriffen werden, die mit makroskopisch beobachtbaren Verhaltensmustern korrespondieren. Einzelne Erfahrungen, die diesen Selbstdefinitionen/Ordnern widersprechen, können zwar bewusst wahrgenommen werden, bleiben jedoch für die etablierte Struktur auf Grund des Versklavungsprinzips bedeutungslos. Wenn die Rahmenbedingung „positive Beachtung/ Selbstachtung“ nicht erfüllt ist, kommt es zu Instabilitäten in der Selbstgestalt. Dies kann dazu führen, dass die Selbstgestalt kippt, da ein anderer der vorhandenen Ordner/ eine andere Selbstdefinition mit jeweils anderen Verhaltensmustern wirksam wird.

## 6 Abschließende Überlegungen

Die Forschungsergebnisse führten dazu, dass ich mein ursprüngliches Verständnis als Praktikerin revidieren musste, das im Wesentlichen davon ausging, Selbstentwicklung sei durch Integration von organismischen Erfahrungen zu definieren. Die in der Untersuchung entwickelten Konzepte weisen jedoch auf eine viel größere Komplexität hin, bilden aber die Vorgänge in schwierigen Psychotherapieprozessen realistisch ab.

Wie tief und genau es gelungen ist, die Selbstgestalt einer Person zu erfassen, war für mich eine erschütternde Erfahrung.

Trotzdem – oder vielleicht gerade deswegen – konnte ich die Selbstgestalten meiner anderen KlientInnen nach wie vor nicht als Gesamtheit erfassen. Auch habe ich bisher nicht versucht, mein „eigenes Selbstkonzept“ in dieser Gründlichkeit zu erkunden, wie es bei diesem einen Selbst „unter dem Mikroskop“ gelungen ist. Eine Beschreibung der Gestalt scheint zwar möglich, doch merkte ich dabei starke emotionale Barrieren, wie wenn durch das gründliche Wissen eine Intimsphäre verletzt würde.

Die Untersuchung hat außerdem gezeigt, dass die therapeutischen Interventionen auch ohne bewusstes Wissen über diese Selbstgestalt zu einem Großteil selbstkonzeptbezogen waren, d. h. umgekehrt: Therapieabbrüche können dadurch erklärt werden, dass dieser intuitive Anschluss an die Bewertungsbedingungen der Selbststruktur offenbar nicht gelungen ist. Im nach wie vor andauernden Therapieprozess mit diesem Klienten macht dieses umfassende Wissen über die Struktur seiner Selbstgestalt die Arbeit nicht leichter. Im Gegenteil, es scheint mir notwendig, das Wissen um diese Selbststruktur immer wieder zur Seite zu legen, um die „frischen und furchtlosen Augen“ (Rogers 1975/1980, S. 79) zu behalten und dem „blanken Ich“ (Wiltschko, 1994) des Klienten begegnen zu können. Es scheint also den therapeutischen Prozess nicht dadurch zu beschleunigen oder zu erleichtern, dass die Selbstgestalt so umfassend bewusst ist. Dazu müssten weitere Untersuchungen durchgeführt werden, um beurteilen zu können, ob und wie die Bewusstheit über diese Gestalt dazu führt, dass PsychotherapeutInnen hilfreicher sein können als ohne dieses Wissen (vgl. Ludwig-Körner, 1992, S. 11). Während ich vor der Untersuchung eher das organismische Erleben favorisierte und es von der „Unterdrückung durch das Selbst“ befreien wollte, hat die Rekonstruktion dieser einen Selbstgestalt dazu geführt, dass ich nun den Doppelcharakter des Selbst als Garant für psychische Stabilität und Entwicklung in seiner positiven Bedeutung für den gesamten Organismus (und auch für das organismische Erleben) wesentlich mehr schätze und verstehe.

## Literatur

- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Tb.
- Gergen, K. J. (1979). Selbsterkenntnis und die wissenschaftliche Erkenntnis des sozialen Handelns. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Selbstkonzeptforschung. Probleme, Befunde, Perspektiven* (S. 75–96). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Hans Huber.
- Haken, H. (2004). Synergetik der Gehirnfunktionen. In G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 80–103). Stuttgart: Schattauer.
- Keil, S. (2003). „Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“ Methodische Implikationen Klientenzentrierter Psychotherapie. *PERSON*, 7, 1, 37–50.
- Keil, S. (2007). *Selbst und Selbstentwicklung in der Psychotherapie – Eine qualitative Einzelfallstudie zur Erweiterung der Theorie des Selbst im*

- Klientenzentrierten Konzept.* Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Science“ im Universitätslehrgang für Psychotherapie des Departments für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie an der Donau-Universität Krems. (Ist aufgrund vertraulicher Daten bis Mai 2012 gesperrt und darf während dieser Zeit nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Autorin zugänglich gemacht werden.)
- Kriz, J. (1997). *Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner.* Wien: Facultas.
- Kriz, J. (2004). Personzentrierte Systemtheorie. Grundfragen und Kernaspekte. In: A. von Schlippe & W. C. Kriz (Hrsg.), *Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln* (S. 13–67). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2004). *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern.* Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Ludwig-Körner, Ch. (1992). *Der Selbstbegriff in Psychologie und Psychotherapie.* Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Luhmann, N. (2002). *Einführung in die Systemtheorie.* Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes.* Köln: GwG. (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of a science.* Vol. III. New York: McGraw Hill, 184–256).
- Rogers, C. R. (1975/1980). Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In C. R. Rogers & R. L. Rosenberg, *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 75–93). Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1975: Empathic – an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist* 5,2, 2–10)
- Wiltshko, J. (1994). Haben Sie schon einmal ein „Selbst“ gesehen? Zur Phänomenologie des Ichs. In W. W. Keil, P. Hick, L. Korbei & V. Poch (Hrsg.), *Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 13–27). Bergheim bei Salzburg: Mackinger.

#### **Autorin:**

Sylvia Keil, MSc, Klientenzentrierte Psychotherapeutin,  
Lektorin an der FH Campus Wien,  
Bachelor- und Masterstudiengänge für Soziale Arbeit.

#### **Korrespondenzadresse:**

Sylvia Keil, MSc  
1080 Wien, Albertgasse 39/6  
E-Mail: sylvia@keil.or.at

Jennifer Steinbach, Leena Hässig, Katinka Kohle & Anneliese Ermer  
Forensisch-Psychiatrischer Dienst (FPD) der Universität Bern

# Dissoziale Persönlichkeitsstörung: Diagnostik, Störungstheorie und Behandlung aus personenzentrierter Sicht

**Zusammenfassung:** *In der vorliegenden Arbeit stellen wir personenzentrierte Überlegungen zum Störungsbild der dissozialen Persönlichkeitsstörung vor und leiten daraus Vorschläge für die Behandlung dieser Klientengruppe ab. Wir gehen davon aus, dass ein großer Anteil von Personen mit der Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung in frühen Lebensabschnitten traumatische Erfahrungen gemacht hat – und dass die zur traumatischen Erfahrung gehörende Dissoziation (als anfänglich sinnvolle, mit der Zeit jedoch dysfunktionale Coping-Strategie) zur Symptombildung dieser schweren Persönlichkeitsstörung geführt hat. Unsere Ausführungen illustrieren wir anhand von zwei Fallbeispielen.*

**Schlüsselwörter:** *Dissoziale (antisoziale) Persönlichkeitsstörung, Psychopathie, Trauma*

**Abstract:** *Antisocial personality disorder: diagnostics, theory of disorder and therapy from a person-centered perspective. In this paper, we introduce a person-centered concept linked to antisocial (dissocial) personality disorder in order to derive suggestions for the therapy of these clients from this model. We assume that many of the persons which are diagnosed with antisocial (dissocial) personality disorder suffered from traumatic experiences in the earlier part of their lives, and that dissociation (a reasonable coping-strategy, which later turns out to be dysfunctional) leads to the development of severe personality disorder. We illustrate our model by means of two case-studies.*

**Keywords:** *Dissocial (antisocial) personality disorder, psychopathy, trauma*

Personen mit der Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung gemäß ICD-10 (oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV) zeichnen sich dadurch aus, dass sie sowohl sich selbst als auch ihren Angehörigen schaden. Aufgrund ihrer Tendenz zu Gewalttätigkeit und delinquentem Verhalten stellen sie auch eine Gefahr für die Gesellschaft dar und verursachen hohe Kosten. Der Notwendigkeit der Behandlung dieser Personen steht jedoch die von Therapeuten lange Zeit vertretene Ansicht gegenüber, dass Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung nicht lernfähig und daher auch nicht therapierbar seien (Rauchfleisch, 2000). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass Personen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung häufig vorschnell als „Psychopathen“ bezeichnet werden, was hinsichtlich deren Beurteilung im Rahmen des Kriminaljustizsystems mit weitreichenden Konsequenzen verbunden sein kann. „Psychopathen“ werden als die gefährlichsten Straftäter angesehen und Therapeuten sind zurückhaltend bezüglich der Behandlung dieser Personen, ausgehend von der Annahme, dass die „Psychopathie“ eine nicht therapierbare Störung darstellt (Blackburn, 2009).

Die Ursachen dieser Störung sind zudem wenig bekannt (Rotgers & Maniacci, 2007) und es gibt kaum qualitativ hochwertige Wirksamkeitsstudien zu deren Behandlung (Duggan, 2009).

In diesem Spannungsfeld, charakterisiert durch eine hohe Behandlungsnotwendigkeit auf der einen Seite und einen Mangel an sowohl theoretischen Erklärungsmodellen als auch Wirksamkeitsstudien zur Therapie auf der anderen Seite, nimmt der Forensisch-Psychiatrische Dienst (FPD) der Universität Bern die Aufgabe wahr, Personen mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen zu behandeln. Dabei ist das durch die Legislative vorgegebene Ziel nicht nur die Behandlung der Störung, sondern insbesondere die Senkung der Rückfälligkeit (Verbesserung der Legalprognose), wobei weitgehend undefiniert bleibt, welche zugrundeliegenden Mechanismen bei Personen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung zu gewalttätiger Delinquenz führen.

Im Rahmen des vorliegenden Artikels möchten wir, basierend auf unseren therapeutischen Erfahrungen mit dieser Klientel, ein personenzentriertes Modell der dissozialen Persönlichkeitsstörung und dessen Implikationen für die Behandlung vorstellen. Ausgangs-

punkt unseres Modells ist die therapeutische Beobachtung, dass die bei dieser Klientel meist tiefgreifende Inkongruenz am erfolgreichsten aufgelöst werden kann, wenn die traumatischen Erfahrungen, die diese Klienten oft in frühen Lebensabschnitten gemacht haben, in die Behandlung miteinbezogen werden. Unser Störungsmodell basiert auf der von Biermann-Ratjen (2002) und Warner (1998) formulierten Theorie, dass die zum Trauma gehörende Dissoziation (als anfänglich oft sinnvolle, mit der Zeit jedoch dysfunktionale Coping-Strategie) zur Symptombildung schwerer Persönlichkeitsstörungen, in diesem Falle der dissozialen Persönlichkeitsstörung führt. Personen, deren dissoziales Verhalten auf einer hirnorganischen Schädigung basiert, haben wir nicht in unsere Überlegungen mit einbezogen, da die durch diese Personen ausgeübte Gewalt auf anderen Grundlagen beruht, die gesondert beschrieben werden sollen.

Mit dem Anliegen eines engen Praxisbezugs illustrieren wir unsere Ausführungen durch Auszüge aus der Anamnese und der Therapie je eines Klienten der Erst- und Zweitautorin. Wir möchten dadurch die Erfahrungswelt zweier Klienten mit der Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung aufzeigen und diese vor dem Hintergrund unseres personenzentrierten Modells beschreiben.

Im Folgenden werden wir einleitend die dissoziale Persönlichkeitsstörung sowie die aktuelle Forschung dazu beschreiben, um diese in einem nächsten Schritt dem Konzept der „Psychopathie“ gegenüberzustellen. Anschließend legen wir unser personenzentriertes Störungsmodell der dissozialen Persönlichkeitsstörung dar und leiten daraus eine personenzentrierte Vorgehensweise zur Behandlung von Klienten mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung ab.

## 1. Beschreibung der dissozialen Persönlichkeitsstörung

Gemäß ICD-10/DSM-IV zeichnen sich Personen mit einer dissozialen/antisozialen Persönlichkeitsstörung (DPS) aus durch impulsives (auch aggressiv-gewalttätiges) Verhalten, Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen, ausbeuterisches Verhalten gegenüber anderen bei einem Mangel an Einfühlungsvermögen in die Erlebenswelt des Gegenübers. Bezüglich dieser zum Teil massiv grenzüberschreitenden Verhaltensweisen (= Verhalten, welches die psychische, körperliche oder sexuelle Integrität einer anderen Person verletzt) empfinden Personen mit dissozialer/antisozialer Persönlichkeitsstörung jedoch keine Schuld, sondern neigen dazu, dieses Verhalten zu rationalisieren oder andere zu beschuldigen.

Das Konzept der dissozialen Persönlichkeitsstörung kann bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgt werden und stand stets in enger Verbindung mit zeitgenössischen Ansichten hinsichtlich Kriminalität (Ferguson & Tyrer, 2000). Anfang des 19. Jahrhunderts prägte Prichard (1835) für Personen, die grausame Straftaten begangen hatten, deren Begehung sich jedoch nicht durch das Vorliegen einer

bekanntem psychischen Erkrankung erklären ließ, den Begriff der „moralischen Geisteskrankheit“ (moral insanity). Diese Bezeichnung wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts durch den Begriff der „psychopathischen Inferiorität“ abgelöst (Koch, 1891), wobei diese als konstitutionell bestimmt angesehen wurde. Im Zuge der Entwicklung des Begriffes der „Persönlichkeitsstörung“ durch Kraepelin (1905) definierte Schneider (1923) die „Psychopathie“ als eine grundlegende Störung der Persönlichkeit. Das bis heute einflussreichste Konzept der „Psychopathie“ entwickelte Cleckley (1941) in Anlehnung an antisoziale (v. a. aggressive) Verhaltensweisen. Die Ansichten Cleckleys bildeten die Grundlage für die späteren Konzepte der „Soziopathie“ (DSM-I), der antisozialen Persönlichkeitsstörung (DSM-II und folgende) sowie der dissozialen Persönlichkeitsstörung (ICD-10).

Der seit dem 19. Jahrhundert angenommene Zusammenhang der dissozialen Persönlichkeitsstörung mit Kriminalität besteht bis heute, was ein großes Problem für die Diagnostik dieser Störung darstellt (Millon & Davis, 1996). So weisen Rotgers & Maniaci (2007) darauf hin, dass aufgrund dieser Assoziation der dissozialen Persönlichkeitsstörung mit kriminellem Verhalten die Anwendung dieses Konzepts einerseits in unangemessener Weise auf kriminelle Personen beschränkt wird, während andererseits Personen mit Merkmalen dieses Störungsbildes von der Diagnose ausgeschlossen werden, weil ihr Verhalten von der Gesellschaft günstiger bewertet wird. Die Forschung zeigt entsprechend diesen Annahmen, dass es nur eine Überlappung zwischen der dissozialen Persönlichkeitsstörung und Kriminalität gibt. So fanden u. a. Fazel und Danesh (2002) im Rahmen einer Studie an Gefangenen, dass nur ca. die Hälfte dieser Personen die Kriterien einer dissozialen Persönlichkeitsstörung erfüllen. Epidemiologische Studien der Bevölkerung hingegen gehen davon aus, dass nur 47 % der Personen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung bereits einmal inhaftiert waren. Es findet sich bei diesen Personen eher eine Vorgeschichte mit aggressiv-impulsiven Durchbrüchen, Arbeitslosigkeit und Promiskuität als schwere Kriminalität (Robins, 1987; Robins, Tipp & Przybeck 1991). Einschränkend ist hierzu jedoch anzumerken, dass in Bezug auf Straftaten ein nicht unerhebliches Dunkelfeld besteht und daher nicht jede begangene Straftat auch eine Inhaftierung nach sich zieht.

Es ist daher festzuhalten, dass einerseits nicht jede Person mit dissozialer PS im strafrechtlichen Sinne als kriminell bezeichnet werden kann und andererseits nicht jeder Gewalttäter eine dissoziale Persönlichkeitsstörung hat.

Auffallend ist bei Personen mit dissozialer Persönlichkeit ein Mangel an Sorge um sich selbst, der vermutlich das Fehlen von Sorge um und Einfühlungsvermögen in andere Menschen widerspiegelt. Dieses Defizit führt bei Personen mit DPS zu einer erhöhten Rate an vorzeitiger Mortalität. So fanden Black et al. (1996) insbesondere bei Männern unter 40 Jahren eine erhöhte Mortalität, welche sich hauptsächlich auf waghalsiges, selbstgefährdendes Verhalten

zurückführen ließ (Drogenmissbrauch und aggressives Verhalten), jedoch auch auf eine erhöhte Suizidrate.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass Personen mit dissozialer Persönlichkeit die Gefühle und Bedürfnisse anderer Menschen nicht wahrnehmen (können) und daher unter Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen die Grenzen anderer Personen teilweise massiv überschreiten (können). Gleichzeitig zeigen Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung aber auch einen vergleichbaren Mangel an Sorge im Umgang mit sich selbst. Die impulsiv-gewalttätigen Verhaltensweisen richten sie sowohl gegen sich selbst als auch gegen andere. Dieses Verhalten kann zu straffälligem Verhalten führen, muss dies jedoch nicht zwingend. Wichtiger als der vordergründige und auch keineswegs immer zu beobachtende Zusammenhang mit Kriminalität scheint hinsichtlich der Behandlung der dissozialen Persönlichkeitsstörung vielmehr, deren Hintergründe zu verstehen und dadurch zu einem tieferen Verständnis der zugrundeliegenden Mechanismen zu gelangen.

Die Tatsache, dass Personen mit dissozialer PS offensichtlich weder einen Zugang zu eigenem Erleben noch zu demjenigen anderer Menschen haben – bei gleichzeitig selbstgefährdendem Verhalten –, könnte dadurch erklärt werden, dass ein großer Anteil von Personen mit DPS (wiederholten) traumatischen Erfahrungen in der Kindheit ausgesetzt war (massive Vernachlässigung, physische und psychische Misshandlung durch die Eltern, sexueller Missbrauch – vgl. Petermann & Petermann, 2007; Pollock et al., 1990; Rauchfleisch, 2000. Pollock et al. (1990) konnten sogar zeigen, dass physischer Missbrauch in der Kindheit Soziopathie im Erwachsenenalter vorhersagt. Aufgrund dieser Missbrauchserfahrungen, die Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung meist in frühen Lebensjahren erleiden mussten, gehen Millon und Davis (1996) davon aus, dass die „antisozialen“ und grenzüberschreitenden Handlungen von Personen mit DPS dazu dienen, das Böse, das sie von anderen erwarten, abzuwehren und die Macht derjenigen, die sie verletzen oder ausnützen möchten, zu schwächen.

Zur Behandlung von Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung existieren bisher nur wenige qualitativ hochwertige Studien und es gibt kaum direkte Hinweise für die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen bei dieser Population (Duggan et al., 2009). Wenn die Therapie der DPS untersucht wurde, dann meist indirekt: Häufig wurde entweder die Behandlung des Substanzmissbrauchs bei dieser Personengruppe untersucht (Duggan et al., 2007; 2008) oder aber Interventionen, welche darauf abzielen, deren delinquentes Verhalten zu reduzieren (z. B. Landenberger & Lipsey 2005; Lipsey, Landenberger & Wilson 2007; Lipton et al., 2002; Tong & Farrington, 2006; Wilson, Bouffard & MacKenzie 2005). Hinsichtlich der Reduktion straffälligen Verhaltens erwiesen sich bisher eher kognitiv-behaviorale Ansätze als wirkungsvoll (z. B. Lipsey et al., 2007; Lipton et al., 2002; Tong & Farrington, 2006). Obwohl nicht bei jeder Person mit DPS auch delinquentes Verhalten zu beobachten ist, legen diese Studien ihr Hauptaugenmerk auf die Rückfall-

prophylaxe und vernachlässigen damit den Einbezug der Mechanismen, welche der Störung zugrunde liegen. Es drängt sich daher auf, die Wirksamkeit der Therapie der dissozialen Persönlichkeitsstörung direkter zu untersuchen. Dies ist vor dem Hintergrund eines theoretischen Erklärungsmodells für dieses Störungsbild möglich. Unserer Ansicht nach kann bei der Therapie von Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung insbesondere der Personzentrierte Ansatz einen wertvollen Beitrag leisten. So fanden Black, Baumgard & Bell (1995) in einer der wenigen Langzeitstudien mit Männern mit dissozialer PS, dass das impulsiv-aggressive Verhalten dieser Personen mit der Zeit – auch ohne Therapie – abnahm (und folglich das kriminelle Verhalten), nicht jedoch deren interpersonellen Probleme. Es scheint daher zentral, bei diesen Personen mit einem geeigneten therapeutischen Ansatz spezifisch die interpersonellen Schwierigkeiten zu behandeln. Hierfür scheint das Beziehungsangebot des Personzentrierten Ansatzes, welches durch Empathie, unbedingte Wertschätzung und Echtheit gekennzeichnet ist, ideal – auch zur Behandlung des zentralen Symptoms dieser Klienten: der fehlenden Empathie und Wertschätzung sowohl für sich selbst als auch für das Gegenüber. Ein weiterer Vorteil der Personzentrierten Therapie ist die Fokussierung auf die Begegnung von TherapeutIn und KlientIn im „Hier und Jetzt“. Die Abwehr von „Gefahr“ ist in dieser Beziehung nicht nötig, was einen neuen Zugang zum Erleben ermöglicht, durch welchen neue Erfahrungen möglich werden.

### Fallbeispiel 1

Der Klient ist im geschlossenen Strafvollzug untergebracht und zu Beginn der Therapie 27 Jahre alt.

Von sich aus berichtet der Klient anfänglich kaum etwas. Er wirkt zurückhaltend und distanziert, jedoch auch vorsichtig die neue (therapeutische) Situation einschätzend.

Besonders auffallend ist die Sprache des Klienten: Er drückt sich sehr undifferenziert aus und spricht in kurzen, abgehackten und grammatikalisch unvollständigen Sätzen mit starkem ausländischem Akzent („Jugo-Slang“), obwohl er Schweizer ist. Er habe sich diese Sprache während seines bisher mit Unterbrechungen knapp sechsjährigen Haftaufenthaltes angeeignet. Er habe viele Straftaten begangen, zuletzt eine schwere Körperverletzung.

Hinter dem Bemühen des Klienten, nach außen ein Bild der Unberührbarkeit und „Coolness“ zu vermitteln, ist aber auch Angst spürbar. Ich erkläre mir dies als Angst davor, dass ich es wagen könnte, mit ihm zusammen Räume seines Selbstkonzeptes (nach Heinerth, 2002) zu betreten, von denen er vermutlich irgendwie ahnt, dass sie vorhanden sind, die für ihn aber bislang unbekannt und bedrohlich sind und für die es in seiner Sprache auch keine Namen gibt. In der Anfangsphase der Therapie wirkt der Klient wie ein Igel, der sich einrollt und gegen außen seine Stacheln, seine unangenehme Seite zeigt.

Dieses Ringen um eine vorsichtige Annäherung, um mit mir in Kontakt zu sein, bei dem zugleich bestehenden großen Bedürfnis nach Schutz und Kontrolle in diesem Kontakt, wird zu einem wiederholten Thema in den Stunden. Wenn der Klient etwas von seinem Leben berichtet, dann ohne emotionale Beteiligung. Dem Klienten fehlt der unmittelbare Kontakt zu seinem Erleben. Im Rahmen der ersten Therapiephase gelingt es ihm jedoch, sein enormes Bedürfnis nach Schutz in einem Bild zu symbolisieren. Er beschreibt die „Schutzmauer“, die ich im Kontakt mit ihm deutlich spüre, als eine „Aggro-Mauer“ (Schutzschild aus Aggressivität), mittels welcher er andere auf Distanz hält. Ich versuche, gemeinsam mit dem Klienten zu verstehen, wie es ist, Erleben auf diese Weise zu vermeiden. In einem Brief an mich, welchen er in einer späteren Therapiephase verfasst (s. u.), beschreibt er diese „Aggro-Mauer“ eindrücklich:

„...ich bin vollkommen überrascht und ich hatte nie das Gefühl, dass ich mal so an mir arbeiten werde, mich einer Person so anvertraue und mit dieser Person (Ihnen) teile was in mir vorgeht. Ich hatte so viel Arbeit, musste so viel durchmachen, um diese Aggro-Mauer in mir zu errichten und alles wo (das – Anm. der Autorin) verletzlich und so wertvoll ist so tief in mir zu begraben. Nun muss ich diese Mauer wieder abreißen und in den Trümmern nach den vergrabenen Schätzen suchen. Ich muss alles wo (das – Anm. der Autorin) ich aufgebaut habe zu meinem Schutz einfach aufgeben und das ist so schwer, es macht mir so viel Angst, was kommt unter den Trümmern vor, wie kann ich mein Heiligstes dann noch schützen?“

„Ich habe Angst davor, was mich erwartet, wenn ich meine Aggro-Mauer aufgebe und ohne diesen Aggro-Schutz dastehe.“

Deutlich wird hier auch die Angst vor Schutzlosigkeit und Verletzungen, wenn er für mich seine „Aggro-Mauer“ teilweise öffnet und mir dadurch erste Anteile von sich preisgibt. Der Klient kann diese Angst spüren und lässt sie zu, was für ihn jedoch sehr schwierig ist. Über diese Angst findet er einen ersten Zugang zu seinen Gefühlen. Als ich im Laufe der weiteren Therapie mehr von seiner Biografie erfahre, ist für mich nicht mehr verwunderlich, weshalb mein Klient seine „Aggro-(Schutz-)Mauer“ so dringend nötig hat.

Der Klient war seit frühester Kindheit schwersten körperlichen Misshandlungen durch den Vater ausgesetzt. Am deutlichsten erinnerte er sich an einen Vorfall im Alter von vier Jahren: Weil er etwas „falsch“ gemacht hatte, habe sein Vater während längerer Zeit mit Händen und Füßen massiv auf ihn eingepöbeln. Er habe ihn dabei auch durch den Gang und an die Wand geworfen. Dabei habe er an mehreren Körperstellen die Wärme von Blut gespürt. Als er 7 Jahre alt gewesen sei, hätten sich seine Eltern scheiden lassen. Er habe fortan mit seinem jüngeren Bruder bei der Mutter gelebt. Er habe Schwierigkeiten in der Schule gehabt, sei häufig unkonzentriert und abgelenkt gewesen. Seine Mutter habe jeweils dann, wenn sie von Lehrern erfahren habe, dass er wieder „Probleme“ mache, den Vater gerufen, welcher dann vorbeigekommen sei, um ihn zu verprügeln. Aus Langeweile habe er im Alter von 11 Jahren mit Kiffen begonnen und einige Jahre später auch mit dem Konsum harter Drogen, um sich unempfindlich zu machen. Die Gewalttätigkeit des Vaters gegen

ihn habe bis vor seiner aktuellen Inhaftierung angedauert. Zuletzt habe sein Vater mit einer Waffe auf ihn geschossen.

Es fällt mir schwer, die beiden Extreme – auf der einen Seite die Traumatisierung des Klienten und damit verbunden seine Erfahrung völliger Ohnmacht und Hilflosigkeit und auf der anderen Seite seine Rücksichtslosigkeit und die Verletzung anderer Personen – auszuhalten. Diese rücksichtslose Seite des Klienten sieht folgendermaßen aus: Mit Beginn der Schulzeit haben sich eine Reihe von Vorstrafen angesammelt (div. Verstöße gegen das Straßenverkehrs- und das Betäubungsmittelgesetz sowie eine Vielzahl an Eigentumsdelikten), aufgrund derer der Klient die Zeit seit seinem 22. Lebensjahr mehrheitlich in Haft verbracht hat. Zuletzt hat der Klient dazu beigetragen, dass ein Mensch schwer verletzt wurde. Auch während der Haft hat der Klient andere Menschen verletzt, im Rahmen von Tötlichkeiten/Gewalt unter Insassen.

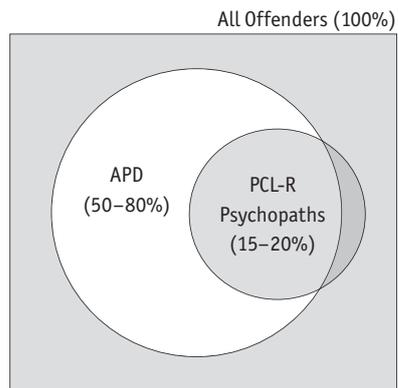
## 2. Zusammenhang mit dem Konstrukt „Psychopathie“

Vermutlich aufgrund der Tatsache, dass sich die Konzeption der dissozialen Persönlichkeitsstörung aus dem früheren Begriff der „Psychopathie“ entwickelt hat, werden viele straffällige Personen mit dissozialer Persönlichkeit vorschnell als Psychopathen bezeichnet. Bei „Psychopathen“ handelt es sich jedoch – gemäß heutigem Verständnis des Begriffes – um eine besonders gefährliche Teilgruppe von Straftätern, welche sowohl mehr und schwerere als auch eine größere Bandbreite an Delikten begehen als andere Delinquenten (Farrington et al., 1986).

Nach Cleckley (1941) beschäftigte sich insbesondere Hare (1994; 2004) mit dem Konzept der Psychopathie und entwickelte die sog. Psychopathie-Checkliste (PCL-R, Hare, 2004), mit welcher die Psychopathie nach Cleckley (1941) einheitlich diagnostiziert werden kann. Die psychopathische Persönlichkeit zeichnet sich erstens durch interpersonale und affektive Auffälligkeiten und zweitens durch einen sozial devianten Lebensstil aus (Hare, 2004; Parker et al., 2003). Nur Personen, deren Wert auf der Psychopathie-Checkliste über dem vorgegebenen (hohen) Cut-off-Wert liegt, werden als Psychopathen bezeichnet.

Das Konzept der Psychopathie ist daher zwar assoziiert mit der dissozialen Persönlichkeitsstörung, unterscheidet sich von dieser jedoch dadurch, dass zwar die meisten Psychopathen auch die Kriterien für die dissoziale Persönlichkeitsstörung erfüllen – jedoch nur 10–15% der Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung die Kriterien einer Psychopathie (Hare et al., 2000). In Abbildung 1 ist diese Überschneidung zwischen der dissozialen Persönlichkeitsstörung und der Psychopathie dargestellt. Daraus wird deutlich, dass nur ein sehr geringer Anteil an straffälligen Personen zur Gruppe der Psychopathen gehört. Zum Schutze der Gesellschaft ist es jedoch von besonderer Wichtigkeit, diese besonders

gefährlichen Straftäter korrekt zu identifizieren. Daher sollte die Psychopathie nur durch in der Anwendung der PCL-R ausgebildete Personen diagnostiziert werden.



**Abb. 1: Darstellung des Zusammenhangs zwischen dissozialer Persönlichkeitsstörung und Psychopathie in der Population von Straftätern<sup>1</sup>**

## 2.1 Subgruppen von Psychopaten und Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung

Seit der Einführung des Begriffes „Psychopathie“ durch Schneider (1923) und v. a. Cleckley (1941) wurden durch verschiedene Autoren Subgruppen von Psychopaten postuliert, wobei die bekannteste Unterscheidung diejenige von „primären“ und „sekundären“ Psychopaten ist. Nach Karpman (1946; 1948) und Porter (1996) sind nur die *primären Psychopaten* Psychopaten im engeren Sinne: Personen also, die gewissenlos andere zu eigenen Zwecken ausnutzen und dabei auch vor schwerer Gewalt nicht zurückschrecken. Die Autoren gehen davon aus, dass die Persönlichkeitseigenschaften der primären Psychopaten angeboren seien. Das dissoziale Verhalten von *sekundären Psychopaten* hingegen sehen die Autoren als sekundär durch entweder psychotische oder neurotische Konflikte – entstanden durch elterliche Zurückweisung – verursacht (Karpman, 1948) oder spezifischer durch das Vorliegen traumatischer Erfahrungen in der Vorgeschichte (Porter, 1996). Nach Porter (1996) zeigen *sekundäre Psychopaten* zwar dieselben Verhaltensweisen wie die primären („echten“) Psychopaten, der entscheidende Unterschied besteht jedoch darin, dass bei ersteren dieses Verhalten aus frühen traumatischen Erfahrungen resultiert. Diese theoretische Annahme Porters konnte durch eine spätere Studie von Blackburn et al. (2008) bestätigt werden. Im Rahmen dieser Studie unterschieden die Autoren – in Anlehnung an die Psychopathie-Subgruppen – verschiedene Teilgruppen von

Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung. Entsprechend den Annahmen Porters fanden Blackburn et al. (2008), dass u. a. diejenigen Personen, welche sekundären Psychopaten entsprechen, frühe Traumata aufweisen und sich dadurch von den übrigen Gruppen unterscheiden. Die Personen dieser Gruppe zeigten zudem Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Weitere Studien konnten zeigen, dass auch das Ausmaß an erlebter Angst primäre und sekundäre Psychopaten unterscheidet. Während primäre („echte“) Psychopaten kaum Angst empfinden, zeigen sekundäre Psychopaten ein hohes Angstniveau und sind auch anfälliger für Stress (z. B. Brinkley et al., 2004; Vassileva et al., 2005; Fowles & Dindo, 2006). So fanden auch Blackburn & Lee-Evans (1985), dass zwar beide Gruppen intensiven Ärger und Aggression in hypothetischen Szenarien interpersoneller Angriffssituationen zeigten, jedoch nur Personen der Gruppe „sekundäre Psychopaten“ auch mehr autonome Erregung in diesen Situationen aufwiesen. Dies deutet darauf hin, dass bei Personen der Gruppe „sekundäre Psychopaten“ zusätzlich zum Ärger auch *Angst* aktiviert wird.

Zusammenfassend kann daher gesagt werden, dass die Unterscheidung zwischen primären („echten“) Psychopaten und einer zweiten Gruppe, die zwar ähnliche Verhaltensweisen wie Psychopaten zeigen, die jedoch mit früheren Traumata in Verbindung stehend anzusehen sind, empirisch gut belegt ist. Diese Forschungsergebnisse zeigen auf, dass oberflächlich gleich anmutende Verhaltensweisen gänzlich unterschiedlich entstehen können und daher eine unterschiedliche Behandlung erfordern. Aufgrund der Tatsache, dass die deutlich unterschiedlichen Gruppen von „echten“ und „sekundären“ Psychopaten gleiche Werte auf der Psychopathie-Checkliste (PCL-R) erreichen, stellt sich die Frage, inwieweit die PCL-R Cleckleys das Konstrukt von „Psychopathie“ wirklich valide abbildet (Blackburn, 2009). Dies bedeutet, dass hohe Werte auf der PCL-R mit Vorsicht zu behandeln und nicht alle Personen mit hohen Werten als „echte“ Psychopaten zu bezeichnen sind, was für die Behandlung und Legalprognose dieser Personen von Bedeutung ist.

Diese Ergebnisse zeigen weiter deutlich auf, dass es wichtig ist, sowohl bei der Diagnose einer Psychopathie als auch einer dissozialen Persönlichkeitsstörung Subgruppen zu unterscheiden. Aufgrund der mangelnden Validität der PCL-R sind die bisher als „sekundäre“ Psychopaten bezeichneten Personen vielleicht besser als eine Subgruppe von dissozial persönlichkeitsgestörten Menschen zu verstehen. Zum genaueren Verständnis dieser Fragen ist weitere Forschung nötig.

Auch beide vorgestellten Klienten erreichen eine hohe Punktzahl auf der PCL-R, was für sie mit Nachteilen hinsichtlich der Rückfallprognose – und damit verbunden Lockerungsentscheidungen – einhergeht. Unserer Ansicht nach gehören die Klienten der Gruppe „sekundärer Psychopath“ an, wobei wir für sie nicht die Bezeichnung „Psychopath“ verwenden möchten.

<sup>1</sup> Die Abbildung stellt eine Nachbildung einer Power-Point-Folie dar, welche R. Hare im Rahmen einer Weiterbildung (2006) präsentiert hat. Die Prozentangaben auf der Folie beziehen sich auf eine einzige Untersuchung in einem Gefängnis und weichen daher von der Angabe im Text ab.

### 3. Ansätze zu einer personenzentrierten Störungstheorie der dissozialen Persönlichkeitsstörung

Dass traumatische Erfahrungen in frühester Kindheit zur Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen führen, wurde von einer Vielzahl von Autoren aus verschiedensten Therapierichtungen theoretisch begründet. Im Personenzentrierten Ansatz argumentieren Brandt und Heinerth (2006), dass Persönlichkeitsstörungen mit einer besonders tiefen und umfassenden Form von Inkongruenz einhergehen, welche sich qualitativ von der verzerrten Inkongruenzkonstellation unterscheidet.

Für uns stellt sich die Frage des *spezifischen* Zusammenhangs zwischen den frühen traumatischen Erfahrungen unserer Klienten und deren späterem impulsiv-aggressiven, regelverletzenden und massiv grenzüberschreitenden Verhalten. Auf welcher Erlebenswelt basiert dieses Verhalten unserer Klienten – und wie kommt es zustande? Unser Störungsmodell basiert einerseits auf bindungstheoretischen Überlegungen und andererseits auf Erkenntnissen der Psychotraumatologie, die einen spezifischen Zusammenhang zwischen Trauma und dissozialem Verhalten erklären.

Aus bindungstheoretischer Sicht erklärt Bosworth (2008) den Zusammenhang zwischen Traumatisierung und späteren aggressiv-gewalttätigen Verhaltensweisen wie folgt: Ein misshandeltes Kind kann kein *Vertrauen* und keine *sichere Bindung* zu seinen Eltern entwickeln. Seine Bedürfnisse werden durch seine Eltern nicht adäquat befriedigt und seine Welt ist unvorhersehbar und unsicher. Da ihm niemand die Sicherheit gibt, die es braucht, entsteht für das Kind die Notwendigkeit, sein Leben selbst zu kontrollieren. Weil die Misshandlung die am ehesten voraussehbare Reaktion darstellt, fängt das Kind gar an, die Abwehr und Misshandlung durch die Eltern zu provozieren, um so – in zumindest kleinem Ausmaß – ein Gefühl der Sicherheit und Kontrolle empfinden zu können, während das Kind in seinem Umfeld nicht genügend Möglichkeiten hat zu lernen, wie es bei anderen Menschen positive Verhaltensweisen hervorrufen kann (z.B. Lächeln, Zärtlichkeiten etc.). Für dieses Kind gibt es immer mehr nur ein einziges „In-Beziehung-Treten“ und zwar über Aggressivität und Gewalt. Was das Kind in seinen frühen Interaktionserfahrungen gelernt hat, nämlich dass es nichts wert ist und andere Menschen es nicht gut mit ihm meinen, es zu wenig respektieren und verletzen, wird das Kind auf alle späteren Beziehungen übertragen (vgl. Bosworth, 2008).

Levine (1996) erklärt den Zusammenhang zwischen Trauma und Gewaltausübung aus psychotraumatologischer Sicht folgendermaßen: Er geht – in Anlehnung an Beobachtungen aus dem Tierreich – davon aus, dass auch bei uns Menschen in Situationen, in welchen die natürliche „Kampf- oder Flucht“-Reaktion nicht möglich ist, die „Erstarrung“ einsetzt (bei Tieren wird dies auch als der Totstellreflex bezeichnet). Diese „Erstarrung“ (oder freezing response) – also die Fluchtbereitschaft, gekoppelt mit der Erkenntnis, dass eine solche nicht möglich ist – stellt nach Levine (1996, 2008) den

Kern jeder Traumatisierung dar. Biermann-Ratjen (2002) beschreibt diese Selbsterfahrung als ein tödliches Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit von Kampf- oder Flucht in einer Situation von totaler Ohnmacht und Hilflosigkeit bei voller Aktivierung von Kampf- oder Fluchtbereitschaft. Durch die volle Aktivierung dieser beiden starken Kräfte steht der Organismus in höchstem Ausmaß unter Spannung. Da nach Levine (1996) die „Erstarrung“ mit starker Angst verbunden ist, gelingt es den Betroffenen später kaum, sich aus dieser zu lösen. Im weiteren Verlauf (im Zustand der posttraumatischen Belastungsstörung) wird die Person diesen Zustand der Anspannung – der vegetativen Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung – häufig wiedererleben, oft in Verbindung mit Dissoziation. In diesem Zusammenhang führt Levine (1996) folgende physiologische Erklärung für die Reaktionsweise unserer Klienten an: Beim Wiedererleben der „Spannung“ wird der emotionale Teil des Gehirns diese starke organismische Energie in Emotionen (z. B. Ärger, Scham, Traurigkeit) umwandeln, während der rationale Teil des Gehirns versucht sein wird, eine äußere Gefahr zu finden, welche die intensive Aktivierung des Nervensystems „erklären“ und rechtfertigen könnte. So werden mehr oder wenig zufällig „Feinde“ für die eigene Über-Erregtheit verantwortlich gemacht, an welchen diese Spannung dann entladen werden kann (Levine, 1996).

Aus diesen Überlegungen leiten wir unser personenzentriertes Modell der dissozialen Persönlichkeitsstörung ab. Verschiedene Studien zeigen, dass ein größerer Anteil von Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung in frühester Kindheit Vernachlässigung, Widersprüchlichkeit, Respektlosigkeit und Misshandlung durch die Eltern (enge Bezugspersonen) erleben musste. Statt in einer Lebensphase, in welcher ein Kind auf den Schutz der Eltern besonders angewiesen ist, durch seine Eltern Sicherheit zu erfahren, mussten diese Kinder lernen, sich mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln so gut wie möglich in dieser unberechenbaren und traumatisierenden Situation zurechtzufinden. Nach Warner (1998; 2000) bewältigen insbesondere Kinder, welche vor dem 7. Lebensjahr traumatisiert werden, das traumatische Erleben mittels Dissoziation, da sie noch nicht über die erforderlichen komplexeren Verarbeitungsstrategien verfügen, um mit dieser Erfahrung umzugehen. Die Dissoziation ermöglicht es dem traumatisierten Kind, das überwältigende Erleben von Angst und Qual zu verlassen und stattdessen in einen Zustand zu wechseln, in welchem es keine intensiven Schmerzen empfindet. So berichtet Warner (1998) von einem Mädchen, welches sich durch Betrachtung der Punkte auf seinem Bettanzug in einen Zustand versetzen konnte, in welchem es die Qual und die Schmerzen der durch den Vater erlittenen Vergewaltigung nicht mehr wahrnahm. So haben viele körperlich misshandelte Personen, insbesondere wenn sie wiederholten und/oder fortgesetzten traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren, die Fähigkeit entwickelt, aus ihrem Körpererleben auszusteigen, neben sich zu stehen und die Szene von oben oder außen zu betrachten, um diese so wenig wie möglich

durchleben zu müssen. Mit Biermann-Ratjen (2002) und Warner (1998, 2000) gehen wir davon aus, dass diese Kinder aus der Erfahrung der Dissoziation in traumatischen Situationen dissoziatives Erleben zur Abwehr und als Coping-Strategie entwickeln. Die Funktion der Dissoziation ist es daher, der unerträglichen Realität aktiv durch eine Wahrnehmungsveränderung zu entweichen. Nach Warner (1998) haben diese frühen Dissoziationserfahrungen für die Kinder leider eine verstärkende Wirkung, indem dadurch das Familienerleben – trotz der erlittenen Traumatisierung – erträglich wird und gar die Illusion eines normalen, glücklichen Familienlebens aufrechterhalten werden kann. Die Dissoziation in früher Kindheit endet nach Warner (1998), im Gegensatz zum Trauma-Erleben Erwachsener, nicht bei der Amnesie oder der Abspaltung einzig der traumatischen Erfahrung von der Gesamtpersönlichkeit. Vielmehr teilen Kinder die dissoziierten Aspekte ihrer Erfahrungen auf in eine Mehrzahl von miteinander unverbundenen „Kammern“. Nach Warner (1998; 2000) findet dieser Prozess bei Kindern deshalb statt, weil sie im Rahmen der Traumatisierung eine Reihe von unvereinbaren, intensiven Reaktionen erleben und zu diesem Zeitpunkt noch nicht über die mentale Kapazität verfügen, solche widersprüchlichen Erfahrungen zu integrieren. So wünscht sich das Kind inmitten der mit dem Trauma einhergehenden Erfahrung von Hilflosigkeit und Schmerz einerseits zu sterben, hat andererseits aber auch Angst vor dem Tod. Oder aber das Kind möchte den Täter einerseits verletzen, wünscht sich andererseits aber auch die Zeit zurück, in welcher es durch die Eltern Liebe erfahren durfte. In einem hilflosen Teil haben die Kinder Angst vor dem Ausmaß ihrer wütenden/aggressiven Gefühle. Im ärgerlichen Teil hingegen fühlen sie Verachtung und Scham über die eigenen hilflosen Reaktionen – und sind gar der Ansicht, dass solche hilflosen Reaktionen das Überleben gefährden. Vermutlich als Resultat dieser Widersprüche formen sich nach Warner (1998) verschiedene Selbst-Cluster innerhalb der dissoziierten Erfahrungen.

Die Coping-Strategie der Dissoziation hat für die Kinder weitreichende Konsequenzen: Zum einen befreien sie sich mit der Dissoziation von der Wahrnehmung dessen, was ihnen durch wen und warum angetan wird. Sie verhindern, dass sie empathisch miterleben müssen, was im Täter vor sich geht. Das kann dazu führen, dass sie generell vermeiden, empathisch zu sein – allerdings ohne damit verhindern zu können, dass sie in andere genau das hineinsehen, was sie zu sehen fürchten. Zum anderen wehren sie mit dem Dissoziieren auch ihre Selbsterfahrungen, ihre eigenen Gefühle ab, wodurch Inkongruenz entsteht.

Nach Brandt und Heinerth (2006) ist bei der Dissoziation der Übertragungsprozess von Erfahrung in Selbsterfahrung *versperrt*. Verbildlicht im Selbstkonzept als Haus bedeutet dies, dass die Person mehrere Räume (wichtige Erfahrungen) gar nicht kennt und sie darum auch nicht betreten (explorieren) kann. Diese unzugänglichen Räume entsprechen versperrten Symbolisierungen: Erfahrungen, die dem Selbst ferngehalten werden müssen, weil sie

zu bedrohlich sind (vgl. Brandt & Heinerth, 2006). Ähnlich helfen nach Warner (2002) die dissoziierten Selbst der Person dabei, von den ursprünglichen Erinnerungen an das Trauma nicht überflutet zu werden. Nachteil dieser dissoziierten Verarbeitung ist jedoch, dass sie den psychologischen Kontakt behindert, da sie wesentliche Aspekte der Erfahrung voneinander getrennt hält und es dadurch verunmöglicht, diese zu einem bedeutungsvollen Ganzen zu verarbeiten (Warner, 2002).

Nach Claas & Schulze (2002) unterbricht ein Trauma die Synthese adaptiver primärer Emotionen (nach Greenberg, 2002), da diese ihre adaptiven und Orientierungsfunktionen nicht mehr erfüllen können, weil die traumatisierte Person keinen Handlungsspielraum hat. So wird die Synthese der durch das Trauma aktivierten primären Angst und des primären Ärgers unterbrochen. Die Autorinnen bezeichnen die Unterbrechung der Synthese primärer Emotionen als elementare Form der Dissoziation. Sofern die Unterbrechung der Synthese primärer Emotionen generalisiert wird, die betroffene Person sich also generell und weitgehend von ihren emotionalen Reaktionen dissoziiert, können Depersonalisation und Derealisation zu dauerhaften Zuständen werden, die als Entfremdung, Leere oder Verwirrung erlebt werden und in einem Rückzug aus (allen) Beziehungen resultieren können (Claas & Schulze, 2002).

In der Regel konnten unsere Klienten nicht nur aufgrund ihrer Dissoziationsneigung, sondern auch deshalb ihre Erfahrungen als Opfer nicht ins Selbstkonzept integrieren, weil sie in dieser Erfahrung von Ohnmacht und Ausgeliefertsein, Schmerz und Angst nicht durch einen anderen Menschen positiv beachtet und empathisch verstanden wurden. Diese bedrohlichen Opfererfahrungen sind auch dem Bewusstsein unserer Klienten nicht zugänglich. Dies kann verstanden werden als ein dissoziierter Teil des Selbst nach Warner (1998; 2000; 2002) oder aber als Räume im Selbstkonzept unserer Klienten, welche durch die Dissoziation hinter dicken Türen *versperrt* sind (nach Heinerth, 2002). Und auch weil unsere Klienten nie Empathie für das eigene „Opfer-Sein“ erfahren haben, sind sie nicht in der Lage, sich bei einem anderen Menschen in dessen „Opfer-Sein“ einzufühlen. Das kommt zu ihrer Vermeidung des empathischen Verstehens anderer als Traumaerfahrungsfolge hinzu.

Im Laufe ihrer Entwicklung haben zudem viele unserer Klienten gelernt, die als Opfer am eigenen Leib erlebte Erfahrung (Gewalt) im Dienste der Selbstwirksamkeit anzuwenden. So erlebte der im vorherigen Abschnitt beschriebene Klient im Alter von 12 Jahren Selbstwirksamkeit durch Gewalt: Er konnte sich erstmals gegen die Übergriffe des Vaters wehren, indem er so heftig zurückschlug, dass er diesem das Nasenbein brach. Daraufhin zog sich sein Vater für eine Weile zurück und attackierte ihn weniger. Spätere Gewaltakte des Vaters konnte der Klient jeweils einzig durch „Gegengewalt“ stoppen. Das Gewalttäter-Selbstbild vermittelt unseren Klienten in ihrer Erlebenswelt, in welcher sie nichts wert sind und andere ihnen feindselig gesinnt sind, Sicherheit im Sinne von: „Weil ich ein

Gewalttäter bin, kann mir keiner etwas anhaben. Denn wenn nötig, wehre ich mich mit Gewalt gegen andere und brauche daher nichts zu fürchten.“ Dieses Gewalttäter-Selbstbild wird für unsere Klienten aufgrund einer entsprechenden Sozialisierung mit der Zeit gar zur „Identität“. Da unsere Klienten zudem größtenteils über eine geringe Schulbildung und keinen Berufsabschluss verfügen, stehen ihnen nur wenig andere Bereiche zur Entwicklung kompensierender Persönlichkeitsanteile offen.

Bei unseren Klienten beobachten wir daher die besondere Konstellation der versperrten/dissoziierten Opfererfahrungen, welche nebst einem Gewalttäter-Selbstbild existieren. Doch wie führt diese Inkongruenzkonstellation nun zur tatsächlichen (wiederholten) Anwendung von Gewalt?

Nach Biermann-Ratjen (2002) kann das Stressverarbeitungssystem als Folge einer Traumatisierung verändert sein: Die Schwelle für Triggerreize ist herabgesetzt und traumatisierte Personen kommen schnell in eine Übererregung, wobei die Rückregulation erschwert ist. In unserem Modell gehen wir davon aus, dass unsere Klienten durch ihre herabgesetzte Schwelle für Triggerreize durch verschiedene Situationen „angetrigger“ werden. Dadurch setzt wieder – wie in der ursprünglichen Traumatisierungssituation – die Erstarrungsreaktion ein, welche mit einer großen Anspannung einhergeht. Basierend auf Levine (1996) nehmen wir an, dass unsere Klienten dann die sich in ihnen aufbauende massive Spannung in extrovertierter Weise gegen außen „entladen“, bevorzugt gegen vermeintlich oder tatsächlich wahrgenommene Feinde. Biermann-Ratjen (2002) beschreibt die chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung als chronifizierte Inkongruenz – das Erleben eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit bei vegetativer Übererregtheit – hin und wieder ausgelöst durch Triggerreize, unterbrochen durch Anfälle des Wiedererlebens der traumatischen Situation oder von Teilen von ihr oder der ursprünglichen Reaktion auf das Trauma, z. B. Dissoziation oder Aggression. Übertragen wir dieses Modell auf unsere Klienten, beobachten wir eine wellenförmige Bewegung: Im Zustand der chronifizierten Inkongruenz werden diese Personen getriggert, wodurch die akute Inkongruenz ausgelöst wird, welche mit zunehmender Spannung (Übererregung) einhergeht. Diese akute Inkongruenz (Spannung) steigert sich bis hin zur „Entladung“, und erst dann stellt sich der Zustand der chronifizierten Inkongruenz wieder ein. Das bedeutet, dass durch die im Kulminationspunkt erfolgende „Entladung“ zwar die akute Inkongruenz reduziert werden kann, nicht jedoch die danach weiter bestehende chronifizierte Inkongruenz.

Zentral ist in unserem Modell die Annahme, dass sich unsere Klienten im Moment der „Entladung“ nicht spüren und daher auch nicht in der Lage sind, das Ausmaß der „Entladung“ zu regulieren. Der durch die „Entladung“ bei anderen Personen angerichtete Schaden kann daher variieren von einer geringfügigen Körperverletzung bis hin zu einem „overkill“, bei welchem ein Opfer im Rahmen eines Tötungsdelikts massiv verletzt wird.

Wir können bei unseren Klienten beobachten, dass diese Vorgänge (Trigger – akute Inkongruenz – Entladung) ihrem Bewusstsein nicht zugänglich sind. So formuliert auch Biermann-Ratjen (2002), dass die ursprüngliche traumatisierende Selbsterfahrung zunächst vor allem eine körperliche Erfahrung ist, welche erst später und unter Umständen auch niemals verbal symbolisiert wird. Die durch Trauma entstandene Veränderung des Stressverarbeitungssystems kann zudem so groß sein, dass die durch Triggerreize angestoßenen Erinnerungen nicht bis ins Sprachzentrum weitergeleitet werden und daher in der Behandlung sprachlich nicht erreichbar sind (Biermann-Ratjen, 2002). Bleibt daher die akute Inkongruenz bei unseren Klienten unbearbeitet, so ist sie als Ausgangspunkt (Option) dissozialen Verhaltens stets vorhanden, d. h. die Person wird immer wieder gewalttätig rückfällig werden.

Hart (2008) beschreibt einige dieser Zusammenhänge aus neuropsychologischer Sicht ganz ähnlich. Sie stellt einen Zusammenhang zwischen früher Traumatisierung und späterer Gewalttätigkeit über die Funktion der Amygdala her. Als eine Struktur, welche Angst registriert, ist die Amygdala sowohl an der „Kampf oder Flucht“-Reaktion als auch an der Erstarrungsreaktion beteiligt wie auch an der Aggression (Damasio, 1994; Le Doux, 2001). Die Autorin legt ferner dar, dass sich diese traumabedingte Überaktivierung der Amygdala auf die spätere Entwicklung des orbitofrontalen Cortex (ein Teil des präfrontalen Cortex) auswirkt. Wie bei unserer Klientel häufig zu beobachten, verfügen Personen mit einer Unterentwicklung des orbitofrontalen Cortex über eine mangelnde Fähigkeit zur Selbstregulation. Einige Affekte können kaum reguliert werden und diese Personen drücken ihre aktuellen Impulse und Wünsche ungefiltert aus und sind nicht in der Lage, diese in sozial angepasster Weise zu formulieren. Zudem wird nach Hart (2008) durch die frühen traumatischen Erfahrungen und ungenügende Bindungserfahrung die Propriozeption beeinträchtigt – d. h. diese Menschen können sich selbst kaum spüren.

### Fallbeispiel 1 (Fortsetzung)

Im weiteren Verlauf der Therapie kann der Klient – in der Sicherheit der Beziehung zu mir – seine „Aggro-Schutzmauer“ Stück für Stück ablegen. Dabei lernt er, die emotionalen Erfahrungen (ohne Schutzmauer) zu symbolisieren. Diese Erfahrungen sind anfänglich sehr bedrohlich und er fühlt sich von ihnen manchmal gar „aus der Bahn geworfen“, hält den Zustand kaum aus.

Mit mir gemeinsam kann er es wagen, sich den versperrten Räumen seines Selbstkonzepts ganz zaghaft zu nähern und diese auch zu betreten, und er fängt an, nach Namen für diese zu suchen. Nach etwa einem Jahr Therapie beginnt der Klient damit, mir Erfahrungen, deren Benennung und Einordnung ihm schwerfällt und für die er sich teilweise auch schämt, in Form von Briefen mitzuteilen, welche er in die Sitzungen mitbringt. Er beschäftigt sich auch zwischen

den Sitzungen viel mit den besprochenen Themen und bemüht sich aktiv um Symbolisierung, da er spürt, dass ihm dies hilft. Die folgenden Ausschnitte aus einem seiner Briefe zeigen, wie der Klient den für ihn schwer verständlichen Zustand des Nebeneinanders von schmerzhaften Opfererfahrungen (beschrieben als „der kleine Junge“) und explosiver Aggressivität zu symbolisieren versucht.

„Es ist dieser kleine Junge wo (der – Anm. der Autorin) so traurig ist, wo so viel Angst hat ... Töten konnte man diesen Jungen nicht, deswegen wurde Er im Tiefsten Kerker in mir eingeschlossen. Seit vielen Jahren ist Er nun schon dort drin eingesperrt (eingesperrt – Anm. der Autorin) und niemand durfte zu Ihm, nicht mal ich selber ging zu ihm. Vor ein paar Monaten konnte ich diesen Schlüssel wieder finden ...“

„In mir ist ein riesiges Pullverfass und überall liegt Sprengstoff rum. Nun leuft mitten in diesem Chaos der kleine Junge rum, hält ein Streichholz fest wo (das – Anm. der Autorin) brennt, damit es etwas Licht giebt. Er hat so viel Angst, denn diese Hass erfüllte Welt kennt Er nicht und lässt Er das Streichholz erlöschen, steht Er im dunkeln und bekommt noch mehr Angst. Lässt Er das Streichholz brennen, könnte Er sich die Finger verbrennen, es fallen lassen und das wars dan.“

Die therapeutische Beziehung gibt ihm so viel Sicherheit, dass er es wagt, diese Räume zu betreten, in welchen sich diese Erfahrungen von Angst, Chaos etc. finden. In einem weiteren Brief beschreibt er das Explorieren versperrter Räume und insbesondere auch das Zusammenspiel zwischen Angst/Schmerz und Hass sowie die aus dem Hass resultierende „Entladung“, nach welcher er sich besser fühlen würde, die er jedoch nicht mehr zulassen möchte.

„All die Jahre lebte ich mit dem Wissen ich bin innerlich tot und fühle nichts mehr, ausser dem Hass und dieser Wut in mir. Mir kann nichts mehr geschehen, niemand kann mich noch treffen und verletzen... Dass ist nun nicht mehr so ich fühle wieder, mein Gewissen ist wieder frei und der kleine Junge schreit wieder. Ich muss eher sagen, dass ich seine Schreie wieder hören kann. Ich fühle es, wie dieser Junge versucht hat, die Tür zu öffnen und raus wollte. Er hat Angst und ich fühle das, ich fühle seinen Schmerz wieder und es tut so weh... Dies ist erst ein Teil von dem, wo (das – Anm. der Autorin) noch in mir tobt. Vieles halte ich noch underverschluss und soll noch dortbleiben. Nun fühle ich aber, dass es raus will... Am liebsten wäre es mir, wenn ich Stück für Stück raus lassen könnte, was aber nicht geht. Öffne ich diese Tür, kommt so viel raus und ich habe Angst, dass ich daran erschrecken werde, dass ich dann aussteige und entweder dem Hass in mir die Kontrolle zurück gebe oder meinem Schmerz alles in die Hand gebe ... Lasse ich ihn (den Hass – Anm. der Autorin) raus, fühle ich mich sofort viel besser, mache aber alles, wofür ich im letzten Jahr so hart gearbeitet habe, kaputt. An meinen Kopfschmerzen merke ich, wie sehr ich gegen diesen Hass kämpfe, aber nicht weiter komme.“

In diesem Abschnitt wird deutlich, dass der Klient seine Inkongruenz zu spüren beginnt, dass er neue Erfahrungen, die an seine Kindheit gebunden sind, zulässt, was Angst und Spannung auslöst. Der Klient weiß auch um noch mehr versperrte Räume. Zudem beginnt er, gegenüber seinem Verhalten eine Beobachterposition einzunehmen (die Vergangenheit aus der Gegenwart zu sehen), was eine Voraussetzung zur Reflexion ist (nicht mehr nur agieren zu müssen). Dadurch gewinnt er zunehmend Kontrolle über sein Verhalten. Er hat nun die Freiheit der Wahl und kann sich fragen: Will ich den Hass

rauslassen und bin ich bereit, dafür die Konsequenzen zu tragen – oder entscheide ich mich zu einem anderen Verhalten?

#### 4. Ansätze zu einer Personzentrierten Psychotherapie der dissozialen Persönlichkeitsstörung

In der Behandlung begegnet uns der beschriebene Klient auf der Ebene der Gefühle einerseits ängstlich und innerlich „tot“, andererseits aber auch voller Spannung, Aggression und überschießender Handlungsbereitschaft. Während er für seine „toten“ Zustände keine Wörter findet, hat der Klient hingegen für die Spannungszustände – auf der Grundlage von Projektionen – Gründe gefunden, die seinen Hass legitimieren. So nimmt er meist andere (männliche) Personen als ihm gegenüber feindselig eingestellt wahr<sup>2</sup> und legitimiert mittels dieser Projektion seine Gewalthandlungen.

Aufgrund dieses „Nebeneinanders“ von versperrten Opfererfahrungen – aber auch empathischen Erfahrungen des Täters – durch Traumatisierung und Dissoziation und der in einem Gewalttäter-Selbstbild eingebetteten, legitimierten Gewaltbereitschaft muss die Behandlung impulsiver Gewaltstraftäter aus einer Kombination aus *Deliktarbeit*<sup>3</sup> und *Traumaarbeit* bestehen.

Ziel der *Deliktarbeit* ist es, dass der Täter lernt, die volle Verantwortung für sein gewalttätiges Handeln zu übernehmen, ohne dieses zu rechtfertigen oder zu entschuldigen, und sich in das Erleben des Opfers einzufühlen (Opferempathie). Hierfür muss in der Therapie die durch den Klienten legitimierte Gewalt aufgearbeitet und verstanden werden (Deliktkreislauf) und mit der sozialen Umwelt in Beziehung gesetzt werden. Die Fokussierung auf das Verstehen des Gewaltkreislaufs auf der Verhaltensebene allein reicht jedoch bei den traumatisierten Gewalttätern nicht aus. Bei diesen Personen muss die enorme Spannung im Rahmen der akuten Inkongruenz – deren „Energimotor“, entstanden durch die Traumatisierung – in die Behandlung miteinbezogen werden. Denn im Zustand der akuten Inkongruenz können sich die Betroffenen in der Regel nicht mehr selbst steuern, es geht nur noch um ein „Entladen“, um das „Loswerden“ der enormen Spannung. Im Rahmen der akuten Inkongruenz ist ihnen daher weder ein Schuldempfinden noch ein Verständnis für die Situation des Opfers (Opferempathie) möglich. Ebenso wie die Möglichkeit, sich mit dem eigenen Empfinden von Angst und Verlorensein zu befassen, fehlt ihnen die Fähigkeit, sich in das Erleben einer anderen Person hineinzusetzen.

2 Die fälschliche (verzerrte) Wahrnehmung des Gegenübers als feindselig wird in der Literatur als „hostile attribution bias“ bezeichnet. Es konnte gezeigt werden, dass Personen mit hoher Aggressionsdisposition dazu tendieren, dem Interaktionspartner eine feindselige Absicht zu unterstellen (z. B. Matthews & Norris, 2002).

3 Die Deliktarbeit ist ein vorgeschriebener Bestandteil therapeutischer Arbeit mit Straftätern im Kriminal-Justizsystem.

Ausgedrückt mit unserem Störungsmodell bedeutet dies, dass in der wellenförmigen Bewegung des Erlebensprozesses zwischen chronifizierter und akuter Inkongruenz (dies sind die „Wellenspitzen“, in welchen die gewalttätige Entladung erfolgt) zuerst die „Wellenspitzen“ – die akute Inkongruenz – Thema werden sollten und damit die „akute“ Gewalttätigkeit, in welcher die Klienten weder ihr Gegenüber noch sich selbst spüren, sondern sich lediglich von der starken inneren Spannung „entladen“. Erst *danach* kann mit der eigentlichen Deliktarbeit begonnen werden, sowie mit der längerfristigen Bearbeitung der chronifizierten Inkongruenz, wenn die Deliktarbeit nicht mehr direkt von der Traumaarbeit abhängig ist. Wird hingegen mit der Deliktarbeit begonnen ohne vorherige Bearbeitung der akuten Inkongruenz, so besteht die Gefahr, dass der Klient das auf der Verhaltensebene Gelernte im entscheidenden Moment (nämlich vor und während der „Entladung“) nicht umsetzen kann.

Wenn der oben vorgestellte Klient also keine Worte mehr findet, voller Spannung und Hass ist, dann gilt es, zuerst die Methoden der *Traumaarbeit* einzusetzen. Konkret heißt dies, den aktuellen Spannungszustand in Kontakt mit der Gegenwart/der Realität zu bringen und diesen dadurch auf andere Weise als mittels Gewalt zu „entladen“. Denn für den Klienten war bisher die „Entladung“ in der Gewalt die einzige Möglichkeit, die Spannung zu reduzieren und sich ins „Hier und Jetzt“ zurückzuholen. Das Ziel jeder Traumaarbeit ist das „Sein“ in der Gegenwart und nicht in der Vergangenheit. Die während des Traumas unterbrochenen primären Gefühle müssen in der Gegenwart synthetisiert werden, um die traumatischen Erfahrungen symbolisieren und abschließen zu können. Dadurch wird die Notwendigkeit der Dissoziation von den eigenen emotionalen Reaktionen überflüssig. In Fällen genereller, weitergehender Dissoziation von den eigenen emotionalen Reaktionen als Folge traumatischer Erfahrungen kann es zu Beginn der Therapie allerdings notwendig sein, diesen Klienten zuerst ihr inneres Erleben wieder zugänglich zu machen (Claas & Schulze, 2002).

Ohne eine genaue Analyse der Gefühlswelten und der eigenen Werte und Normen ist der Klient seinem „Energimotor“ – generiert durch die Traumaschädigung – ausgesetzt und damit in der Steuerbarkeit seiner Copinghandlungen begrenzt. Kennt er hingegen seine Trigger und weiß er um seine Projektionen und überschießenden Reaktionsweisen sowie um Möglichkeiten, sich ohne Fremd- und Selbstschädigung zurück ins „Hier und Jetzt“ zu holen, dann besteht eine erste Möglichkeit der Steuerbarkeit seiner Impulsivität. Längerfristig wird der Klient durch die Trigger immer weniger in den Zustand der akuten Inkongruenz versetzt, weil die unbedingte positive Beachtung und das empathische Verstehen seiner traumatischen Erfahrungen durch die Therapeutin es ihm ermöglichen, diese Erfahrungen in sein Selbstkonzept zu integrieren. Auch Warner (1998; 2002) betont die Wichtigkeit des empathischen Verstehens bei dissozierender Verarbeitung. Entscheidender Faktor

dafür, dass Klienten auch in schwierigen Prozessen das Verlangen und den Mut entwickeln, sich weiter zu engagieren, ist nach Warner (2002) die Bereitschaft des Therapeuten, den Klienten zu verstehen und bei ihm zu bleiben, auch wenn er sich aus dem Kontakt zurückzieht.

Es geht daher darum, dem Klienten den Raum zu bieten, seine Gefühle von Verlassen- und Verlorensein aushaltbar zu machen, ohne dass er die Grenzen austesten muss, um sich dadurch im „Hier und Jetzt“ spüren zu können. Konkret musste er in der Impulsivität nicht nur den Teil der Entladung „sehen“, sondern auch Bilder dafür bekommen, was er glaubt, nicht aushalten zu können.

## Fallbeispiel 2

In Ergänzung zur dargestellten Therapie eines Mannes, welcher nicht beziehungsfähig war, möchten wir abschließend noch die Behandlung eines Klienten darlegen, welcher ebenfalls traumatisiert, jedoch in der Beziehungsgestaltung hoch sensibilisiert auf „Doppelbödigkeit“ ist.

Dieser Klient musste von frühester Kindheit an die „Streit-Ehe“ seiner Eltern miterleben und ist geprägt durch die damit einhergehenden emotionalen Wechselbäder und Loyalitätskonflikte. Die Wechsel zwischen abgrenzendem und zuwendendem Verhalten seiner Bezugspersonen waren für ihn als Kind nicht voraussehbar. Um dieses Wechselbad für sich steuerbar zu machen und um sich selber Boden zu geben, suchte er nach einem Mittel der Kontrolle. Mit Gewalthandlungen fand der Klient nicht nur die für ihn überlebenswichtige Abgrenzung und Gewichtung, sondern auch Klarheit, die ihm Boden gab. Die Zuwendung der Eltern blieb unberechenbar. Nimmt der darauf hoch sensibilisierte Klient heute Situationen mit solch „doppelter Buchführung“ wahr – uneindeutige Gestik, Wortspiele etc. – so versucht er, mittels impulsiver Gewalt Dominanz zu erreichen. In der Behandlung geht es darum, die Impulsivität des Klienten steuerbar zu machen. Das heißt, der Klient muss die Doppelbödigkeit von „auslösenden“ Situationen erkennen können (Trigger), um sich daraufhin ins „Hier und Jetzt“ zu holen – damit er nicht die in der Vergangenheit notwendige Gewalthandlung (wieder) in der Gegenwart ausleben muss. Um seine Impulsivität in den Griff zu bekommen, muss der Klient sich so oft aus dem enormen Spannungszustand der akuten Inkongruenz heraus ins „Hier und Jetzt“ holen, bis er eine grundsätzliche Verlangsamung und Kontrolle seiner Reaktionen in sozialen Kontakten erreicht hat.

Anhand dieses Fallbeispiels möchten wir veranschaulichen, wie wichtig für den Erfolg der Behandlung dieser Klientel „Echtheit“/Authentizität der Therapeutin/des Therapeuten ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die therapeutische Behandlung von traumatisierten, impulsiven Gewalttätern aus einer komplexen Kombination von Delikt- und Traumaarbeit besteht,

wobei die Klienten durch die Präsenz einer beruhigenden, empathischen TherapeutIn überhaupt erst in Beziehung bleiben können, ohne von ihren Gefühlen überschwemmt zu werden (Warner, 1998).

Während in einem ersten Schritt durch die Behandlung der akuten Inkongruenz die Grundlage für die weitere Therapie geschaffen werden muss, gilt es, im nächsten Schritt gleichzeitig mittels Traumaarbeit die versperrten Opfererfahrungen zu integrieren und mittels Deliktarbeit den „Täter-Teil“ des Klienten anzusprechen. Dabei können alle beschriebenen Prozesse auch parallel auftreten – dann nämlich, wenn der Klient in einer späteren Therapiephase durch einen Trigger wieder in akute Inkongruenz gerät.

## 5. Schlussfolgerungen und Ausblick

Zum besseren Verständnis unserer Klienten und damit auch zur Verbesserung der Qualität unserer Therapien haben wir einen ersten Versuch unternommen, eine personenzentrierte Störungstheorie der dissozialen Persönlichkeitsstörung zu entwickeln. Dieses Modell sowie die daraus abgeleiteten Behandlungsempfehlungen sollen im Rahmen von verschiedenen Forschungsprojekten des FPD begleitend wissenschaftlich untersucht werden. Die beiden genannten Fallbeispiele zeigen, dass mittels des Beziehungsangebots Personenzentrierter TherapeutInnen – welches sich durch Empathie, Unbedingte Wertschätzung und Echtheit auszeichnet – unabhängig

von der sich zu Beginn der Therapie präsentierenden Beziehungsfähigkeit und Beziehungsgestaltung des Klienten eine therapeutische Allianz erreicht werden muss, um die Grundlage der weiteren Behandlung zu schaffen. Darauf aufbauend kann dann der beschriebene therapeutische Ansatz, bestehend aus einer Kombination aus Delikt- und Traumaarbeit verwirklicht werden. Wir möchten uns dafür einsetzen, dass die anfänglich vom Klienten präsentierte Beziehungsgestaltung nicht als Kriterium für dessen *grundsätzliche* Behandelbarkeit verwendet wird. Unseres Erachtens soll die Behandelbarkeit erst *nach* den durch uns beschriebenen personenzentrierten therapeutischen Bemühungen beurteilt werden.

Ferner ist unseres Erachtens bei Personen mit DPS vor allem deren Tendenz, sich nicht in andere Personen einfühlen zu können (und zu wollen), ihnen aber feindselige Absichten zuzuschreiben („hostile Attribution“), wodurch sie ihre Gewalt rechtfertigen, besondere Beachtung zu schenken (auch bei der Diagnosestellung). Auch diese Tendenz zur hostilen Attribution werden wir bei unserer Klientel begleitend empirisch untersuchen. Weiter ist der Frage nachzugehen, inwieweit auch bei Personen mit DPS – ähnlich wie bei Personen mit der Diagnose einer Psychopathie – Subgruppen zu unterscheiden sind. Unser Störungsmodell bezieht sich auf impulsiv-gewalttätige Personen mit einem Trauma-Hintergrund. Es ist jedoch durchaus denkbar, dass es weitere Teil-Gruppen von dissozialen Persönlichkeiten gibt, für welche andere (modifizierte) Störungsmodelle hilfreich für die Behandlung sind.

## Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. (2002). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *PERSON*, 2, 128–134.
- Black, D. W., Baumgard, C. H. & Bell, S. E. (1995). A 16 to 45 year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 130–140.
- Black, D. W., Baumgard, C. H., Bell, S. E. & Kao, C. (1996). Death rates in 71 men with antisocial personality disorder: A comparison with general population mortality. *Psychosomatics*, 37, 131–136.
- Blackburn, R. (2009). Subtypes of psychopath. In M. McMurrin & R. Howard (Eds.), *Personality, personality disorder and violence* (pp. 113–132). Chichester: Wiley.
- Blackburn, R. & Lee-Evans, J. M. (1985). Reactions of primary and secondary psychopaths to anger-evoking situations. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 254–269.
- Blackburn, R., Logan, C., Donnelly, J. & Renwick, S. J. D. (2008). Identifying psychopathic subtypes: Combining an empirical personality classification of offenders with the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 22, 604–622.
- Brandt, C. & Heinerth, K. (2006). Symbolisierungsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung. *PERSON*, 1, 1–20.
- Brinkley, C. A., Newman, J. P., Widiger, T. A. & Lynam, D. R. (2004). Two approaches to parsing the heterogeneity of psychopathy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 69–94.
- Bosworth, A. C. (2008). *Das verletzte Kind, das Kind, das verletzt*. Sévaz, CH: Eigenverlag
- Claas, P. & Schulze, C. (2002). *Prozessorientierte Psychotherapie bei der Traumaverarbeitung*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity*. 1st edition. St. Louis: Mosby.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Error. Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/Putnam.
- Duggan, C. (2009). A treatment guideline for people with antisocial personality disorder: Overcoming attitudinal barriers and evidential limitations. *Criminal Behaviour and Mental Health*, epub ahead of print.
- Duggan, C., Huband, N., Smailagic, N., et al. (2007). The use of psychological treatments for people with personality disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Personality and Mental Health*, 1, 95–125.
- Duggan, C., Huband, N., Smailagic, N., et al. (2008). The use of pharmacological treatments for people with personality disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Personality and Mental Health*, 2, 119–170.

- Duggan, C., Pilling, S., Adshead, G., Brown, A., Coid, J., Connelly, N., et al. (2009). *Antisocial personality disorder (ASPD). Antisocial personality disorder: Treatment, management and prevention. NICE Clinical Guideline 77*. National Collaborating Centre for Mental Health.
- Farrington, D. P., Ohlin, L. E. & Wilson, J. Q. (1986). *Understanding and Controlling Crime: Toward a New Research Strategy*. New York: Springer-Verlag.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359, 545–550.
- Ferguson, B. & Tyrer, R. (2000). History of the concept of personality disorder. In P. Tyrer (Ed.), *Personality Disorders. Diagnosis, management and course*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Fowles, D. C. & Dindo, L. (2006). A dual-deficit model of psychopathy. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy* (pp. 14–34). New York: Guilford.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Hare, R. D. (1994). Predators: The disturbing world of the psychopaths among us. *Psychology Today*, Jan/Feb, 1994.
- Hare, R. D. (2004). 2<sup>nd</sup> Edition *Hare PCL-R: Technical Manual*. Toronto: Multi Health Systems.
- Hare, R. D., Clark, D., Grann, M. & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 623–645.
- Hart, S. (2008). *Brain, attachment, personality. An Introduction to neuroaffective development*. London: Karnac.
- Heinrich, K. (2002). Versperrte und verzerrte Symbolisierungen. Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In C. Isel, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nesmeskeri, S. Rasch-Oswald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrtausendwende* (S. 145–180). Köln: GwG-Verlag.
- Karpman, B. (1946). Psychopathy in the scheme of human typology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 103, 276–288.
- Karpman, B. (1948). The myth of the psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 104, 523–534.
- Koch, J. L. A. (1891). *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*. Ravensburg: O. Maier.
- Kraepelin, E. (1905). *Einführung in die psychiatrische Klinik* (2. Aufl.). Leipzig: Barth.
- Landenberger, N. A. & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451–476.
- LeDoux, J. E. (2001). *Synaptic self: How our brains become who we are*. New York: Viking.
- Levine, P. (1996). *Trauma healing articles*. Lyons: Foundation for Human Enrichment.
- Levine, P. (2008). *Healing Trauma*. Boulder, CO: Sounds True.
- Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., & Wilson, S. J. (2007). *Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Campbell Collaboration Systematic Review. Available at: [http://www.campbellcollaboration.org/doc-pdf/lipsey\\_CBT\\_finalreview.pdf](http://www.campbellcollaboration.org/doc-pdf/lipsey_CBT_finalreview.pdf).
- Lipton, D. S., Pearson, F. S., Cleland, C. M., et al. (2002). The effectiveness of cognitive-behavioural treatment methods on offender recidivism: Meta-analytic outcomes from the CDAT project. In: *Offender Rehabilitation and Treatment: Effective Programmes and Policies to Reduce Re-Offending* (ed J. McGuire), pp. 79–112. Chichester: John Wiley & Sons.
- Matthews, B. A., & Norris, F. H. (2002). When is believing “seeing”? Hostile attribution bias as a function of self-reported aggression. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1–32.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Parker, J., Sitarenios, G. & Hare, R. D. (2003). *Large sample multigroup factor analyses of the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2007). *Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten* (8. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Pollock, V. E., Briere, J., Schneider, L., Knop, J., Mednick, S. A. & Goodwin, D. W. (1990). Childhood antecedents of antisocial behavior: parental alcoholism and physical abusiveness. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1290–1293.
- Porter, S. (1996). Without conscience or without active conscience? The etiology of psychopathy revisited. *Aggression and Violent Behavior*, 3, 308–338.
- Prichard, J. C. (1835). *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. Sherwood: Gilbert & Piper.
- Rauchfleisch, U. (2000). Antisoziales Verhalten und Delinquenz. In O. F. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 381–391). Stuttgart: Schattauer.
- Robins, L. N. (1987). The epidemiology of antisocial personality disorder. In R. O. Michels & J. O. Cavenar (Eds.), *Psychiatry, Vol. 3* (pp. 1–14). Philadelphia, P. A.: JB Lippincott.
- Robins, L. N., Tipp, J. & Przybeck, T. (1991). Antisocial personality. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric Disorders in America* (pp. 258–290). New York: Free Press.
- Rotgers, F. & Maniaci, M. (Hrsg.). (2007). *Die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Therapien im Vergleich: Ein Praxisführer*. Bern: Hans Huber.
- Schneider, K. (1923) Die psychopathischen Persönlichkeiten. In G. Aschaffenburg (Hrsg.), *Handbuch der Psychiatrie*. Spezieller Teil, 7. Abt., 1. Teil. Leipzig: Deuticke.
- Tong, L. S. J. & Farrington, D. P. (2006). How effective is the ‘Reasoning and Rehabilitation’ programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in three countries. *Psychology, Crime and Law*, 12, 3–24.
- Vassileva, J., Kosson, D. S., Abramowitz, C. & Conrod, P. (2005). Psychopathy versus psychopathies in classifying criminal offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 217–227.
- Warner, M. S. (1998). A client-centered approach to therapeutic work with dissociated and fragile process. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 368–387). New York: Guilford.
- Warner, M. S. (2000). Person-centred therapy at the difficult edge: a developmentally based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns & B. Thorne, *Person-centred therapy today. New frontiers in theory and practice* (pp. 144–171). London: Sage.
- Warner, M. S. (2002). **Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personenzentrierter Theorie**. *Person*, 6, 59–64.
- Wilson, D. B., Bouffard, L. A. & Mackenzie, D. L. (2005). A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 172–204.

**Autorinnen:**

**Jennifer Steinbach**, 1977, lic.phil. (Psychologin FSP), Mitarbeiterin der Forschungsabteilung des Forensisch-Psychiatrischen Dienstes der Universität Bern, Personzentrierte Psychotherapeutin (in Ausb.), tätig in der Strafanstalt Thorberg (Bern, Schweiz).

**Leena Hässig**, 1957, lic.phil. (Psychologin FSP), Personzentrierte Psychotherapeutin, Lehrtherapeutin und Supervisorin in somatischer Psychotherapie – Biosynthese (IIBIS), Fachpsychologin für Klinische Psychologie FSP, Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtspsychologie SGRP/SSPL, seit 25 Jahren als Therapeutin in der Frauenstrafanstalt Hindelbank und aktuell in der Strafanstalt Thorberg tätig (Bern, Schweiz).

**Katinka Kohle**, 1970, lic.phil. (Psychologin FSP), Mitarbeiterin der Therapieabteilung des Forensisch-Psychiatrischen Dienstes der Universität Bern, Verhaltenstherapeutin (in Ausb.), tätig in der Strafanstalt Thorberg (Bern, Schweiz).

**Anneliese Ermer**, 1947, Prof. Dr. med., Chefärztin und Leitung des Forensisch-Psychiatrischen Dienstes der Universität Bern, Psychotherapeutin (psychodynamische und verhaltenstherapeutische Orientierung) mit langjähriger forensischer Erfahrung (Therapie und Gutachten), Lehrtätigkeit an der Universität Bern (Forensische Psychiatrie).

**Korrespondenzadresse:**

Jennifer Steinbach  
Forensisch-Psychiatrischer Dienst der Universität Bern  
Falkenplatz 16  
3012 Bern  
E-Mail: [jennifer.steinbach@fpd.unibe.ch](mailto:jennifer.steinbach@fpd.unibe.ch)

Annette Jessinghaus

# Personzentrierte Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

## Eine Falldarstellung aus einer psychiatrischen Ambulanz

**Zusammenfassung:** Die Arbeit zeichnet den Prozess einer Therapiestunde in der personenzentrierten Behandlung einer Klientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach. Anhand der Fallskizze werden das störungsbezogene Vorgehen sowie das konkrete Beziehungsangebot in der therapeutischen Begegnung veranschaulicht. Die konkreten Interventionen der Autorin werden im Hinblick auf die Verwirklichung eines optimalen Beziehungsangebotes sowie den Therapieerfolg diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Kasuistik, störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, therapeutisches Beziehungsangebot

**Abstract:** **Person-centered therapy of persons with a borderline personality disorder. A case presentation from a psychiatric outpatient clinic.** The author describes the process of one therapy session in a person-centered therapy with a client diagnosed with a borderline personality disorder. The disorder specific therapy process and the offered therapeutic relationship are demonstrated in the case history. The author's concrete interventions are discussed in regard of the realization of an optimized relationship and the outcome of the therapy.

**Key words:** Case-presentation, disorder specific person-centred therapy, borderline personality disorder, therapeutic relationship

## 1. Problemstellung und Therapietherorie

### 1.1. Problemstellung

Die Behandlung von Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen stellt aufgrund der krankheitsimmanenten Suizidalität und Selbstverletzungen, häufiger Therapieabbrüche sowie der Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung hohe Ansprüche an uns Psychotherapeuten. Psychotherapie-schulenübergreifend besteht mittlerweile Konsens, dass ein anerkennendes, akzeptierendes Beziehungsangebot sowie eine aktive therapeutische Haltung für die Behandlung essentiell sind. In Abgrenzung zu anderen, ebenfalls empirisch wirksamen Psychotherapieverfahren (der dialektisch-behavioralen Therapie nach Linehan, 1991; der übertragungsfokussierten Psychotherapie der Kernberg-Gruppe, 1999; der strukturbezogenen Psychotherapie nach Rudolf, 2004 oder der „Mentalisierungsbasierten Therapie“ von Bateman und Fonagy, 2004, um die wichtigsten Beispiele zu nennen) sollten neben den personenzentrierten Grundhaltungen auch die Besonderheiten des personenzentrierten Vorgehens beschrieben werden. Üblicherweise

werden Falldarstellungen im Personenzentrierten Ansatz als Prozessanalyse dargestellt mit detaillierter Beschreibung des Therapieprozesses und Veranschaulichung der konkreten Interventionen anhand kürzerer Gesprächsausschnitte. Solche Kasuistiken mit Interventionsbeispielen finden sich auch für die Behandlung von Borderline-Patienten (Finke, 2004; Finke & Teusch, 2001). Hierbei beschränken sich die Beispiele allerdings auf die Konkretisierung einzelner Therapeuteninterventionen oder kürzerer Gesprächsausschnitte.

Im Kontrast zu diesem üblichen Vorgehen habe ich mich in der vorliegenden Arbeit auf die Beschreibung einer einzigen Therapiestunde konzentriert. Mit der Darstellung eines längeren Gesprächsausschnittes möchte ich die Entwicklung von Therapiethemen und den Prozess der therapeutischen Beziehung in einer einzigen Sitzung aufzeigen. Ziel meiner Arbeit ist es, einen Einblick in das konkrete Vorgehen und die therapeutische Begegnung zu geben und diese im Hinblick auf das verwirklichte Beziehungsangebot und den Therapieprozess kritisch zu diskutieren. Veranschaulicht wird dies anhand einer Falldarstellung einer schwer erkrankten Klientin, die ich über mehrere Jahre ambulant behandelt habe.

## 1.2. Störungstheoretische Überlegungen

Schon 1961 beschrieb Rogers sehr treffend Klienten mit schweren Störungen der Persönlichkeitsentwicklung in den Funktionsbereichen der Selbstwahrnehmung, der Situationserfahrung sowie der Beziehungsgestaltung und Kommunikation. Die grobe, pauschale Gefühlswahrnehmung, Selbsthass und Selbstentfremdung, die mangelnde Fähigkeit zur Selbstreflexion, Gefühle der Selbstunwirksamkeit, Projektion und Beziehungstests sind Kriterien, mit denen wir auch heute eine Borderline-Persönlichkeitsstörung beschreiben würden. Die mangelnde Fähigkeit der Patienten, destruktive und positive Empfindungen gegenüber einer Person zu integrieren, weil die aggressiven Anteile zu stark sind, führt auch in der therapeutischen Beziehung oft zunächst zu überhöhter Idealisierung. Die unvermeidliche Enttäuschung der überzogenen Beziehungserwartungen an den Therapeuten schlägt dann in Hass und Entwertung um und hat oft genug einen Beziehungsabbruch zur Folge.

Das Selbstkonzept der betroffenen Patienten ist diffus, chaotisch und instabil. Einige Gesprächspsychotherapeuten gehen davon aus, dass eine Störung der Selbstkonzeptentwicklung in erster Linie für die Entstehung der Erkrankung ursächlich ist (Eckert & Biermann-Ratjen, 2007). Sie nehmen an, dass Borderline-Patienten zwar emotionale Erfahrungen in der frühen Interaktion mit Bezugspersonen in ein erstes Selbstkonzept integrieren, dass sie dann aber in einer zweiten Phase ihre subjektiven Selbsterfahrungen zu selten mit einer wichtigen Person teilen konnten. In der Folge erleben die Patienten dann besonders häufig Inkongruenz – d. h. sie machen Erfahrungen, die nicht mit ihrem Selbstkonzept vereinbar sind und daher als Bedrohung erlebt werden.

Die bei Borderline-Patienten zu beobachtenden Störungen der psychischen Funktionen wie die verminderte Fähigkeit zur präzisen Wahrnehmung bzw. Symbolisierung der eigenen Emotionen, der Mangel an Selbstkontakt und die Inkohärenz des Selbstkonzeptes, die Störung der Fremdwahrnehmung und der Empathiefähigkeit sind sicherlich nicht allein durch das personenzentrierte Inkongruenzmodell zu erklären. Speierer (1994) beschreibt die reduzierte Fähigkeit, die Auswirkung von Emotionen auf das Erleben und Verhalten zu bewältigen, d. h. zu begrenzen und zu kontrollieren, als „verminderte Inkongruenztoleranz“.

Zwillingsstudien haben für die Gesamtheit der Persönlichkeitsstörungen gezeigt, dass genetische Einflüsse bei der Entstehung des Störungsbildes eine große Rolle spielen (Übersicht: Maier et al., 2000). Daneben sind auch psychosoziale Risikofaktoren (weibliches Geschlecht, frühe Erfahrung von sexueller oder körperlicher Gewalt, Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen sowie Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter) für die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung empirisch gesichert (Zanarini et al., 1997). Auch das Fehlen einer zweiten Bezugsperson, die Schutz und Sicherheit bietet, die sich in die Wahrnehmung der Betroffenen

einfühlt und deren Emotionen teilt, scheint von Bedeutung zu sein (Heffernan et al., 2000).

Finke (2004) geht davon aus, dass sowohl biologische als auch lebensgeschichtlich erworbene Faktoren zu einer Schädigung der gesamtorganismischen Tendenz führen. Der fehlende Zugang zum eigenen organismischen Erleben ist demnach im Sinne einer Erstarrung wie auch einer Desorganisation zu verstehen, eben nicht nur als inkongruenzbedingte Blockade, wie wir es bei „neurotischen“ Störungen beobachten.

## 1.3. Therapeutische Folgerungen

Aus der oben beschriebenen Schädigung der organismischen Tendenz resultiert ein Mangel an emotional-intentionalen Fertigkeiten mit einem hohen subjektiven Leidensdruck, der an uns personenzentrierte Therapeuten besondere Anforderungen stellt. So scheint das klassische personenzentrierte Vorgehen mit vorwiegenden Interventionen aus der Alter-Ego-Position nicht sinnvoll, da es den Klienten konsequent auf sich selbst zurückverweist, was aufgrund der Verunsicherung des Identitätserlebens und Störung der Selbst- und Fremdwahrnehmung irritierend wirkt (Swildens, 1991). Aufgrund des oben beschriebenen Abwehrmechanismus der Spaltung ist der Therapeut daher häufig schon in einer frühen Therapiephase aufgefordert, durch Beziehungsklären die Beziehungserwartungen und –wünsche des Patienten aufzugreifen, aber auch seine eigenen Grenzen in akzeptierender und wertschätzender Weise deutlich zu machen. Neben den wichtigen und notwendigen Interventionen des einführenden Verstehens ist das Therapieangebot der Dialogbeziehung von großer Bedeutung (Finke, 2004). Der Therapeut soll als der bedeutsame Andere real zugegen sein und eine Begegnung „von Person zu Person“ ermöglichen (Rogers, 1977). Dies bedeutet, dass der Therapeut sich mit seinen persönlichen Einstellungen und Emotionen transparent macht, sich als Person ansprechen lässt und zum greifbaren Gegenüber wird. Ergänzend zu den Interventionen aus der Alter-Ego-Position wird der Therapeut also seine eigene Sichtweise verdeutlichen, zum Verhalten des Patienten Stellung nehmen ohne zu entwerten, die bisherige Anpassungsleistung des Klienten positiv wertschätzen, sich solidarisieren und ermutigen, Anteilnahme bekunden, durch Information aufklären und beruhigen, aktiv bei der Problemlösung unterstützen, Ratschläge geben sowie die eigene emotionale Resonanz mitteilen (Finke, 2004). Therapie bedeutet also gerade bei der Behandlung von Borderline-Patienten nicht nur „dem Klienten zu folgen, ihm zur Seite zu stehen und, Hand in Hand, in dieselbe Richtung zu schauen und sich in dieselbe Richtung zu bewegen, sondern auch, ihn anzublicken und ihm ins Gesicht zu schauen, ‚von Angesicht zu Angesicht (face to face)‘“ (Schmid, 2008, S. 25).

## 2. Falldarstellung

### 2.1. Symptomanamnese

Frau C., eine knapp vierzig Jahre alte Einzelhandelskauffrau, kommt nach mehrmonatigem stationärem Aufenthalt zur weiterführenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu mir in die Institutsambulanz einer psychiatrischen Krankenhausabteilung.

Die Patientin berichtet, dass sie seit über 15 Jahren in den Abendstunden zum Supermarkt gehe, um große Mengen an Lebensmitteln zu kaufen, die sie anschließend wahllos in sich hineinstopfe. Danach erbreche sie alles. Sie fühle sich dann schlecht, jedoch auch auf eine gewisse Weise erleichtert und zufrieden. Den ganzen Tag sei sie zwangsartig mit dem Essen beschäftigt, zähle die Kalorien jeder Mahlzeit, eigentlich könne sie nur Salat bei sich behalten. Viele Jahre habe sie dies als Eigenart hingenommen, erst ein Bekannter habe sie darauf gebracht, dass es sich um eine Erkrankung handeln könnte.

Sie habe sich in den letzten Jahren sehr verändert. Sie lebe sehr zurückgezogen, habe kaum noch Interessen und verlasse selten die Wohnung, berichtet sie. Es falle ihr schwer, Kontakt zu Anderen aufzunehmen. Sie fühle sich innerlich schlecht, wolle dies jedoch nicht zeigen. Sie bemühe sich um eine lustige Fassade, obwohl sie sich innerlich oft wünsche, tot zu sein. Sie habe sich in der Vergangenheit häufiger oberflächlich am Unterarm geschnitten, um sich Entlastung zu verschaffen.

Wenn sie Alkohol trinke, vor allem Wein und Bier, gehe es ihr besser. Auch das Erbrechen trete dann in den Hintergrund. Früher sei sie gern rasant Auto gefahren, habe auf der Autobahn bei hoher Geschwindigkeit das Steuer losgelassen. Jetzt bekommt sie Panik, wenn sie im Dunkeln Autofahren muss. Auch längere Strecken und Autobahnfahrten vermeidet sie, wenn es möglich ist. Sie sei lustlos, könne sich zu Nichts aufraffen, schaffe den Haushalt kaum noch.

Bis vor 3 Jahren habe sie viel gearbeitet und sich kaum um ihre Gesundheit gekümmert. So habe sie einen Abszess an der rechten Gesäßhälfte lange ignoriert, bis sie kaum noch sitzen konnte. Schließlich musste sie operiert werden. Der Abszess verheilte aber nicht, weil sie immer wieder daran manipuliert hatte, sodass weitere acht Operationen folgten. Im Krankenhaus habe sie sich wohl gefühlt. Sie habe den strukturierten Alltag dort genossen, man sei nett zu ihr gewesen und sie habe sich um andere Patienten kümmern können. Außerdem habe sie erstmalig das Gefühl gehabt, dass ihr Vater sich für sie interessiere, da er ihr immer Lebensmittel vorbeibrachte.

Auf Anraten eines Bekannten begibt sich die Patientin schließlich vor 2 Jahren erstmals in stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Es folgten mehrere, zum Teil mehrmonatige stationäre und teilstationäre Aufenthalte, während derer die psychotherapeutische Arbeit immer wieder durch suizidale Krisen,

Lügen und Nicht-Einhalten von Stationsregeln, massives bulimisches Verhalten (mit Erbrechen der Psychopharmakotherapie) oder Alkoholkonsum erschwert und unterbrochen wurde. Im Rahmen des ersten stationären Aufenthaltes kommt es zu dem bisher einzigen Suizidversuch durch Intoxikation mit niedrigpotenten Antipsychotika. Während der stationären Behandlungen erfolgte eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum (Fluoxetin) sowie verschiedener niedrig- und mittelpotenter Antipsychotika zur Unterstützung bei der Spannungsregulation mit insgesamt wenig bis mäßigem Erfolg.

Mit wenig spürbarer emotionaler Beteiligung gibt Frau C. an, sich ihrer Situation sehr zu schämen, sich als „Therapieversager“ zu fühlen. Während der stationären Behandlungen habe sie sich phasenweise besser gefühlt, aber das habe nach der Entlassung nie lange angehalten.

### 2.2. Biographische Anamnese

Frau C. wird als älteste von drei Töchtern geboren. Der Vater arbeitet als Ausbilder in einem Bergwerk, die Mutter ist Hausfrau. Die Kindheit verläuft in der Erinnerung der Patientin sehr nüchtern, körperliche Kontakte finden unter Familienmitgliedern kaum statt. Ihre Mutter beschreibt die Patientin als kühl und abweisend. Sie versorgt die Patientin wohl oberflächlich, zeigt aber kaum emotionale Regung und auch Zärtlichkeiten gibt es nicht. Ihren Vater empfindet die Patientin als sich selbst ähnlich. Er arbeitet viel und verdient recht gut. Daneben ist er oft impulsiv, neigt zu Wutausbrüchen und kommt nach der Arbeit meist betrunken nach Hause. Im Alkoholorausch wendet er sich seiner Tochter zu, was sie dann meist als ekelig und abstoßend empfindet. Manchmal belohnt er sie materiell für gute Leistungen in der Schule, ein anderes Mal fühlt sie sich durch Nichtbeachtung gestraft. Frau C. bringt keine Freunde zum Spielen mit nach Hause, weil sie sich für die Atmosphäre in der Familie so schämt. Sie verhält sich zu Hause sehr angepasst, vermeidet Konflikte indem sie häufig lügt.

Die Patientin wird frühzeitig mit knapp sechs Jahren eingeschult. Sie ist eine durchschnittliche Schülerin, beteiligt sich kaum am Unterricht und beschreibt sich als faul. In der Schule verhält sie sich unangepasst und frech, beleidigt Lehrer und gerät durch häufiges Lügen mit Mitschülern in Konflikte. Sie habe schon damals gemerkt, dass sie nicht in die Gesellschaft passe.

Nach dem Realschulabschluss absolviert sie eine Lehre zur Einzelhandelskauffrau. Danach arbeitet sie 10 Jahre als Dekorateurin. Sie schätzt diese Tätigkeit aufgrund der kreativen Anforderung und arbeitet viel, fühlt sich jedoch häufig innerlich leer und angespannt. In der Freizeit berauscht sie sich mit Alkohol, um sich besser auszuhalten zu können. Unter Alkoholeinfluss verspürt sie weniger Kontrollwünsche und kann Gefühle besser ausdrücken. Außerdem konsumiert sie Amphetamine, um aktiver und leistungsfähiger zu sein,

sowie sporadisch Ekstase. In der ersten längeren Partnerschaft kann sie sich wenig öffnen, sie bleibt hinter ihrer kühlen, frechen Fassade und kann ihre Wünsche nach Geborgenheit nicht zeigen. Als die Beziehung nach 4 Jahren in die Brüche geht, entwickelt die Patientin erstmals bulimisches Verhalten.

Des Alltags überdrüssig, reist sie nach einer betriebsbedingten Kündigung ein Jahr in der Welt herum. In dieser Zeit fühlt sie sich recht gut. Mit Anfang dreißig findet sie eine Anstellung als Kauf-frau in einem Renovierungsbetrieb, wo sie sich innerhalb einiger Jahre zur Chefsekretärin hocharbeitet, sich aber schließlich total verausgabt. In diese Zeit fällt auch eine weitere mehrjährige Part-nerschaft, in der sie sich wiederum kaum fallen lassen kann und sich in die Arbeit flüchtet. Nach der Trennung muss sie aufgrund des Gesäßabszesses ins Krankenhaus und beginnt, an sich selbst zu manipulieren. Die operativen Eingriffe sowie die nachfolgenden psychiatrischen Behandlungen führen schließlich zur dauerhaften Arbeitsunfähigkeit.

### **Aktuelle Situation**

Mittlerweile bezieht die Patientin eine Erwerbsminderungsrente. Nach den stationären Aufenthalten in der Psychiatrie beginnt sie eine neue Partnerschaft. Der Partner ist tolerant und akzeptierend in seiner Haltung und sie kann sich erstmalig etwas vertrauensvoller öffnen. Schließlich zieht sie mit ihm in eine gemeinsame Wohnung. Dort kommt es zu etlichen Beziehungskrisen, da sie die Nähe kaum erträgt, andererseits aber auch Geborgenheit sucht und sich gera-dezu abhängig fühlt von der Anwesenheit des Partners. Er toleriert ihren episodischen Alkoholkonsum, das bulimische Verhalten ver-heimlicht sie so gut es geht. Das Verhältnis zu den Eltern ist sehr oberflächlich. Sie pflegt sporadische Kontakte zu ihren Schwestern und ein bis zwei ehemaligen Mitpatientinnen, ansonsten lebt sie sehr zurückgezogen und verlässt kaum das Haus. Im Verlauf der Behand-lung kann sie zu einer ambulanten Ergotherapie motiviert werden.

### **Fremdbilder und Selbstbild**

Den Vater beschreibt die Patientin als leistungsorientierten und trotz seines Alkoholkonsums erfolgreichen Angestellten. Materiell sorgt er gut für die Familie, aber seine Zuwendung zur Patientin ist durch den Alkoholkonsum wechselhaft und widersprüchlich. So sehnt sich die Patientin einerseits nach der Anerkennung und Nähe des Vaters, andererseits empfindet sie oft Ekel und Abscheu, wenn er betrunken ist und sich ihr annähert. Auch wenn sich der Vater in der Kindheit der Patientin gegenüber nicht missbräuchlich verhält, so erlebt sie seine Wutausbrüche und Impulsivität doch als bedroh-lich. Gleichzeitig empfindet sie aufgrund der Ähnlichkeit zwischen ihr und dem Vater ein irritierendes Gefühl der Nähe.

Ihre Mutter erlebt die Patientin als kühl und „herzlos“ – neben einer oberflächlichen Versorgung kann sich die Mutter weder

emotional noch körperlich zuwenden. Ob dies durch eine depressive Erkrankung der Mutter bedingt ist, lässt sich nicht eindeutig klären, ist aber zu vermuten. Dafür spricht die Interaktion der Eltern un-tereinander, in der es trotz des massiven Alkoholkonsums und des impulsiven Verhaltens des Vaters zu keinen, für die Patientin wahr-nehmbaren Streitigkeiten oder Auseinandersetzungen kommt. Die Klientin assoziiert ihr inneres Bild von der Mutter mit Gefühlen von Gleichgültigkeit, innerer Leere und Ablehnung.

Selbsterleben und Selbstbeurteilung der Klientin sind einem ständigen Wechsel unterworfen: so fühlt sich die Patientin einmal autonom, leistungsfähig und unabhängig, dann wieder kindlich, verletzlich und hilflos. Wünsche nach Zuwendung sind ebenso wie Ängste vor Nähe und vor Zurückweisung kaum im Selbstkonzept repräsentiert. Durch das daraus resultierende Verhalten (Lügen, Verheimlichen, intransparentes oder abweisendes Verhalten, Über-idealisation) verstrickt sich die Patientin häufig in Konflikte mit Mitmenschen, mit denen sie in engerem Kontakt lebt.

## **2.3. Psychischer Befund und Inkongruenz- und Beziehungskonstellation**

### **Psychischer Befund**

Die Patientin ist trotz ihres vom Alkoholkonsum leicht gedunsenen Gesichtes attraktiv. Sie ist immer jugendlich und modisch geklei-det, im Auftreten forsch und etwas kumpelhaft. Ihr Gesicht und die langen Haare verbirgt sie oft unter einer jungenhaften Kappe. Die Körperhaltung ist betont lässig, wirkt aber trotzdem verkrampft und gezwungen; eine innere Anspannung und Unruhe ist zu spüren. Frau C. berichtet offen über ihre Probleme, häufig getrieben von einem starken Mitteilungsbedürfnis. Dabei wirkt sie emotional eher unbeteiligt und nüchtern, fast als berichte sie über eine fremde Per-son. Der formale Gedankengang ist phasenweise etwas ungeordnet und sprunghaft, subjektiv besteht eine starke Grübelneigung. Die Stimmung wechselt zwischen hoffnungslos, resigniert, beschämt, anklagend, optimistisch und läppisch. Der Antrieb ist reduziert, die Patientin lebt sehr zurückgezogen. Die Psychomotorik ist sehr angespannt und unruhig mit zeitweise stereotypem Verziehen des Mundes. Die Impulskontrolle ist stark reduziert (Bulimie, Alkohol-konsum). Neben Selbstverletzungen (sich kneifen, mit dem Kopf gegen die Wand schlagen) kommt es immer wieder zu lebensmüden Gedanken und Suizidimpulsen.

### **Inkongruenz- und Beziehungskonstellation**

Die Fähigkeit, eigene Gefühle zu symbolisieren und zu differenzie-ren, ist deutlich eingeschränkt. So hat die Patientin kaum Zugang zu ihrem organismischen Erleben, welches durch abrupt wech-selnde Emotionen von Wut, Trennungsangst oder innerer Leere bestimmt ist. Ihr Selbstbild wirkt desorganisiert, wenig kohärent

und konturiert. Die Fähigkeit zur Emotionsregulation und Impulskontrolle ist erheblich eingeschränkt, resultierend in Bulimie, Alkohol- und Drogenkonsum, Selbstverletzungen und der Schwierigkeit, Verantwortung für das eigene Verhalten zu übernehmen.

Ihr Selbstkonzept ist von scheinbarer Autonomie, Unabhängigkeit und Kontrolle geprägt, während Wünsche nach Anerkennung und massive Verlassensängste nur sehr verzerrt symbolisiert sind.

Diese basalen Funktionsstörungen im psychischen Erleben und Verhalten sehe ich in Anlehnung an Finke (2004) als Folge einer Störung des gesamtorganismischen Erlebens. Neben einer biologischen Vulnerabilität (zu vermutende konstitutionelle Störung der Emotionsregulation und Impulskontrolle, die auch beim Vater vorliegt) hat vermutlich auch das Fehlen einer empathischen Mutterbeziehung zu einer Schädigung der organismischen Tendenz geführt. Mit dieser daraus resultierenden verminderten „Inkongruenztoleranz“ (Speierer, 1994) ist die Patientin im weiteren Verlauf ihrer Entwicklung mit der Integration widersprüchlicher Beziehungserfahrungen in ihr Selbstkonzept überfordert. Solche Widersprüche erlebt die Patientin insbesondere in der Beziehung zu ihrem Vater, wo die Suche nach Anerkennung und Geborgenheit in starkem Kontrast zu Ekel, Scham und Hilflosigkeit steht.

Starke organismische Wünsche nach uneingeschränkter Geborgenheit und Nähe, massive Ängste vor dem Verlassenwerden und ein Selbstkonzept von scheinbarer Autonomie stehen völlig unverbunden nebeneinander. Die dadurch bedingte massive Inkongruenz und Überflutung von Emotionen bewältigt die Patientin über viele Jahre, indem sie in einer beruflichen Pseudoautonomie lebt sowie Alkohol und Drogen konsumiert. Engere Bindungen vermeidet sie; wenn sie ihre Partner nicht mehr auf Distanz halten kann, kommt es zur Symptomverschlechterung (bulimisches Verhalten, verstärkter Alkohol- u. Drogenkonsum) und schließlich zur Trennung.

Erstaunlich und beachtenswert ist, dass die Patientin trotz der schweren Symptomatik über so viele Jahre „funktioniert“ und ihren Alltag bewältigt hat.

Auslöser der aktuellen Krise ist vermutlich zum einen das Wegbrechen eines wichtigen Stabilisierungsfaktors, der beruflichen Tätigkeit (durch völlige Verausgabung). Zum anderen entsteht eine massive Irritation, als der Vater (nach einer Alkoholentgiftung vor einigen Jahren und darauf folgender Abstinenz) im Krankenhaus Kontakt zur Patientin sucht. Dies bringt die bis dahin durch Abspaltung und Leugnung mäßig bewältigte Inkongruenzsituation wieder an den Rand der Gewährwerdung und löst eine Überflutung mit Emotionen aus, die letztendlich zur Verschlimmerung der Symptomatik und zur Vorstellung in der Psychiatrie führen.

## 2.4. Das therapeutische Vorgehen – Gesprächsausschnitt

Die Patientin befindet sich nunmehr seit 4 Jahren bei mir in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Sie

kommt alle 4 Wochen zum Gespräch, phasenweise auch etwas häufiger. Es gibt aber auch Zeiten, in denen sie selbst die monatlichen Termine nicht einhalten kann, vorwiegend dann, wenn der Alkoholkonsum zunimmt. An der Psychopharmakotherapie habe ich auf Wunsch der Patientin bisher kaum etwas geändert. Sie hält daran fest in der Überzeugung, eine gewisse Stütze dadurch zu erfahren, ist aber misstrauisch gegenüber jeglicher Änderung oder Neuerung. Seit über einem Jahr besucht sie erfreulicherweise mehr oder weniger regelmäßig eine ambulante Ergotherapie, wo sie auch Unterstützung in der konkreten Alltagsbewältigung erhält.

Beispielhaft schildere ich einen Ausschnitt aus einem therapeutischen Gespräch, das nach ca. 3 Jahren Behandlung stattfand. Die therapeutische Beziehung ist zu diesem Zeitpunkt schon gefestigt, was an der mitunter etwas flapsig wirkenden Kommunikation sowie der beiderseitigen Offenheit gegenüber Ironie und Humor zu erkennen ist. Bewusst habe ich das Gespräch weitgehend in Umgangssprache festgehalten, um mein konkretes Vorgehen so anschaulich wie möglich zu machen. Die nonverbale Kommunikation, der aufgrund der krankheitsimmanenten Störung von Selbst- und Fremdwahrnehmung in der Therapie eine besondere Bedeutung zukommt, wird in der Schriftform erwartungsgemäß nicht ausreichend wiedergegeben. Um diesen Mangel etwas zu reduzieren, habe ich teilweise „Regieanweisungen“ eingefügt in der Hoffnung, dem Leser den Bedeutungskontext der gesprochenen Intervention näher zu bringen.

Die Auswahl der Therapiestunde erfolgte bewusst aus einem späteren Abschnitt der Behandlung, da sich hier die Besonderheiten des personenzentrierten Vorgehens bei Patienten mit einer Borderline-Störung gut zeigen lassen. Trotz der schon angesprochenen Festigung der therapeutischen Beziehung ist die Therapiestunde immer noch durch rasche Wechsel von Idealisierung und versteckter Entwertung der Therapeutin durch die Patientin gekennzeichnet (allerdings in deutlich abgeschwächten Maß im Vergleich zum Beginn der Therapie). Im Unterschied zur Behandlung von weniger schwer erkrankten Klienten, bei denen mit Fortschreiten der Therapie der Selbstkontakt, der Zugang zum inneren Erleben und die Empathiefähigkeit der Klienten zunehmen, hat diese Patientin immer noch große Defizite in der Selbstwahrnehmung und Symbolisierungsfähigkeit, oberflächliche Affekte wechseln mit emotionaler Aufgewühltheit und innerer Leere ab. Andererseits ist die therapeutische Beziehung in dieser fortgeschrittenen Therapiephase vertrauensvoll genug, dass Momente der therapeutischen Begegnung häufiger realisiert werden können, während die Patientin zu Beginn der Therapie diesen Begegnungen aus Angst vor zu viel Nähe und Kontrollverlust in viel stärkerem Maße ausgewichen ist. Die Wiedergabe eines längeren Gesprächsausschnittes soll die Besonderheiten und Schwierigkeiten der Anpassung des therapeutischen Beziehungsangebotes an das wechselnde Erleben und die kontrastierenden Bedürfnisse der Patientin verdeutlichen.

## Gesprächsabschnitt 1

- P: Mir geht es echt gut im Moment. Mit Stefan klappt es super. Ich glaube, ich konnte noch keinen Mann so nah an mich ranlassen. Mit ihm geht das aber prima.
- T: Sie sind selbst etwas überrascht, dass das so gut klappt.
- P: Ja klar! – *sie zuckt mit dem Mund u. streckt den Nacken zurück, wirkt emotional unbeteiligt und vermeidet Blickkontakt* – ich weiß auch nicht wieso! Wir verstehen uns halt gut. Er meckert auch nicht, wenn ich trinke.
- T: Das hilft Ihnen, dass er Sie so akzeptiert, wie Sie sind.
- P: Selbst wenn ich kotzen gehe, sagt der nix! – *wieder verzieht sie den Mund.*
- T: Hört sich so an, als hätten Sie mit dem Mann 'nen echten Glückstreffer gelandet – *ich lächlele u. meine das ehrlich.*
- P: *guckt mich erstmalig an* – Finden Sie, echt?
- T: *Ich muss wieder lächeln* – Ja, hab ich ehrlich gemeint. Die Partnerschaft scheint Ihnen gut zu tun.
- P: *lächelt ein bisschen stolz*

In diesem ersten Gesprächsabschnitt teilt die Patientin zunächst Oberflächliches mit, wirkt emotional unbeteiligt und fast gelangweilt. Sie geht aus dem Beziehungskontakt, bewegt sich in ihrer gewohnt lässigen und unnahbaren Fassade. Dieser kurze Ausschnitt ist beispielhaft für zahlreiche Gesprächsverläufe in der Vergangenheit. Es ist wichtig, auch oberflächliche oder widersprüchliche Gefühle der Patientin zu akzeptieren. Ich habe allerdings die Erfahrung gemacht, dass vertiefendes Einführendes Verstehen in diesen Situationen nur dazu führt, dass wir uns im Kreis drehen und die Patientin in ihrer oberflächlichen Fassadenhaftigkeit bleibt, selbst wenn sie inhaltlich Dramatisches schildert. Ich merke dies mittlerweile daran, dass ich in mir eine gewisse Langeweile spüre. Daher interveniere ich frühzeitig mit Selbstöffnen, indem ich zum Verhalten der Patientin Stellung nehme oder meine emotionale Resonanz mitteile, so wie in diesem Abschnitt. Dies führt dazu, dass die Patientin wieder mit mir in Kontakt tritt.

## Gesprächsabschnitt 2

- P: – *wird nachdenklich* – Hmm. Wissen Sie, manchmal tut der Stefan mir schon ziemlich leid, weil ich so gereizt bin. Er kriegt das alles ab.
- T: Eigentlich wollen Sie das gar nicht.
- P: Nee, aber ich halt' es dann nicht aus. Ich weiß nicht, ob Sie das kennen, aber manchmal, wenn wir beim Essen zusammensitzen, kann ich sein Kauen kaum ertragen. – *Sie macht das Kauen nach, verzieht wieder den Mund* – Sie finden das bestimmt total bescheuert, aber ich geh' dann echt auf die Palme.
- T: Also, ich kenne das auch, dass ich solche Geräusche von Anderen nicht so gut haben kann. Meistens ist es mir dann auch

unangenehm, das anzusprechen, weil ich den Anderen nicht verletzen will.

- P: Ja, so geht's mir auch. – *sie seufzt erleichtert* – Ich bin dann total gereizt, und dann geh' ich kotzen.
- T: Anders ist es für Sie nicht auszuhalten!
- P: Keine Ahnung, warum ich das so ätzend finde. Aber ich werd' wahnsinnig dabei.
- T: Das macht Sie richtig verrückt!
- P: Ja. Dabei ist das auch total bescheuert, weil dem Stefan ja bestimmt auch viele Sachen an mir nicht passen, aber der kann das wohl besser aushalten.
- T: Er ist viel toleranter als Sie, das macht Ihnen ein schlechtes Gewissen.
- P: Mann, das ist echt kacke! Und ich hab' überhaupt keine Ahnung, warum ich das so ätzend finde.
- T: Manchmal findet man solche Kleinigkeiten so schlimm, weil sie einen an etwas Ekeliges erinnern.
- P: Hm. – *sie verzieht wieder den Mund, verdreht die Arme.*
- T: So was Ekeliges, was einem auch zu nah kommt.
- P: Dieses Kauen, das ist so laut, und der Mund, und ich seh' das dann und hör' das, uaaarrrrrh – *sie schüttelt sich.*
- T: Das laute Kauen ist es, was Sie so ekelig finden.
- P: Ja, und Schlürfen! Schlürfen und Schmatzen ist auch ganz schlimm. Mein Vater hat früher auch so geschlürft. Wenn der von der Arbeit nach Hause kam, war der immer schon betrunken. Dann stank der furchtbar, schlang das Essen in sich rein und schlürfte total laut. Uaaarrrhh.
- T: Das war total abstoßend!
- P: Ja. Meine Schwestern und ich, wir mussten das einfach aushalten – wir konnten da gar nicht weg.
- T: Damals konnten Sie nicht abhauen.
- P: Nee, durften wir nicht. Wäre ich aber am liebsten.

Die Interventionen des Konkretisierenden Verstehens und des Verstehens des lebensgeschichtlichen Kontextes helfen dabei, Gefühle und körpernahes Erleben genauer zu differenzieren und Erfahrungen, die an die Struktur der Vergangenheit gebunden sind, verstehbar zu machen. Hier ist kurzfristig auch ein Zugang zum organismischen Erleben möglich, aber es ist spürbar, wie bedrohlich die Erinnerung an das körpernahe Erleben in der Kindheit auf die Patientin wirkt. Viel häufiger als ich es im Gesprächskontakt mit Klienten mit „neurotischen“ Störungen tun würde, unterstütze ich die Patientin in ihrer Selbstexploration durch Mitteilen von eigenem Erleben („ich kenne das auch“) und Anteilnahme. Da ich in dieser Gesprächsphase Zusammenhänge des aktuellen Erlebens mit dem lebensgeschichtlichen Kontext vermute, ermutige ich die Patientin zu weiterführenden Gedanken und zur Auseinandersetzung mit ihrer Vergangenheit. Das genaue Differenzieren ihres Ekels und dessen Ursprünge sind in dieser Situation entlastend für die Patientin. Allerdings möchte ich darauf hinweisen, dass ein frühzeitiges

Drängen von Klienten zur Auseinandersetzung mit einer möglicherweise traumatisierenden Vergangenheit zu erheblicher Irritation führen kann und deshalb möglichst im späten Therapieverlauf und mit großer Vorsicht erfolgen sollte.

### Gesprächsabschnitt 3

- T:** Wenn jetzt Ihr Freund so laut kaut, dann kommt das gleiche ekelige Gefühl. Und dann flüchten Sie.
- P:** Ja, weil's so ekelig ist. Ich geh ja sowieso nach dem Essen oft kotzen, das ist dann 'ne gute Gelegenheit. – *sie grinst.*
- T:** Dann haben Sie gleich 'nen guten Grund zum Erbrechen. – *sage ich auch mit einem Grinsen.*
- P:** Das haben Sie mal gut erfasst!
- T:** Da bin ich ja froh, dass ich auch mal was kapiere! – *sage ich mit einem Lachen, die Patientin lacht etwas schelmisch mit* – Nein, im Ernst, vielleicht haben Sie ja manchmal das Gefühl, dass ich Sie nicht so richtig ernst nehme.
- P:** Nee, nee, Frau Jessinghaus, ich nehm's Ihnen nicht übel, wenn Sie mal 'nen Scherz über mich machen. Ich kau' ja auch immer die gleiche Leier, das ist ja wirklich nicht zum Aushalten. Ich wunder' mich, dass Sie nicht schon total genervt sind.
- T:** Na ja, genervt bin ich nicht. Aber manchmal komm ich mir so hilflos vor, weil Sie so viele Probleme haben – der Alkohol, die Bulimie, die Panik – und wenn eins davon weniger wird, wird das Andere wieder stärker. Dann weiß ich auch oft nicht weiter.
- P:** Dann sind Sie auch mit Ihrem Latein am Ende, was?
- T:** Ja, irgendwie schon. Das macht mich auch traurig.
- P:** Dass Sie mir nicht helfen können? – *sie zuckt wieder nervös mit dem Mund.*
- T:** Ja, genau – *sage ich mit einem Lächeln* – das glauben Sie mir wohl nicht? Stimmt aber!
- P:** *Windet sich etwas auf ihrem Stuhl, zuckt mit dem Mund* – Na ja, der Stefan hält mich ja auch aus – dann können Sie das auch mal tun, so oft bin ich ja nicht hier – *sie grinst.*
- T:** Sie können das gar nicht glauben, dass ich Sie ganz gut aushalten kann.

Hier zeigen sich bei der Patientin deutlich ihr Gefühl der Selbstunwirksamkeit, ihre Verunsicherung des Selbsterlebens und die verzerrte Selbst- und Fremdwahrnehmung. Auf die recht flapsigen, eher oberflächlichen Beziehungsansprachen der Patientin reagiere ich teilweise scherzhaft, aber ich teile auch meine emotionale Resonanz in Bezug auf die Patientin und unsere Beziehung mit. Es wird spürbar, dass der Patientin dies unangenehm und eigentlich zu nah ist. Ich versuche, ihr genug Raum für Humor (und damit Distanzierung) zu lassen, so dass sie frei entscheiden kann, wie weit sie sich auf die therapeutische Beziehung einlassen möchte. Solche Momente der realen Begegnung „person to person“ sind in der Therapie mit dieser Patientin immer nur kurz möglich, sehr schnell geht

sie wieder aus dem Kontakt. Gerade bei Patienten mit mangelnden Fähigkeiten, eigenes Erleben wahrzunehmen und zu symbolisieren, ist es aber besonders wichtig, dass der Therapeut als Gegenüber, als ein anderes „Ich“ für den Klienten erfahrbar wird.

### Gesprächsabschnitt 4

- P:** Na ja, eigentlich bin ich ziemlich nett – also, ich meine, zuhause – *sie grinst wieder* – ich mag keinen Streit, dann krieg ich echt zuviel, also halte ich immer meine Klappe, auch wenn mich was stört.
- T:** So wie mit dem lauten Kauen vom Stefan, das Sie nicht gut haben können.
- P:** Dass Sie daran jetzt noch gedacht haben! Hatte ich schon ganz vergessen, dass wir vorhin darüber gesprochen haben.
- T:** Das Kauen war Ihnen ja ganz ekelig.
- P:** Ja, total! Deswegen geh ich ja dann kotzen.
- T:** Immerhin können Sie jetzt rausgehen und kotzen, früher zuhause mussten Sie das aushalten.
- P:** Ja, stimmt – so hab ich das noch gar nicht gesehen. Kotzen gehen ist vielleicht besser als das in mich rein zu fressen.
- T:** Wenn Sie das ekelige Gefühl schon etwas früher merken würden, könnten Sie vielleicht einfach rausgehen ohne zu erbrechen, und das würde dann reichen.
- P:** Hmm. Dafür müsste ich das eher merken, ne?
- T:** Das ist gerade das Schwierige für Sie, solche Sachen bei sich zu spüren.
- P:** Ja genau. Ich schluck erst Alles runter, was mich stört, und sag nix, bevor ich dann merke, dass ich total genervt und gereizt bin. Und das lass ich natürlich dann auch schön beim Stefan ab!
- T:** Also, Sie merken schon, dass Sie etwas stört – nämlich an Ihrer Gereiztheit.
- P:** Wenn ich jetzt so drüber nachdenke, merk ich eigentlich schon früher, dass ich mich ekele. Uaarrhh. – *sie schüttelt sich* – Aber ich sag nichts, weil der Stefan ja auch nichts dafür kann.
- T:** Sie möchten ihn nicht verletzen.
- P:** Ja klar! Ich meckere schon genug rum. – *sagt sie mit leicht gereiztem, vorwurfsvollem Unterton.*
- T:** Aber dafür gehen Sie dann kotzen! – *sage ich etwas provozierend.*
- P:** Das ist eben der Preis! – *sagt sie schnippisch und etwas trotzig.*
- T:** Ich glaube nicht, dass der Stefan so stark verärgert wäre, wenn Sie ihm sagen, dass Sie das Kauen so stört, weil es Sie an Ihren Vater erinnert.
- P:** Meinen Sie? Hmm ... also Sie meinen, ich soll's einfach sagen? Ist das nicht total gemein?
- T:** Sie fürchten, dass Sie ihn total kränken damit!
- P:** Na ja ... also, wenn *mich* jemand auf so was anspräche – ich würde mich nicht mehr trauen, überhaupt noch was zu essen.

Aber der Stefan ... der hat schon ein dickeres Fell als ich. Außerdem ist der selbst immer so direkt, der sagt sofort, wenn ihm was nicht passt.

**T:** Also, wenn ich der Stefan wäre, wäre ich froh, wenn Sie offen sagen, was Sache ist, statt total gereizt zu sein und dann zu erbrechen.

**P:** Hm, tja, wenn Sie's so sehen ... käme mal auf einen Versuch an.

**T:** Sie müssten sich trauen, das mal auszuprobieren.

**P:** Ja, puhhhh ... das ist ganz schön anstrengend!

**T:** Stimmt, was Neues auszuprobieren, ist anstrengend.

In diesem Abschnitt zeigt sich deutlich, wie grob und pauschal die Patientin ihre Gefühle wahrnimmt. Daneben fällt die Schwierigkeit auf, sich selbst aus der Perspektive Anderer zu sehen oder sich in das Erleben Anderer einzufühlen. Hier scheint es mir wichtig, die aktuelle Anpassungsleistung der Patientin trotz ihrer Dysfunktionalität positiv wertzuschätzen, um der Neigung zur Selbstentwertung, die auch im nächsten Gesprächsabschnitt massiver deutlich wird, entgegenzuwirken. Das einführende und konkretisierende Verstehen helfen bei der genauen Differenzierung der Gefühle. Aufgrund der Schwierigkeiten in der Fremdwahrnehmung schlüpfte ich immer wieder in die Perspektive des Freundes und verdeutliche meine Vermutungen über dessen Wahrnehmung, allerdings mit einer deutlichen Ich-Botschaft („wenn ich der Stefan wäre ...“). Diese Anregung zur Auseinandersetzung mit der Perspektive Anderer soll die Patientin in ihrer Empathiefähigkeit sowohl für sich selbst als auch für Andere unterstützen. Sie stellt eine Hilfe zur „inneren Kommunikation“ dar, die Klienten mit einer weniger stark beeinträchtigten Persönlichkeitsentwicklung in einem akzeptierenden und wertschätzenden Klima meist auch ohne diese Hilfe entfalten. Klienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen dagegen würden durch ein konsequentes Intervenieren aus der Alter-Ego-Position heraus in irritierender und verunsichernder Weise auf sich selbst zurückverwiesen (Finke, 2004). Daher erfordert die Behandlung ein häufiges Oszillieren zwischen den therapeutischen Beziehungsangeboten, wie es in dem vorangehenden Gesprächsabschnitt angedeutet ist. Daneben kann eine aktive Unterstützung bei der Problemlösung hilfreich sein, wobei der Direktivität von Verhaltensanleitungen die Schärfe genommen wird, wenn der Therapeut gleichzeitig Verständnis und Akzeptanz für Widerstände oder das Scheitern der Klienten an den gewünschten Verhaltensänderungen zeigt. Dieses Vorgehen lässt an die „Dialektik zwischen Akzeptanz und Veränderung“ denken, wie sie in der dialektisch-behavioralen Therapie für Borderline-Störungen nach Marsha Linehan praktiziert wird, auch wenn in diesem Behandlungskonzept sicherlich ein größerer Schwerpunkt auf verhaltenstherapeutischen Aspekten liegt (Bohus, 2007).

## Gesprächsabschnitt 5

**P:** Ach wissen Sie, es ist ja doch immer die gleiche Leier mit mir. Ich fühl' mich schlecht, dann muss ich trinken, davon werd' ich fett, dann muss ich wieder kotzen. Es ist nicht auszuhalten.

**T:** Sie stecken in 'nem Teufelskreis.

**P:** Das ist noch gelinde gesagt! Ich fühl mich wie in der Hölle. Ich hasse mich, uaarhh, der ganze Speck hier – *sie fasst sich an den Bauch* – und mein Gesicht ist so aufgedunsen. In unserer Wohnung hab ich den Spiegel weggestellt, das geht gar nicht.

**T:** Es gibt nichts, was Sie an sich gut finden, alles ist kacke!

**P:** Ja, total scheiße, gucken Sie mich doch an, so kann man gar nicht aus dem Haus gehen. Deswegen hab' ich ja immer die Kappe auf – *sie zuckt wieder mit dem Mund*.

**T:** Also, Ihr Gesicht ist wirklich gedunsen vom Alkohol, ja, das sehe ich auch – aber sonst finde ich, sind Sie 'ne ziemlich attraktive Frau.

**P:** Das sagte mein früherer Therapeut auch immer – ich soll mir mal nicht solche Gedanken machen.

**T:** Sie glauben nicht, dass ich das ernst meine, sondern dass ich Sie nur trösten will.

**P:** Ja klar, Sie sind die Psychiaterin, Sie müssen mich aufbauen, das ist Ihr Job!

**T:** Ja stimmt. – *sage ich mit einem Lachen* – Sie gehen davon aus, dass ich sowieso nur was Positives sagen würde, um Sie nicht noch mehr runter zu ziehen. Da hab ich mich ja selbst schön reingeritten.

**P:** Da sehen Sie, wie es ist, wenn man in der Scheiße sitzt! – *sie grinst*.

**T:** Ich mache auch Fehler – *sage ich wieder etwas ernster*.

**P:** Nee, das geht aber nicht, Frau Jessinghaus! Ich denk immer, Sie sind so perfekt, Sie sind so schlank, Sie können bestimmt alles essen. Und dann machen Sie hier diesen tollen Job, Sie haben's echt geschafft.

**T:** Manchmal sind Sie neidisch auf mich, weil ich schlanker bin und arbeiten kann. Und dann fühlen Sie sich noch mehr als Versagerin.

**P:** Ja. Mein Therapeut früher war ziemlich schnodderig und unordentlich, das fand selbst ich – aber das machte es einfacher, da fand ich mich selbst gleich nicht mehr so furchtbar. Aber bei Ihnen ist das ganz schön schwierig.

**T:** Das muss ziemlich ätzend für Sie sein.

**P:** Allerdings! – *sie wendet sich ab, meidet Blickkontakt*.

**T:** Vielleicht hilft es Ihnen zu wissen, dass ich auch nicht Alles essen kann, worauf ich Lust habe, und immer viel Sport mache, um mein Gewicht zu halten.

**P:** Na ja – das tröstet ein bisschen. – *sie grinst kurz* – Wenn ich mich mal zum Sport aufraffen könnte, wär' ich auch schon weiter – *sie seufzt* – das Laufen fällt mir schwer, am liebsten geh' ich schwimmen, aber ich trau mich nicht. Badeanzug mit meiner

Figur, das geht gar nicht!

- T:** Sie müssten schwimmen, um abzunehmen, aber bevor Sie sich ins Schwimmbad trauen, müssten Sie erst abgenommen haben – wieder so ein Teufelskreis, da kann man ja gar nicht rauskommen.
- P:** Ja, es ist echt verhext. Ich finde mich so hässlich, ich hasse alles an mir, alles ist schwabbelig und fett – *sie zupft an ihren Hüften und am Bauch.*
- T:** Es gibt gar nichts, was Sie an Ihrem Körper mögen.
- P:** Nein, der ist ekelig.
- T:** Aber gibt's nicht Abstufungen, also vielleicht etwas, was etwas weniger ekelig ist als andere Körperteile? Zum Beispiel Ihre Arme oder Ihre Haare, könnten Sie die vielleicht etwas weniger hässlich finden als den Rest?
- P:** Ach Sie immer mit Ihren Vorschlägen! – *sie blickt genervt.*
- T:** Ich merk' schon, ich nerve Sie wieder.
- P:** Ja! Aber komisch, dass Sie das mit meinen Armen gesagt haben – meine Arme fand ich früher immer schön. Jetzt sind sie etwas schlabberiger, aber die gehen noch im Vergleich zum Rest.
- T:** Also, die Arme sind ganz annehmbar für Sie.
- P:** Ja, die sind ganz okay – *sie verzieht den Mund* – Und meine Haare, da kümmerge ich mich nicht drum, ich müsste mal mehr damit machen. Aber wenn die platt sind, dann setze ich einfach die Kappe auf, dann sieht's keiner. Der Stefan sagt häufig, ich soll mal zum Friseur gehen, ich hätte eigentlich schöne Haare, würde die aber vergammeln lassen. Da hat er wohl recht.
- T:** Also, Ihre Haare könnten mit 'nem Friseurbesuch wieder schön werden und Ihre Arme sind schon jetzt ganz schön.
- P:** *Etwas gereizt* – Jetzt übertreiben Sie mal nicht, ich hab gemeint, die sind annehmbar, schön ist was Anderes!
- T:** Na gut, Sie finden Ihre Arme und Haare nicht schön, aber akzeptabel – damit kann ich leben! – *ich lächle die Patientin an.*
- P:** *Grinst zurück.*

An dieser Stelle werden Selbsthass und das negative Selbstbild der Patientin sehr deutlich. In der therapeutischen Beziehung klingen die für das Störungsbild typischen Gefühle wie Neid, Entwertung, Ablehnung, Angst vor Zurückweisung und Angst vor Nähe an, die sich sehr schnell abwechseln und ein langes Verweilen erschweren. Üblicherweise versuche ich, wenn ein Klient direkt oder indirekt die therapeutische Beziehung anspricht, durch geduldiges Beziehungsklären das Gefühl (hier z. B. Neid auf die Therapeutin) möglichst genau zu differenzieren, da dies oft entscheidend für den weiteren Therapieprozess ist. Dies war zu Beginn der Behandlung der Klientin auch erforderlich, da es (wie bei dieser Störung zu erwarten ist) zu massiven Entwertungen mir gegenüber kam, die ohne häufige Klärung vermutlich zum Therapieabbruch geführt hätten. Viel häufiger jedoch sah ich mich mit einem raschen Wechsel von innerem Erleben und Beziehungsthemen der Klientin konfrontiert, der vorangehende Gesprächsausschnitt zeichnet daher ein typisches Bild.

Ich habe mich im Verlauf der Therapie auf dieses Klientenverhalten eingestellt und verzichte häufig darauf, auf ein bestimmtes Thema intensiver einzugehen. So versuche ich, auf die inneren Sprünge der Patientin einführend und als reales Gegenüber zu reagieren. Das Oszillieren zwischen den Beziehungsangeboten von Alter-Ego- und Dialogbeziehung, das ich bereits im vorangehenden Gesprächsausschnitt hervorgehoben habe, wird hier erneut deutlich.

Neben Selbstöffnen und Beziehungsklären begegne ich dem brüchigen Selbstbild und der Selbstentwertung der Klientin außerdem mit aktiver Unterstützung bei der Selbstakzeptanz. Klienten mit derartigen Störungen, wie ich sie im einleitenden Abschnitt beschrieben habe, benötigen den Therapeuten nicht nur als Gegenüber, sondern auch als „Hilfs-Ich“, das die defizitär entwickelten Funktionen für eine gewisse Zeit unterstützt und „Lernen am Modell“ ermöglicht.

### 3. Diskussion

#### 3.1. Betrachtung von Verlauf und Ergebnis der Therapie

Da ich aus Gründen der Anschaulichkeit die Analyse und Diskussion des Therapieprozesses in der beschriebenen Stunde bereits im vorigen Abschnitt vorgenommen habe, möchte ich mich jetzt auf eine allgemeine und umfassende Beurteilung des Therapieverlaufs beschränken.

Auf der Symptomebene ist es seit Beginn der ambulanten Behandlung zu einer Verbesserung der depressiven Verstimmung sowie einer deutlichen Rückbildung von Selbstverletzungen und Suizidimpulsen gekommen. Schwere Selbstverletzungen oder Selbstmanipulationen traten gar nicht mehr auf, die Beschäftigung mit Suizidgedanken und deren Umsetzung hat deutlich abgenommen. Die Symptome der Impulskontrollstörung, also bulimisches Verhalten und Alkoholkonsum, sind im Wesentlichen unverändert, d. h. sie wechseln sich in Intensität und Frequenz weiterhin ab. Zweimal konnte ich die Patientin im Verlauf der Behandlung zu einer stationären Alkoholentgiftung motivieren, der Erfolg der ersten Behandlung hielt leider nur kurzfristig an. Die zweite Entgiftungsbehandlung liegt noch nicht lange zurück, aber ich bin skeptisch, ob sich eine dauerhafte Abstinenz erreichen lässt.

Die Häufigkeit der stationären Aufenthalte hat sich seit Aufnahme der regelmäßigen ambulanten Therapie deutlich reduziert – bis auf die beiden kurzen Alkoholentgiftungsbehandlungen war die Patientin nicht mehr in stationärer Behandlung. Dies ist angesichts der vorangehenden drei Jahre, die die Patientin fast ununterbrochen zunächst in somatischen und danach in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken verbrachte, als Erfolg zu werten.

Die psychosoziale Anpassung hat sich insofern stabilisiert, als die Patientin seit nunmehr knapp vier Jahren in einer festen Partnerschaft lebt und durch den Partner deutliche Unterstützung

erfährt. In dieser Partnerschaft ist sie offener als bisher; ihre früheren „Ausweichmanöver“ wie Lügen und Verheimlichen haben deutlich abgenommen. Sie bezieht immer noch eine Erwerbsminderungsrente, schafft es aber in guten Phasen, über mehrere Wochen kleinere Nebenjobs, z. B. im Wachdienstbereich, zu übernehmen. In diesen Phasen gelingt es ihr auch, den Alkoholkonsum deutlich zu reduzieren.

Das Selbstwerterleben ist immer noch brüchig und inkohärent. Zu ihrem organismischen Erleben (Gefühle von Wut, Ekel, Verlassenheit) findet sie manchmal kurzfristig einen Zugang (siehe Gesprächsausschnitt 2), häufig ist dies aber noch zu bedrohlich und irritierend. Hier fehlen der Patientin sicherlich noch etliche Fertigkeiten in der Emotionsregulation (außerhalb ihrer eigenen Strategien: Bulimie und Alkohol), die ihr in solchen Situationen mehr Sicherheit gäben. Aus meiner Sicht wäre ein begleitendes Training in Fertigkeiten der Emotionsregulation und Stresstoleranz (sog. Skills-Training in der DBT-Behandlung; Linehan, 1993) bei dieser schwer erkrankten Patientin hilfreich. Die Umsetzung scheitert daran, dass die Patientin ein so durchstrukturiertes Programm nicht durchhalten würde; oftmals schafft sie es ja nicht einmal, unsere monatlichen Termine einzuhalten.

Selbstkritisch möchte ich hier allerdings anmerken, dass das häufige Oszillieren zwischen Alter-Ego- und Dialogbeziehung möglicherweise dazu führt, dass das vertiefende und ausführliche einführende Verstehen, das der Klientin erleichtern soll, ihre übermächtigen Gefühle wie Angst und Wut zu tolerieren, im Therapieprozess etwas zu kurz kommt. Die Selbstwahrnehmung der Patientin ist immer noch wenig differenziert und verzerrt. Auch hier kann das geduldige Aufgreifen und Konkretisieren der Gefühle der

Patientin helfen, diese besser wahrzunehmen, zu benennen und zu unterscheiden. Auch wenn ich häufig Interventionen aus der Alter-Ego-Position anwende, so entbehrt der häufige Wechsel zwischen den Beziehungsangeboten oftmals den Tiefgang im „Miteinander-Erleben“, den ich in Therapien mit anderen Klienten erlebe. Die Betonung der zwischenmenschlichen Begegnung erfordert eine hohe Konzentration auf die Beziehungsebene und die Gefühle, die in mir selbst durch die Patientin ausgelöst werden. Schmid (2008) beschreibt dies als „personale oder dialogische Resonanz“ und betont die Notwendigkeit, die emotionale Reaktion auf den Klienten und das gemeinsame Erleben von der Selbstresonanz, also der Reaktion auf eigenes Erleben, zu unterscheiden (welches der Therapeut natürlich beiseite stellen soll). Mitunter fällt es mir schwer, aus dem dialogischen Prozess, der so eine große innere und äußere Aufmerksamkeit erfordert, wieder in eine geduldige Alter-Ego-Position zu wechseln. In den Anmerkungen zu den einzelnen Gesprächsabschnitten habe ich Erklärungen für mein jeweiliges therapeutisches Verhalten bereits aufgeführt: Sorge vor einem möglichen Therapieabbruch durch die Klientin, versteckte oder offene Entwertungen, Neid oder übermäßig distanziertes Verhalten der Klientin, aber auch schwere Störungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung erfordern ein häufiges Intervenieren aus der Dialogposition.

Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörungen benötigen jedoch sicherlich Beides: einen Therapeuten, der sich einführt und verstehend mitvollzieht – und ein Gegenüber, das in der Begegnung greifbar und transparent ist. Beide Beziehungskonzepte in jeder Therapiesituation angemessen zu verwirklichen bleibt aus meiner Sicht weiterhin eine große Herausforderung an uns Psychotherapeuten.

## Literatur

- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder—mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press
- Bohus, M. (2007). Die dialektisch-behaviorale Therapie für Borderline-Störungen – ein störungsspezifisches Behandlungskonzept. In G. Damman & P. L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (1999). *Psychotherapy of borderline personality disorder*. New York: Wiley.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2007). Gesprächspsychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In G. Damman & P. L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (1990). Die lebensgeschichtliche Perspektive im klientenzentrierten Therapieprozess. In: R. Sachse, J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 54–75). 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. Damman & P. L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Heffernan, K. & Cloitre, M. (2000). A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse—Etiological and clinical characteristics. *Nervous Mental Dis*, 188, 589–595.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Maier, W., Linz, M. & Hawellek, B. (2000). Genetik der Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie*, 4, 182–192.

- Rogers, C. R. (1961/1973). *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. (1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In: *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmid, P. F. (2008). Resonanz – Konfrontation – Austausch. Personenzentrierte Psychotherapie als kokreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber. *PERSON*, 1, 22–34.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differentielle Inkongruenzmodell, Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG.
- Zanarini, M. C., Williams, A., Lewis, R. & Reich, R. (1997). Reported pathological childhood experiences associate with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 154, 1101–1106.

### **Autorin:**

*Annette Jessinghaus, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, leitet als Oberärztin die Psychiatrische Institutsambulanz der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Krankenhaus in Castrop-Rauxel. Sie engagiert sich im Rahmen der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) für die psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung von Ärzten.*

### **Korrespondenzadresse:**

*Dr. Annette Jessinghaus  
D-44229 Dortmund, Galoppstraße 82 a  
a.jessinghaus@evk-castrop-rauxel.de*

Matthias Barth

# Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen

**Zusammenfassung:** *Nicht bloß hinsichtlich Vertrauensaufbau und Stabilisierung hat der personenzentrierte Zugang in der Therapie von folter- und kriegstraumatisierten Menschen wertvolles Potenzial. Nebst dem Fördern von Selbstkompetenz im Umgang mit posttraumatischen Symptomen will die Gesprächspsychotherapie vor allem eine möglichst weitgehende Erfahrungsintegration unterstützen. Im Fokus der konkreten Therapiearbeit stehen dabei weniger die Trauma-Erlebnisse als solche, als vielmehr der aktuelle innere Bezug des Einzelnen zu seinen Erfahrungen. Einleitend und rahmengebend wird die posttraumatische Psychodynamik unter dem Blickwinkel der Aktualisierungstendenz betrachtet.*

**Schlüsselwörter:** *Posttraumatische Symptome, Aktualisierungstendenz, Integration traumatischer Erfahrung*

**Abstract: Person-centered therapy with traumatized victims of war and torture.** *In therapy for victims of war and torture the person-centered approach has to offer more than just an increase in the patient's confidence and a basic psychic stabilization. Besides strengthening the patients' own ability to deal with their posttraumatic symptoms, the person-centered therapy aims, above all, to support as far as possible the integration of traumatic experience. In practical work, more than the traumatic experiences as such, the inner response towards these experiences is of evident importance. As a theoretical framework, a brief introductory part of this text reflects the posttraumatic psychodynamics under the aspect of the actualizing tendency.*

**Keywords:** *Posttraumatic symptoms, actualizing tendency, integration of traumatic experience*

Wer Menschen mit komplexen Traumatisierungen, wie sie durch Folter und Krieg verursacht werden, bloß mit Therapietechniken und -programmen gerechtzuwerden versucht, verkennt die psychische Situation der Betroffenen. Für diese Klientel einfache Hilfe und Heilung zu versprechen, sichert zwar die Aufmerksamkeit von Kongressveranstaltern und Krankenkostenträgern, nicht aber jene der Fachleute, die mit Schwertraumatisierten im konkreten Behandlungsalltag zu tun haben. Diese wissen, dass hier zähe und oft langwierige Arbeit wartet, welche alle Beteiligten fachlich und menschlich auf unterschiedlichsten Ebenen fordert.

Anders als bei einfachen Traumatisierungen klingen hier die posttraumatischen Symptome oft auch bei optimaler Unterstützung nicht nach wenigen Wochen oder Monaten ab, sondern können über Jahre hin das Leben der Betroffenen beeinträchtigen und allmählich chronifizieren. Solchen Entwicklungen entgegenzuwirken und die Patienten darin zu unterstützen, möglichst viel an eingebüßter Lebensqualität zurückzuerobert, lässt sich als realistisches Ziel einer therapeutischen Begleitung umschreiben.

Die Klientel, von der wir hier sprechen, ist nur in Bezug auf die Abgründigkeit der erlebten Traumatisierungen vergleichbar, hinsichtlich der psychischen Ressourcen und Bewältigungspotenziale ist sie jedoch völlig heterogen. Sehr oft waren die Betroffenen vor ihren traumatischen Erlebnissen psychisch unauffällige, stabile

Persönlichkeiten, die dann einem Maß an fortgesetzter, erschütternder und unkontrollierbarer Gewalt ausgesetzt waren, welches ihre Bewältigungs- und Integrationsmöglichkeiten nachhaltig überstieg.

Die daraus resultierenden Leidensformen sind hinlänglich bekannt: Überflutung durch traumageprägte innere Bilder, Flashbacks, Alpträume, Angst- und Panikerleben, Dissoziationen, vegetative Übererregung, Schlafstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Rückzug und Interesselosigkeit – zuweilen verbunden mit unablässigen, medizinisch nicht begründbaren Schmerzen, Depressionen, Scham- und Schuldgefühlen, Vertrauensverlust sowie Anfälligkeit für Substanzabhängigkeiten. Die Ausdrucksformen, von denen hier nur einige der häufigsten genannt sind, können wechseln, zu Zeiten aber auch weitgehend verschwinden und plötzlich durch innere oder äußere Auslöser wieder aktiviert werden.

Auch wenn sich diese Phänomene im Behandlungskontext als „Symptome“ manifestieren, darf nie vergessen werden, dass sich dahinter meist über Jahre kumuliertes Leiden verbirgt, welches seinen Ursprung in gesellschaftlichen Konflikten, dem Entstehen für politische Überzeugungen, Entrechtung, Vertreibung, Erniedrigung, dem Verlust von Angehörigen und Freunden oder unmenschlicher Behandlung in Foltereinrichtungen und Gefängnissen hat. Allzu leicht werden die Symptome auf eine rein klinische Betrachtungsebene

geschoben, welche von diesen so zentralen Aspekten der Realität der Betroffenen abgekoppelt ist (Becker, 2006, 2009).

Die Grundzüge der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen sind oft herausgearbeitet worden. Meist werden drei zentrale Bereiche der Therapiearbeit unterschieden: Das Wiedergewinnen von Vertrauen und Sicherheit, das emotionale und gedankliche Verarbeiten des Erlebten und schließlich dessen bewusste Integration (z. B. Herman, 1994). Autoren unterschiedlicher Therapierichtungen nehmen dieses Grundscheema auf, unterscheiden sich jedoch voneinander in der konkreten Umsetzung.

Implizit lehnt sich auch der vorliegende Beitrag an diese Grundstruktur an. Hier wird beabsichtigt, einige Besonderheiten in der Arbeit mit Traumatisierungen durch Krieg und Folter aufzuzeigen und spezifische Stärken der personenzentrierten Psychotherapie in diesem Arbeitsfeld darzustellen. Zunächst jedoch ein Blick auf einen für das personenzentrierte Verständnis der posttraumatischen Psychodynamik und die Behandlung von Traumatisierten hilfreichen theoretischen Aspekt:

## Die posttraumatische Psychodynamik unter dem Aspekt der Aktualisierungstendenz

Posttraumatische Störungen lassen sich unter vielen Gesichtspunkten konzeptualisieren. Namentlich die neuropsychologische Forschung hat in den letzten Jahren viel zum Verständnis posttraumatischer Verarbeitungsprozesse beigetragen. Auch Autoren personenzentrierter Ausrichtung stellen in Theorie und Praxis unterschiedliche Aspekte der posttraumatischen Dynamik in den Vordergrund (GwG-Akademie, 2008). Perspektivische Vielfalt scheint der Komplexität der inneren Vorgänge bei schwer Traumatisierten angemessen und dürfte einer differenzierten Behandlung zuträglich sein.

Ein pragmatisches Modell, welches zum Verständnis der posttraumatischen Psychodynamik beitragen will, lässt sich aus dem von Rogers postulierten Axiom der „Aktualisierungstendenz“ ableiten (Rogers, 1959a/1987, S. 20ff). Als pragmatisch lässt es sich bezeichnen, weil es in konkreten Behandlungssituationen als Reflexionsgrundlage dienen kann und zahlreiche Erlebensformen der Patienten in einen erklärbaren Zusammenhang zu stellen vermag.

Als Aktualisierungstendenz wird die allen lebendigen Organismen eigene Ausrichtung auf Erhaltung und Entwicklung bezeichnet. Sie lässt sich in Bildern wie dem der Wundheilung, der kindlichen Entwicklung oder der Evolution darstellen. In seiner Persönlichkeitstheorie subsummiert Rogers darunter nicht bloß die Tendenz zur organismischen Erhaltung und Optimierung an sich, sondern zugleich auch das Streben nach dem Erhalten und Entwickeln eines unversehrten Selbsterlebens. Dies verlangt im Kontinuum des Lebensprozesses fortwährende Aktualisierung und Neuanpassung der Selbstkonzepte (Selbstaktualisierung). Je angemessener und

differenzierter diese Anpassung gelingt, desto größer ist die sogenannte „Kongruenz“ einer Person.

Das Konzept der Aktualisierungstendenz besagt gleichsam, dass der Organismus stets sein Möglichstes tut, um einer Beeinträchtigung seiner Funktionen entgegenzuwirken. Er sucht nach Bewältigungsmöglichkeiten auf allen Ebenen. Dies gilt auch bei einer Traumatisierung. Im günstigen Fall kann das traumatische Ereignis angemessen integriert werden, wie etwa beim gebrannten Kind, welches im Umgang mit Feuer zwar Vorsicht, aber keine unverhältnismäßigen Ängste entwickelt.

Im Falle einer posttraumatischen Störung findet der Organismus keine angemessene Bewältigungsmöglichkeit. Vielmehr scheinen verschiedene Bewältigungsversuche miteinander zu kollidieren und sich mit Blick auf ihre jeweiligen Ziele gegenseitig zu stören und zu blockieren.

Ohne weiteres verständlich sind unter dem Blickwinkel der Aktualisierungstendenz die auf *Vermeidung* ausgerichteten Symptome. Sie zielen auf das Fernhalten von allem, was mit den traumatischen Erlebnissen im weitesten Sinne zu tun hat. Der Traumatisierte will sich schützen, nimmt Abstand, sucht Distanz. Körperlich, gedanklich und emotional wird alles vermieden, was das Trauma dem Bewusstsein nahe bringt. So kann z. B. dissoziatives Ausblenden oder Vergessen gewisser Erlebenssequenzen im Dienste der Vermeidung stehen. Ebenso wird versucht, für das Selbstkonzept bedrohliche Erfahrung durch *Konstriktion* im Sinne emotionaler Betäubung und innerer Lähmung fernzuhalten, was zu apathischen, lustlosen Ausdrucksformen führen kann.

Der Vermeidung diametral entgegengesetzt sind die *intrusiven* Symptome, die in aufdringlicher und oft überflutender Weise die traumatischen Erlebnisse im Bewusstsein reproduzieren. Auch sie sind Ausdruck der Aktualisierungstendenz. Ihr Motor ist das Bedürfnis des Traumatisierten, das Geschehene zu begreifen, einzuordnen, in einen Kontext zu stellen und es konzeptuell im Selbsterleben zu integrieren. Ohne solch integrative Einbindung spuken die Erlebnisse als Fragmente wie unerlöste Geister im Bewusstsein herum. Sie melden sich wieder und wieder, bis sie ihren Platz gefunden haben. Nicht nur in Gedankenüberflutung, Flashbacks und Alpträumen können sich die intrusiven Tendenzen manifestieren. Oft sind zum Beispiel auch anhaltende körperliche Schmerzen Ausdruck traumatischer Erinnerung (Rothschild, 2002).

Die Symptome des *Arousal*s, der Erregung, lassen sich als Ausdruck dieses Spannungsfeldes verstehen. Die Bewegungen hin zum Objekt und weg davon blockieren sich gegenseitig, so dass eine angstgeprägte, konflikthafte Spannung entsteht. Die für die Psychotraumatisierung typische Verhinderung von Angriff wie auch Flucht spiegelt sich darin wieder. Gerade im Zusammenhang mit der stark erhöhten Erregbarkeit von schwer Traumatisierten kommt es oft zu sekundären Problemen, wie etwa Gewaltanwendungen im familiären Umfeld oder Beruhigungsversuchen durch Selbstmedikation, z. B. mit Alkohol oder Schlafmitteln.

### Posttraumatisches Spannungsfeld



Skizze 1: Gegensätzliche Bedürfnisse schaffen eine gespannte Erregungssituation

Kurz gesagt ist die psychische Dynamik der posttraumatischen Symptomatik durch die genannten gegensätzlichen Strebungen von Vermeidung und Wiederholung sowie der damit einhergehenden Spannung geprägt. Wichtig ist hervorzuheben, dass sowohl die Vermeidung als auch die Wiederholung existenziell wichtige Bedürfnisse abzudecken versuchen und deshalb an sich als konstruktive Tendenzen zu werten sind. Die Crux des posttraumatischen Erlebens liegt in der Blockierung der gegensätzlichen Strebungen, welche die Versuche, die Psyche zu entlasten, zur Sisyphusarbeit verkommen lässt.

Im Falle von folter- und kriegstraumatisierten Menschen, welche intensiven und anhaltenden Traumatisierungen ausgesetzt waren, kann die posttraumatische Leidenssituation jene der eigentlichen Traumata noch übersteigen. Fragmentierung, innere Zerrissenheit, allgegenwärtige triggernde Wahrnehmungen, Angst und Nervosität prägen den Alltag dieser Menschen. Nicht selten geht damit ein Maß an Bedrohungserleben einher, welches auch projektiven Symptomen wie z. B. Stimmenhören oder Verfolgungsängsten Vorschub leistet.

### Therapeutische Leitgedanken

Die therapeutische Herausforderung in der Arbeit mit traumatisierten Menschen liegt darin, eine konstruktive Verbindung zwischen den sich gegenseitig blockierenden Aktualisierungsbestrebungen zu fördern, d. h. den Bedürfnissen des Patienten nach Schutz und Sicherheit ebenso Rechnung zu tragen wie jenen nach einem integrativen Einordnen des Geschehenen.

Es besteht ein breiter Konsens, dass der Einstieg in die Therapie mit Traumapatienten durch Vertrauen schaffende, beruhigende und stabilisierende Einwirkungen geprägt sein soll. In obiger Terminologie ausgedrückt wird so ein Feld geschaffen, in welchem durch mehr Sicherheit weniger Vermeidung notwendig ist.

Auf der Basis dieses Schutzes kann der Bezug zum Trauma schrittweise hergestellt, bearbeitet und im Idealfall zur integrierten Erinnerung werden.

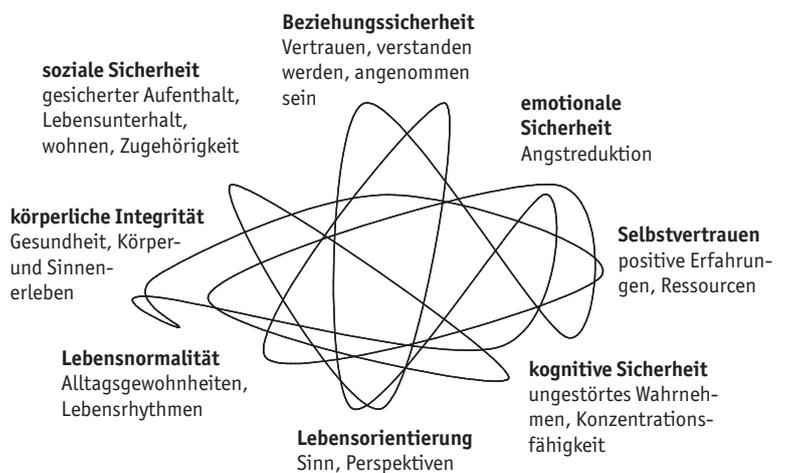
Es ist dem personenzentrierten Therapiezugang jedoch fremd, Vertrauensaufbau, Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration strikt getrennt zu konzeptualisieren. Es gibt in unserem Zugang keine fixe Behandlungseinheit Stabilisierung, auf welche eine Behandlungseinheit Bearbeitung folgen würde. Vielmehr geht es hier um sich gegenseitig ergänzende Aspekte desselben Prozesses, mit wechselnden Prioritäten und sich laufend verändernden zustandspezifischen Möglichkeiten und Grenzen.

### Durch Sicherheit und Vertrauen zu einem geschützten Verarbeitungsraum

Im Falle von Folter- und Kriegstraumatisierten hat die Stabilisierung besonders herausfordernde Dimensionen. Oft sind die Patienten nervlich dermaßen zerrüttet, dass selbst einfachste Alltagstätigkeiten beeinträchtigt sind. Gestörte Konzentration, Gedächtnislücken und Orientierungsstörungen paaren sich mit allen Formen von Angst, Schreckhaftigkeit und Schmerz. Es versteht sich von selbst, dass unter diesen Voraussetzungen keine Erlebnisintegration vollzogen werden kann. Imaginationsübungen und andere Stabilisierungstechniken, die in der Behandlung von einfach traumatisierten Menschen ihren Platz haben mögen, scheitern hier an der schieren Unmöglichkeit, Vorstellungsbilder auch nur für kurze Momente aufrechtzuerhalten. Die Stabilisierung solcher Patienten muss in viel fundamentalen Bereichen ansetzen.

Stabilisierung hat viele Dimensionen. Grundvoraussetzung für eine sinnvolle Traumabewältigung bei folter- und kriegstraumatisierten Patienten besteht darin, dass äußere Verunsicherungsquellen so

### Dimensionen der Stabilisierung



Skizze 2: Stabilisierung hat viele Aspekte. Diese stehen untereinander in enger Wechselbeziehung. (Barth 2006)

weit als möglich reduziert werden. Niemand kann frühere Traumata aufarbeiten, wenn aktuelle Gefahren drohen. Soziale Sicherheit, insbesondere bezüglich Lebensunterhalt und Wohnen, juristische Sicherheit (Stichwort Asyl), ausreichende körperliche Gesundheit sowie genügend tragende Tagesstrukturen sind die keineswegs immer gegebenen Voraussetzungen für eine erfolgversprechende Therapie.

Zentral für die psychotherapeutische Arbeit ist ein kontinuierlicher Vertrauensaufbau. Aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht steht dabei eine wachsende Beziehungssicherheit im Mittelpunkt, welche alle andern Formen von Sicherheitserleben begünstigt. Foltertraumatisierte Menschen sind ja nicht durch irgendwelche Naturereignisse geschädigt worden, sondern durch Menschen.

Der gesprächspsychotherapeutische Zugang ist per se in Theorie und Praxis auf Vertrauensstärkung ausgerichtet. Die von Rogers formulierten Bedingungen für konstruktive Veränderungen – Empathie, bedingungsunabhängige Wertschätzung und Kongruenz – kennzeichnen zunächst eine unbedrohliche Gesprächssituation. Unbedrängt können Themen angesprochen oder zurückgehalten werden. Das Verstandenwerden in weniger zentralen Bereichen schafft einen tragenden Boden, um nach und nach Wichtigeres einzubringen.

Es gilt dabei zu beachten, dass die gesprächspsychotherapeutische Haltung nicht einfach eine Art von freundlicher Zuwendung ist, sondern eine sehr präzise Form der Interaktion. Sie beinhaltet das kontinuierliche Bemühen des Therapeuten, das Erleben des Patienten in dessen je individuellen Bezugsdimensionen zu verstehen, ohne wertende Einflussnahme. So entsteht ein Raum von unbedrohlicher Akzeptanz. Gerade für Menschen, die wegen ihrer Werte und Überzeugungen durch die Hölle gingen, ist solch ein nichtinvasiver Zugang von größtem Wert. Hierin liegt der Schlüssel zum Vertrauensaufbau und zur Beziehungssicherheit.

Ein zugewandtes, waches Zuhören und die bewusste Annäherung an die Erlebenswelt des Patienten durch inneres Nachvollziehen angesprochener Erlebnisinhalte charakterisiert die *Empathie* des Therapeuten. Bei Menschen mit Extremtraumatisierungen entziehen sich dabei die konkreten Trauma-Erlebnisse in aller Regel dem therapeutischen Erfahrungshintergrund. Viel wesentlicher ist indessen eine empathische Annäherung an die emotionalen Nöte, die der Erzählung zugrundeliegen. Die affektive Resonanz des Therapeuten schafft eine unabdingbare Grundlage für alle weiteren Verarbeitungsschritte: ein tragfähiges Gefühl, in seinem Erleben verstanden und ernst genommen zu werden.

Ganz besonders bei Folteropfern gilt es zu bedenken, dass sie Situationen durchlebt haben, welche durch absoluten Empathieentzug geprägt waren. Ihre Tränen und Schreie wurden ignoriert, jegliches Mitgefühl wurde ihnen versagt. Fehlende Empathie ist die Basis aller Gräueltaten<sup>1</sup>. Die therapeutische Empathie soll verloren gegangenes Urvertrauen reinstallieren helfen.

Die *bedingungsfreie Wertschätzung* des Therapeuten manifestiert sich in einem nichtmanipulativen Anerkennen des Erlebens des Patienten. Kein abwehrendes Um- und Wegdeuten soll das Mitgeteilte relativieren. Dies gilt nicht bloß für die verbalen Botschaften, sondern ebenso für Averbales, wie etwa die Klagen über anhaltende, medizinisch nicht begründbare Schmerzen (Reisch, 1994).

Die ohne Bedingungen wertschätzende Haltung ist auf das Erleben des Patienten gerichtet und beinhaltet keineswegs die inhaltliche Zustimmung zu all seinen Berichten. Es ist das Privileg des Therapeuten, dass er nicht, wie etwa die Migrationsbehörde, das Mitgeteilte auf Wahrheit im juristischen Sinne überprüfen muss. Therapeutisch relevant ist das subjektive Leiden des Patienten.

Therapeutische *Kongruenz* bedeutet im hiesigen Kontext ganz primär, dem Patienten ein spürbares Gegenüber zu sein. Betroffenheit darf und soll sich ausdrücken. Kongruente Rückmeldungen können sehr unterstützend sein, etwa wenn beim Therapeuten als emotionale Resonanzen Entrüstung über eine ungerechte Behandlung oder Freude über eine gelungene Flucht auftauchen.

Die Kongruenz des Therapeuten markiert aber auch Grenzen, zum Beispiel dort, wo Erlebensberichte für ihn nicht nachvollziehbar sind und wo kulturelle oder sonstige Schranken Distanzen vorzeichnen. Trotz empathischer Nähe muss der Therapeut seine unversehrte Eigenständigkeit wahren können. Nur so bleibt er frei in seinem Handeln und als Begleiter des Patienten ein förderlicher Partner.

Gerade bei Menschen mit Flüchtlingshintergrund gilt es zudem stets zu erinnern, wie vielen großen und kleinen Demütigungen die meisten von ihnen in ihrem hiesigen Alltag fortlaufend ausgeliefert sind. Flucht geht meist mit erheblichen Einbußen im sozialen Status einher. Ein respektvoller Umgang ist deshalb mehr als ein kleiner Beitrag zu einer erfolgreichen therapeutischen Begleitung.

Vertrauensaufbau und Stabilisierung werden in der traumatherapeutischen Literatur oft als tendenziell prätherapeutische Maßnahmen dargestellt, denen die eigentlichen Therapieschritte folgen. Je nach Konzept wird dann von Durcharbeiten, Exposition oder Konfrontation gesprochen, mit der Idee, dass der Traumatisierte sich dem Erlebten im Therapierahmen nochmals stellen müsste, um in der Wiederholung den Erlebnissen den ihnen zustehenden innerpsychischen Platz zuweisen zu können. Eine unüberblickbare Vielfalt an Methoden und Techniken wurde in den letzten Jahren entwickelt und propagiert, um solche Schritte in die Wege zu leiten und zu vollziehen.

Nichts steht dem Gesprächspsychotherapeuten im Weg, solche Techniken – etwa imaginative Verfahren, wie sie von Reddemann (2008) beschrieben werden – da und dort in personenzentrierter Weise ergänzend in Therapien einzubauen. Im Wesentlichen verfolgt die Gesprächspsychotherapie aber einen anderen Weg. Sie entgeht dadurch auch der Gefahr, dass das therapeutische „Machen“ aus einer direktiven Grundhaltung heraus kommt, welche der traumatisierte Patient als erneute Fremdbestimmung erlebt, die den Bedürfnissen nach Wiedererlangung einer autonomen Selbststeuerung zuwider-

1 Anschauung dazu gibt z. B. das bekannte Stanford-Gefängnisexperiment (Zimbardo, 2001).

läuft. Gerade bei Folter- und Kriegstraumatisierten verdient dieser Aspekt besondere Beachtung.

Um den personenzentrierten Therapiezugang verständlich zu machen, müssen wir uns das oben Festgehaltene zur Aktualisierungstendenz vergegenwärtigen. Wird nämlich die posttraumatische Symptomatik in diesem Kontext verstanden, erübrigen sich vom Therapeuten induzierte Kunstgriffe zur Konfrontation mit den traumatischen Inhalten. Vielmehr wird ein konsequent stabilisierendes Beziehungsangebot die Vermeidung während der Therapiestunden so weit reduzieren, dass die zum Wiedererleben drängenden Inhalte von sich aus im Therapieraum präsent und damit der Verarbeitung zugänglich werden.

Konkrete Aufgabe des Gesprächstherapeuten ist es, einen tragfähigen Boden für die Erlebnisverarbeitung zu schaffen und diesen für die Dauer der Therapie zu erhalten und zu schützen.

## Das Fördern der Regulierungskompetenz

Durch den sicheren Grund, welchen die personenzentrierte Haltung schafft, werden dem Patienten vielfältige emotionale und kognitive Verarbeitungsschritte ermöglicht. Diese folgen strukturell einer unvorhersagbaren Eigendynamik. Wie in jeder unverkrampften Interaktion werden relevantere und weniger relevante, emotional besetztere und weniger besetzte Inhalte sich im Wechsel manifestieren. Forcieren ist hier unangebracht. Dass Flüsse von selber fließen und keiner Nachhilfe bedürfen, lehrte schon Fritz Perls. Allerdings – und das ist eine zentrale Herausforderung bei der Arbeit mit Traumatisierten – ist unsere Unterstützung der Patienten beim Navigieren auf den oft abgründigen, reißenden Gewässern manchmal unentbehrlich. Letztlich geht es darum, dass der Patient wieder zum autonomen Lenker seines außer Kontrolle geratenen Bootes werden kann.

In der konkreten Behandlung werden einige der Patienten mit den Schreckensberichten aus ihrer Vergangenheit gleich mit der Türe ins Haus fallen. Andere nähern sich vorsichtig und wagen sich erst, wenn sie sich in oberflächlicheren Themen verstanden erleben, sukzessive in schwierigere Bereiche vor. Oft sind es Erlebnisfragmente, die scheinbar zusammenhangslos zur Sprache gebracht werden, etwa ein erschreckender Traum, ein Schmerz im Nacken oder das Bedürfnis, nachts alle Türen und Fenster zu überprüfen. Diese Unterschiedlichkeiten im Ausdruck, welchen auch unterschiedliche Erlebensweisen und Bewältigungsversuche implizit sind, verdienen viel therapeutische Aufmerksamkeit.

Namentlich Patienten, die von Anfang an ohne Schleusen von ihren zentralen traumatischen Erlebnissen berichten, retraumatisieren sich zuweilen immer wieder selber, indem sie unentwegt ihre unverheilten Wunden aufkratzen. Unerfahrene Therapeuten werden dies durch wohlgemeintes Nachfragen oft unbedacht noch unterstützen. Kein Wunder, wenn die Patienten sich dann nach den Therapiestunden stets elender fühlen als zuvor.

Es ist von zentraler Bedeutung, solche Patienten in ihrer *Regulierungskompetenz* zu unterstützen. Im Rahmen der Therapie gilt es, intrusive Muster wahrzunehmen und darauf zu reagieren, indem zum Beispiel nachgefragt wird, ob sich eine weitere Vertiefung eines bestimmten Themas nicht zu belastend auswirkt. Manche Patienten müssen erst adäquate „Bremstechniken“ erlernen, bevor ein Eintauchen in ihre traumatischen Erinnerungen sinnvoll und aus therapeutischer Sicht verantwortbar ist.

Andererseits gibt es auch Patienten, welche in vermeidender Art alles auszublenden versuchen, was mit dem Trauma zu tun hat. Sind bei andern die Schleusen zu weit geöffnet, ist hier der Durchfluss gestaut. Die Unterstützung zielt in diesem Fall auf schrittweises In-Kontakt-Kommen mit den Traumatisierungen, wobei auf keinen Fall die Schutzfunktion dieses Verhaltens übersehen werden darf. Ich mag mich an einen Patienten erinnern, der mehr als ein Jahr brauchte, bis er sich traute, seine schmerzlichen Erlebnisse anzusprechen. Die therapeutische Beziehung war zu diesem Zeitpunkt bereits sehr stabil.

Regulierungskompetenz ist vor allem auch außerhalb der Therapiestunden sehr wichtig. Was kann der Patient tun, wenn er von wilden Erinnerungsfetzen überflutet wird? Was, wenn er von Ängsten oder Panik übermannt wird? Was, wenn Rastlosigkeit jeden Schlaf verunmöglicht? Es liegt nahe, hier gemeinsam praktische Hilfestellungen und Optimierungen zu erarbeiten, immer auf der Basis von dem, was der Patient für sich selber bislang als tauglich erfahren hat, seien es Ablenkungen, Spaziergänge, Kontakte, Sport oder anderes mehr. Sachliche Informationen über traumabedingte Symptome sollen hier ebenso Platz haben wie Hinweise auf etwaige Gefahren oder wenig förderliche Verhaltensweisen. (So schien es mir z. B. im Falle eines kurdischen Patienten, der über unablässige gedankliche Absorbiertheit durch heimatbezogene Inhalte klagte, sinnvoll anzumerken, dass ich seine halbstündlichen Nachrichten-Updates am Computer für wenig hilfreich halte.)

Das Entwickeln eines individuellen ‚Werkzeugkastens‘ für den Umgang mit traumabedingten Erlebensweisen kann ein wichtiger Aspekt der Therapie sein. Eine reflektierte personenzentrierte Haltung wird dabei verhindern, dass die Suche nach spezifischen Hilfestellungen zu einer einseitigen Beratschlagung verkommt. Durch Traumatisierung gebrochene Menschen lassen sich leicht zu Opfern therapeutischer Dominanz machen, was den Zielen der Therapie diametral zuwiderläuft. Unser Ziel muss es sein, der Ohnmacht entgegenzuwirken, Selbstkompetenz, Eigenaktivität und Autonomie zu stärken und die Patienten darin zu unterstützen, wieder Herr (oder Frau) im eigenen Haus zu werden.

## Integratives Verstehen

Das eigentliche Kernstück des therapeutischen Prozesses liegt im integrativen Verstehen. Hier steht das eingangs beschriebene zentrale

Bedürfnis im Vordergrund, das Geschehene umfassend zu begreifen, einzuordnen und einzubinden.

Integration ist ein sehr vielfältig verwendeter Begriff. Wenn wir hier von Erlebnisintegration sprechen, ist damit etwas gemeint, was wir alle stetig tun: Ob wir Jahrestage begehen, Ferienerlebnisse erzählen oder Reisebilder in Fotoalben einordnen – stets ist damit eine Integration von Ereignissen in den Kontext unserer Lebensgeschichte und unseres Selbstverständnisses verbunden. Etwas, was bisher noch nicht zugehörig war, wird in die Summe des Bestehenden einbezogen und wird das Bestehende stets auch verändern. Wenn wir ein neues Möbelstück in die Wohnung integrieren, hat dies Auswirkung auf die ganze Raumgestaltung.

Im Falle unserer Thematik geht es um Integrationsleistungen sehr komplexer Art. Es geht, um im obigen Bild zu bleiben, um den Integrationsversuch von extrem sperrigen Möbelstücken, die zuweilen den ganzen Wohnraum füllen und kaum noch Platz zum Atmen lassen. Wie kann man Erinnerungen an jahrelange Folterhaft, Vergewaltigungen oder Kriegserlebnisse innerlich so platzieren, dass ein Weiterleben möglich ist?

Es liegt auf der Hand, dass ein paar therapeutische Tricks hier keine Hilfe bieten werden. Weil die ‚Möbelstücke‘ als solche bloß sehr bedingt veränderbar sind, bleibt einzig die Möglichkeit, die Anpassung des ‚Wohnraums‘ – das heißt des inneren Bezugsrahmens – zu unterstützen. Wir betreten damit das Feld der Bewertungen, Haltungen, Überzeugungen und Lebensauffassungen. Integrationsarbeit hat folglich nicht nur mit der Auseinandersetzung mit dem Trauma zu tun, sondern vor allem und ganz primär mit der impliziten Bewertung der Geschehnisse durch die Betroffenen. Das Erlebte an sich lässt sich ja nicht mehr verändern – was sich jedoch ändern kann, ist der Bezug dazu. Dies bedeutet keineswegs, dass die Patienten zu einer Relativierung oder gar Beschönigung ihrer Erlebnisse angehalten werden sollten. Vielmehr soll angeregt werden, hilfreiche persönliche und kulturelle Verarbeitungsmatrizen wo immer möglich als Ressourcen einzubeziehen. So wird z. B. in buddhistischen Ländern beim Verabschieden von Verstorbenen ausführlich der Vergänglichkeit alles Daseins gedacht, was den individuellen Schmerz ins zeitlose Ganze integrieren hilft. Unweigerlich schwingen hier philosophische Dimensionen mit.

Der zentrale Aspekt im Zusammenhang mit Bewertung ist ohne Zweifel die Frage, mit welcher inneren Haltung der Traumatisierte seiner Geschichte begegnen kann. Lösen erinnerte Bilder und Gedanken konstant automatisch starke Emotionen wie Angst, Wut, Verzweiflung, Scham und so weiter aus, oder gelingt es dem Betroffenen, sich durch das Erinnern der erlebten Folter nicht stets aufs Neue foltern zu lassen.

Tatsächlich liegt der eigentliche Fokus der Therapie nicht in der Vergangenheit, sondern in der unmittelbaren Gegenwart. Der Bearbeitung zugänglich sind stets nur heutige Gefühle, auch wenn diese durch Erinnerung ausgelöst werden.

Im Laufe der Behandlung werden sich in der Regel wechselnde Bezüge zum Erlebten manifestieren. Während in einer Phase der Therapie vielleicht Wut und Empörung im Vordergrund stehen, mögen zu einem anderen Zeitpunkt eher Trauer oder Enttäuschung dominant sein. Unruhe und Angst können sich mit Gefühlen der Leere abwechseln und zuweilen wird mit nackter Direktheit die erlebte Verzweiflung, Ohnmacht und Ausweglosigkeit deutlich.

Im Personenzentrierten Ansatz wird davon ausgegangen, dass es für die Integration von Gefühlen notwendig ist, dass jemand sich selber in seinen Reaktionen verstehen und begreifen kann. Unverstandenes beunruhigt und schreit nach Beachtung – die Psyche erschöpft sich in Widerständen und Irritationen. Wer versteht, dass die erlebten Situationen in ihrer Abgründigkeit die psychischen Kräfte überforderten und dass die heutigen Reaktionen und Symptome eine durchaus begreifbare Folge davon sind, kann einen verträglicheren Umgang mit letzteren finden.

Die Aufgabe des Therapeuten ist die des Integrationshelfers, der den Patienten darin unterstützt, seine Reaktionsweisen verständlich und nachvollziehbar werden zu lassen. Der Schlüssel dazu liegt in der therapeutischen Empathie. Wer sich in seinem Erleben angenommen und verstanden weiß – so die Kernaussage unseres Ansatzes – kann sein Erleben integrieren.

Dabei ist unser Fokus weniger auf Einzelheiten der Erzählung, als vielmehr auf die mit den Erzählinhalten verbundenen Emotionen und die Haltung gegenüber dem Erzählten gerichtet. Die Erlebnisse als solche entziehen sich glücklicherweise dem Erlebenshintergrund der meisten von uns Therapeuten. Für die Art und Weise jedoch, wie unsere Patienten mit ihren schrecklichen Erinnerungen umgehen, kann oft hilfreiche Unterstützung angeboten werden.

Nicht bloß dem Trauma-Narrativ, sondern auch dem Symptomeleben gegenüber ist es sinnvoll, den Fokus immer wieder auf den aktuellen inneren Resonanz zu legen. In der konkreten Therapiearbeit bedeutet dies mitunter, dass Themen wie etwa das angstvolle Wachliegen nach einem schrecklichen Albtraum oder die Scham über eine traumabedingte Überreaktionen gegenüber der Familie ins Zentrum des Gesprächs rücken.

All diese Erlebensweisen als präsent gegenüber verstehend wahrzunehmen und auszuhalten ist die Herausforderung an den Therapeuten. Es sind die Erlebensrealitäten des Patienten, die es als solche anzuerkennen und nicht wegzudeuten gilt. Und genau in dieser explizit nichtabwehrenden Interaktion wird für den Patienten das Integrieren möglich. Letztlich wartet auf dieser Ebene auch der Lösungsansatz für die anfangs erläuterte Zerrissenheit zwischen Vermeidung und Wiederholung. Im integrativen Verstehen der Ohnmacht liegt der Schlüssel zur Traumabewältigung (Biermann-Ratjen, 2003, 2008).

Es sind meist keine erdrutschartigen Veränderungen, die in der Therapie geschehen. Vielmehr wird in der gemeinsamen Arbeit Stück um Stück der Inhalt des Erlebnis-Rucksackes vertrauter, weniger bedrohlich und dadurch handhabbarer. Mitunter werden Momente des

Verschlaufens möglich. Immer wieder gewinnen im Laufe einer Therapie Augenblicke der Leichtigkeit und Entspannung an Raum.

Zeichen des Fortschreitens im therapeutischen Prozess mögen etwa Rückmeldungen über besseren Schlaf, weniger heftige Alpträume, längere Phasen der Unabgelenktheit bei Alltagsverrichtungen oder weniger Stress in sozialen Situationen sein. Zu einer umfassenden Integration gehört jedoch auch das Akzeptieren von residualen Symptomen. Die Spuren von Folter- oder Kriegserlebnissen lassen sich ja nicht einfach aus dem Bewusstsein tilgen. So ist es denn als wichtiger Erfolg zu werten, wenn jemand seiner erhöhten Schreckhaftigkeit, plötzlichen Ängsten oder Phasen von

Ruhelosigkeit oder Niedergeschlagenheit mit mehr Verständnis und Nachsicht zu begegnen lernt.

Ziel der Therapie ist es, das Erlebte zu Erinnerung werden zu lassen, ihm den Platz zu geben, der ihm zukommt. Wie ungerecht, unbarmherzig, zerstörerisch und schlimm die Traumaerlebnisse auch waren, sie gehören nunmehr der Vergangenheit an und müssen mit der Zeit an Kraft gegenüber dem Gegenwärtigen verlieren. Ungeschehen machen lässt sich nichts, doch manch einem schwer traumatisierten Menschen gelingt es – und eine personenzentrierte Begleitung kann hierzu viel beitragen – zu neuer Lebendigkeit in der Gegenwart zu finden.

## Literatur

- Barth, M. (2006). *Dimensionen der Stabilisierung*. Referat SRK, unveröffentlicht. Bern.
- Becker, D. (2006). *Die Erfindung des Traumas – Verflochtene Geschichten*. Berlin: Edition Freitag.
- Becker, D. (2009). Extremes Leid und die Perspektive posttraumatischen Wachstums: Realitätsverleugnung, naives Wunschdenken oder doch ein Stück wissenschaftliche Erkenntnis? *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 7, 1, 21–33.
- Biermann-Ratjen, E-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person* 7, 2, 128–134.
- Biermann-Ratjen, E-M. (2008). *Traumatherapie aus Personenzentrierter Sicht*. Vortrag Bern. Unveröffentlichtes Manuskript.
- GWG-Akademie (Hrsg.) (2008). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG-Verlag.
- Herman, J. L. (1994). *Die Narben der Gewalt*. München: Kindler. (Original erschienen 1992: *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence*. New York: Basic books.)
- Lottaz, A. (1999). Vom äußeren zum inneren Bezugsrahmen. Von den Schwierigkeiten, gefolterte und kriegstraumatisierte Menschen zu verstehen. *Brennpunkt*, 80, 31–39.
- Reddemann, L. (2008). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie*. Leben lernen, Band 167. (5. erweiterte Aufl.). Stuttgart: Klett Cotta.
- Reisch, E. (1994). *Verletzbar Nähe. Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten*. München: Pfeiffer.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen*

*des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG-Verlag. (Original erschienen 1959: *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships*, as developed in the client-centered framework. In: Koch, Sigmund (ed.), *Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context*, New York, 184–256.)

Rothschild, B. (2002). *Der Körper erinnert sich. Die Psychologie des Traumas und der Traumabehandlung*. Essen: Synthesis Verlag. (Original erschienen 2002: *The body remembers – the psychology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton & Co.)

Zimbardo, P. (2001). *Stanford-Gefängnis-Experiment*. Internet-Seite. <http://www.prisonexp.org/deutsch/>

## Autor:

Matthias Barth, geb. 1954, Personenzentrierter Psychotherapeut (PCA) und Supervisor. Sechsjährige Tätigkeit in einem Ambulatorium für folter- und kriegstraumatisierte Menschen (SRK Bern). Derzeit in eigener Praxis als Psychotherapeut in Bern tätig.

## Kontaktadresse:

Matthias Barth  
3005 Bern, Brückenstrasse 8  
E-Mail: [mabarth@swissonline.ch](mailto:mabarth@swissonline.ch)

Peter F. Schmid

## „HIER BIN ICH“

# Zu einem dialogischen Verständnis des Personzentrierten Ansatzes

Dem Artikel liegen Vorträge in Glasgow, Potsdam, Norwich, Peking, Mainz, Wien und Athen (Schmid, 2006a; b; 2008b; c; d; in Druck; 2009b) zugrunde. Stark überarbeitete Fassung des Artikels „The challenge of the Other: Towards dialogical person-centered psychotherapy and counseling“ (2006a).

**Zusammenfassung:** *Wie kommen wir zu einem Verständnis unserer selbst und zu einem Verstehen anderer Menschen? Statt über den Anderen Erkenntnisse zu gewinnen, geht es im Personzentrierten Ansatz darum, den Anderen als einen wirklich Anderen anzu-erkennen. Dies erfordert einen Bruch mit jenen traditionellen psychotherapeutischen Erkenntnistheorien, die Gefahr laufen, in der Falle des Selben und damit des Selbst gefangen zu bleiben, indem sie von Bekanntem auf das Neue schließen. Die Alternative ist die Anerkennung und authentische Verwirklichung des grundlegenden Wir des Menschseins (d. h. eine Epistemologie der Transzendenz oder Alterität). Dies geschieht in der Realisierung der dialogischen Grundverfasstheit – auch und gerade in der Psychotherapie. Im Verständnis der Dialogischen Philosophie ist der Mensch von allem Anfang in Dialog; ja, es gilt: Die Person ist Dialog. Therapie als Dialog bedeutet daher weder Austausch noch Gleichrangigkeit noch anzustrebendes Therapieziel, sondern ist die Herausforderung zum Eintreten in eine immer schon vorgängig gegebene Du-Ich-Situation und deren Entfaltung. Die therapeutischen, ethischen und politischen Konsequenzen werden diskutiert.*

**Schlüsselwörter:** *Dialog, Interpersonalität, Du-Ich-Beziehung, fundamentales Wir, Alterität, Epistemologie der Transzendenz, Co-Präsenz*

**Abstract: “Here I am” On a dialogic understanding of the person-centered approach.** *How can we understand ourselves or an other person? As opposed to gaining knowledge about the Other the person-centered approach aims at ac-knowledg-ing the other person as really an Other. This requires a break with those traditional psychotherapeutic epistemologies that face the danger of getting caught in the trap of the same by concluding from the known to the unknown. The alternative is the acknowledgment and authentic realization of the fundamental We of being a human (i.e. an epistemology of transcendence or alterity) – an essentially dialogic situation, particularly in psychotherapy. According to encounter philosophy the human being has been in dialogue from the very beginning, so it is even adequate to say: the person is dialogue. Therapy as dialogue is neither about exchange or symmetry nor is it the goal of therapy. It rather is the challenge to enter an already given Thou-I-relationship, to disclose and develop it. The paper discusses the therapeutic, ethical and political consequences thereof.*

**Keywords:** *Dialogue, interpersonal theory, Thou-I-relationship, fundamental We, alterity, epistemology of transcendence, co-presence*

*Was wir alle gemeinsam haben,  
ist, dass wir uns alle voneinander unterscheiden.*

## 1. Die Herausforderung des Anderen: Eine genuin personzentrierte Erkenntnistheorie

### 1.1 Die Affenfalle

Manche Affenarten – die meisten asiatischen Bodenaaffen – kann man mit der sogenannten Kokosnuss- oder Affenfalle fangen. Bei anderen, besonders solchen, die auf Bäumen leben, klappt das nicht.<sup>1</sup>

Die südasiatische Affenfalle funktioniert ganz einfach: Eine Kokosnuss wird ausgehöhlt und mit einem Strick an einen Baum oder einen im Boden verankerten Stecken gebunden. Ein kleiner Schlitz wird in die Frucht gemacht und irgendein Leckerbissen hineingegeben, irgendetwas, dem die Affen nicht widerstehen können. Das Loch in der Kokosnuss ist gerade so groß, dass der Affe seine offene Hand hineinstecken kann, aber klein genug, dass er sie, wenn er eine Faust daraus macht, nicht wieder herausziehen kann. Der Affe riecht also die Delikatesse und fährt mit der Hand hinein, um sie

<sup>1</sup> Diese Analogie verdanke ich einem Vortrag von Thomas Slunecko (2000); vgl. Nikaya, o. J.

herauszuholen. Dabei macht er eine Greifhand, um das begehrte Objekt zu ergreifen und festzuhalten. Mit der um den Leckerbissen zusammengeballten Faust kann er die Hand aber nicht herausziehen, weil sie so nicht durch das Loch passt. Wenn die Jäger kommen, gerät der Affe außer sich vor Angst und Verzweiflung, aber er kann nicht weg, weil er immer noch das Objekt seiner Begierde fest umklammert hält. Nichts hält den Affen gefangen außer seinem eigenen Festhalten. Er bräuchte nur die Hand zu öffnen und den Griff zu lösen. Aber die Gier ist so stark, dass er nicht loslassen kann; er *muss* den Leckerbissen haben. – Und nun hat der Leckerbissen den Affen.

Die Baumaffen, die zu unseren Vorfahren zählen, können mit der Affenfalle nicht gefangen werden. Sie können loslassen – ohne dass sie dabei auf den Leckerbissen verzichten: Sie suchen nach einem besseren Weg, ihn zu bekommen, z.B. indem sie ein Werkzeug verwenden, mit dem sie den Köder herausholen.

Die menschliche Evolution ist nicht zuletzt die Evolution von einer *Greifhand* zu einem des *Ergreifens* und *Begreifens* fähigen Menschen – auch wenn dieser immer noch in der Lage ist, an allen möglichen Ködern, begehrten Objekten und Ideen, die ihn fixieren, festzuhalten. Es ist das Begehren und das Festklammern in unserem Hirn, das uns so oft gefangen nimmt und gefangen hält.

Loslassen, um besser zugreifen zu können, ist eine evolutionäre Errungenschaft. Wir brauchen nichts weiter zu tun, als unsere Hand aufzumachen, uns selbst und unsere Bindungen, unser Festgefahren-Sein loszulassen. Der *zweite Griff* ist die Vorbedingung für Entwicklung und Veränderung, dafür, etwas Neues denken und tun zu können, anstatt Altes unaufhörlich zu repetieren. Dafür, etwas wirklich zu er- und *be-greifen*, Dinge auf den *Be-griff* zu bringen. Er ist die Voraussetzung für Wissen und Wissenschaft. Seiner bedarf es, um Traditionen, Gewohnheiten, eingefahrene Denk- und Verhaltensweisen aufzugeben, mit einem Wort: loszulassen.

## 1.2 Die Falle des Selben

Das bedeutet auch, uns nicht von unserem natürlichen Bedürfnis nach Ordnung, nach einordnendem Verstehen gefangen nehmen zu lassen. Denn dieses bringt uns allzu oft dazu, zu klassifizieren und zu kategorisieren, Unbekanntes, Neues durch Vergleichen auf Bekanntes zurückzuführen, vielleicht dabei einen kleinen Unterschied festzustellen – also mit einem Wort: das Neue auf Altbekanntes zurückzuführen und es zur Variante zu machen.

Man kann das leicht beobachten, wenn man etwa jemanden aus einer Gruppe von Touristen in einem fremden Land sagen hört, da sehe es aus „wie bei uns zu Hause“, nur dass es hier auch noch zusätzlich z. B. Palmen gebe. Dabei wird das Neue auf Altes zurückgeführt und ein kleiner Unterschied festgehalten.

Wir sind an Erfahrungen gebunden und tendieren dazu, auf herkömmliche Weisen zu denken und zu handeln. So *be-greifen* wir das Neue durch das Alte, das Unbekannte durch das Bekannte, das

Fremde durch das Vertraute, das Nicht-Ich durch das Ich. Und schon sitzen wir in der Falle, weil wir dadurch nie an das Neue als Neues herankommen.

Um wirklich zu begreifen, ist es notwendig loszulassen. Wir müssen das oder den anderen als etwas wirklich Anderes oder als jemand tatsächlich Anderen sehen, das oder der nicht begriffen werden kann, also nicht auf den bereits vorhandenen Begriff gebracht werden kann, will man es oder ihn verstehen. Wir müssen das Selbe loslassen, um das Andere im Anderen zu finden.<sup>2</sup>

Das gilt auch und vor allem für personenzentriertes Erkennen.

Dave Mearns (2003) hat eine „neue Epistemologie“ für den Personenzentrierten Ansatz gefordert. Für das therapeutische Unterfangen bedarf es in der Tat des Risikos, neue Wege zu gehen und so der Falle des Selben zu entkommen. Mit diesem phänomenologischen und epistemologischen Aufsatz möchte ich einen Beitrag dazu leisten, das Denken und Handeln in Psychotherapie und Beratung von traditionellem, festgefahretem Begreifen loszubekommen, fixierte Vorstellungen und Begriffe loszulassen und neu zu *be-greifen* – was selbstverständlich auch bedeutet, die Theorie und Praxis weiterzuentwickeln. Es gilt dabei, nicht nur einige wohlvertraute Begriffe, sondern die gesamte traditionelle Art, über Psychotherapie und Beratung zu denken, loszulassen und einen zweiten Griff zu riskieren, nach einem neuen Verständnis auszugreifen – auch und gerade, wenn und weil wir es fahrlässigerweise oft zur Gewohnheit haben werden lassen, uns mit unserem Personenzentrierten Ansatz bereits als Avantgarde zu sehen. Aber nichts scheint so leicht und unbeschweren zu passieren, als hinter den Paradigmenwechsel des Carl Rogers zurückzufallen und das Querstehende seines Ansatzes in eine bestehende Ordnung einzupassen, in eine persönliche, in eine soziale und in eine politische.

## 1.3 Die Verstehensfalle

Wie kommen wir denn zu unserer Erkenntnis und zu unseren Kenntnissen? Was wir sehen, hören, spüren, schmecken, riechen, fühlen, nehmen wir auf – mit einem Wort: Was wir erfahren, wird zu unserer Erfahrung und zu unserem Wissen. Wir machen uns die Objekte unseres Erfahrens und Denkens zu eigen. Durch unser von unserer Erfahrung informiertes Wissen bringen wir die Außenwelt, das andere, in uns hinein, in die Innenwelt, in das Selbst.<sup>3</sup>

Das heißt: Wir lernen letztlich nur, was wir schon kennen und in unsere Sammlung von Erkenntnissen, in unsere Denkwelt hineinpassen können. Wir nennen das dann unseren Erfahrungsschatz,

2 Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf Geschlechter differenzierende Formen verzichtet.

3 Vgl. Levinas 1989, 65f. Das entspricht dem *Cogito* des Descartes, das letztlich die Einheit unseres Ichs bildet. Wir machen uns die Objekte unseres *Cogitare* zu eigen, bringen sie in uns hinein und so werden sie Teil von uns. Erkenntnis, informiert durch Erfahrung, hat daher immer mit der Ambivalenz des Anderen und des Selben zu tun.

den wir *haben*, und bauen so unser Denkgebäude, das wir dann gleichfalls *haben*. Darauf können wir bei Bedarf zugreifen und es uns vergegenwärtigen. *So stellen wir letztlich nur die Fragen und hören nur die Fragen, deren Antworten wir schon wissen.*

Solches Lernen ist wie das Zugreifen des armen, gefangenen Affen. Mit dem Be-greifen nehmen wir die Welt rund um uns in Besitz, eignen sie uns an und halten sie fest. Darauf bleiben wir im wahrsten Sinn des Wortes sitzen, wenn wir solcherart verneinen, Zu-griff auf sie zu haben. Begriffe werden zu Konzepten (die so heißen, weil man auf sie zugreifen kann).<sup>4</sup> Mit dem Ergreifen und Begreifen bringen wir die Welt auf den Begriff; wir bringen auf den Be-griff, was wir ergreifen, damit wir darauf Zu-griff haben. Was wir begreifen, ist, was wir uns nehmen – und dabei laufen wir immer Gefahr, dass wir in der Affenfalle des Verstehens gefangen werden, in der Falle des Selben und des Selbst.

Begreifen ist also eine possessive (Besitz ergreifende) Handlung: Wir überwinden den Unterschied und machen das Andere zu einem Teil unseres Selbst, besitzen es nun als unser Wissen. Synthese und Synopse werden dabei bedeutsamer als Differenz und Verschiedenheit, Harmonie und Kohäsion wichtiger als Widerspruch und Divergenz. So begeben wir uns selbst in die „Affenfalle des Verstehens“ und bleiben dort sitzen und damit gefangen.

Bei diesem Prozess des Begreifens erfinden wir Ordnungen, von denen wir dann unser Denken und Tun beherrschen lassen. (Alles muss ja seine Ordnung haben.) Therapie hat aber wesentlich damit zu tun, dass die Herrschaft bestehender Ordnungen zu Leid führen kann (Schmid, 2004; 2005) und deshalb überwunden, transzendiert werden muss (die Systemiker würden sagen: gestört werden muss), denn einzig durch Überschreiten vorgegebener Ordnungen ergibt sich Neues, kann Ver-änder-ung geschehen (die zu Recht diesen Namen trägt, weil sie zu *anderem* führt. An-archie ist also nötig, um über bestehende Herrschaft hinweg zu kommen – womit sofort auch auf die politische Brisanz solchen Vorgehens hingewiesen ist (s. u. & Schmid, 2007a; b).

#### 1.4 Vom Selben zum Anderen

Die beschriebene Art, zu begreifen und Erkenntnis zu erlangen, ist nicht die einzige Möglichkeit. Wir haben die Wahl, wenn wir Unbekanntem begegnen: entweder bei dem zu beginnen, was wir schon wissen und haben und können, oder bei dem, was wir nicht wissen, haben oder können.

Wenn wir bei unserem Wissensschatz beginnen, bei dem, was wir schon besitzen, bleiben wir, um einen Begriff von Emmanuel Levinas (1961) zu gebrauchen, in der *totalité* (Totalität, Gesamtheit) gefangen, jener Ordnung, die wir dem Ganzen gegeben haben. In

ihr wird der Einzelne an seiner Performance im Vergleich zu diesem geschlossenen System gemessen – wobei ihm unweigerlich Gewalt angetan wird. Das radikale Gegenteil nennt Levinas *infinité* (Unbegrenztheit, Unendlichkeit), was Grenzenlosigkeit, Überschreiten des totalitären Status quo bedeutet.<sup>5</sup>

Im zweiten Fall lassen wir uns überraschen vom Anderen, ansprechen vom Fremden, in Frage stellen vom Unbekannten. Das bedeutet einen völligen Perspektivenwechsel und eine Umkehr in der Bewegung. Wir fragen dann nicht, indem wir von uns auf den Anderen schließen: Was ist da drüben los, beim Klienten beispielsweise, was kann *ich* da sehen, erkennen, begreifen, verstehen; was hat er, was fehlt ihm? (Womit man dann eine Diagnose erstellen und einen Therapieplan machen kann.) Sondern die Bewegung geht vom Anderen aus: Was spricht mich an, was zeigt *er*, was teilt er mir mit, was möchte er verstanden haben, was möchte er zu erkennen geben? Unser Verstehensprozess beginnt dann beim Anderen (Unbekannten), und nicht beim Selben (Bekanntem), beim Nicht-Ich statt beim Ich. So kommt der Andere auf mich zu<sup>6</sup> und spricht mich an. Nur wenn das oder der Andere in seinem Anderssein wahrgenommen wird, wird es möglich, dass dieses Anderssein gezeigt werden kann, ohne dass es eingeordnet, kategorisiert wird, absorbiert in bereits Bekanntes. Für solches Verstehen ist also notwendig, den Anderen nicht zu vereinnahmen, zu „begreifen“, sondern Abstand zu nehmen, loszulassen.

Dann wird das Neue nicht durch das Alte verstanden, das Andere nicht durch das Selbe. Der Andere wird nicht als ein Stück Text im Rahmen bekannten Kontexts gesehen, als Individuum, das mehr oder weniger typisch für eine Gruppe ist (z. B. bei der Diagnose von Krankheiten oder Störungen), sondern aus sich selbst und von sich selbst her. Die Herausforderung besteht darin, Raum zu schaffen, dass der Andere sich zeigen, sich öffnen, sich offenbaren kann. Das erfordert, von Analysen, Erklärungen, Interpretationen, Deutungen, Diagnosen, sogar von Fragen an den Anderen („was will *ich* vom Anderen wissen?“) Abstand zu nehmen. Vielmehr geht es darum als Person zuzuhören, sich absichtslos zu öffnen, ansprechen und berühren zu lassen<sup>7</sup> – und damit anzuerkennen.

5 Levinas (1963, S. 215–216) zeigt den Unterschied der beiden Epistemologien in seiner berühmten Metapher von Abraham und Odysseus auf: Abraham, der eine Reise in ein unbekanntes Land ohne Rückkehr antritt im Gegensatz zu Odysseus, der alle Anstrengung unternimmt, um letztlich zu seinem Ausgangspunkt zurückzukehren. Levinas (1949, S. 189) spricht von der Herausforderung einer Bewegung in eine unbekannte Zukunft ohne Umkehr (*mouvement sans retour*), bei der die Brücken hinter sich abgebrochen werden. Statt Ithaka, der Heimatstadt des Odysseus, als Symbol für das Nach-Hause-Kommen und das Zurückkommen auf das Bekannte, letztlich der traditionellen Philosophie als Selbstbezug, spricht er von einer Philosophie des Aufbruchs, die für immer das Vaterland verlässt, um sich, wie Abraham, auf den Weg in unbekanntes Territorium zu machen (vgl. Vergauwen, 1993, S. 2; Schmid, 1994, S. 136–155).

6 Levinas (1959) spricht hier von *visitation*. „Heimsuchung“ (vgl. Schmid 2002b, S. 62).

7 In Levinas' Worten: Das Antlitz (*visage*) – jener Ausdruck, von dem wahrscheinlich das Wort *Person* herkommt (Schmid, 1991) – spricht mich an. Das Antlitz hat das Sagen; wir sind aufgerufen zuzuhören.

4 Konzept kommt vom lateinischen *concupere* (*cum + capere*) „nehmen, fassen, ergreifen“.

Wenn wir das Anderssein des Anderen ernst nehmen, geht es nicht um Descartes' *Cogito ergo sum* (Ich denke, daher bin ich), sondern um *videor, conspicio, tangor ergo sum* (ich werde angesehen, angesprochen, berührt, daher bin ich). Das ist der Sprung von Ich-Du zu Du-Ich (s. u. & Schmid, 1994, S. 143–144; 2003): Der Ausgangspunkt der Beziehung und des Verstehens bin dann nicht ich, der auf den Anderen hinblickt, sondern der Andere, der sich mir zeigt.

Dieser Perspektivenwechsel zeigt eine grundlegende wechselseitige Abhängigkeit und ein fundamentales Aufeinander-Angewiesensein auf. Er weist – gerade durch das den Unterschied anerkennende Von-einander-Abstand-Nehmen – auf ein existenzielles Einander-nahe-Sein hin, das auf einer grundlegenden Zusammengehörigkeit, einem *fundamentalen Wir* (Schmid, 2003) beruht. Der Spruch „Was wir alle gemeinsam haben, ist, dass wir uns alle voneinander unterscheiden“ bringt die Dialektik von wesentlicher Gemeinsamkeit und wesentlicher Verschiedenheit, von Zusammengehörigkeit und Getrenntsein auf den Punkt.

Die Konsequenz eines solchen Paradigmenwechsels von der „Egologie“ (d. h. davon, alles von meinem Standpunkt aus zu sehen – Levinas, 1963, S. 189) zur Alterität ist der Sprung von der Epistemologie des *Cogito*, des Be-Greifens, der Immanenz und des Selben zu einer Epistemologie der Transzendenz, die den Anderen als Ausgangspunkt nimmt. Im Unterschied dazu, sich selbst durch sich selbst zu verstehen, ist sie eine Epistemologie des Dialogs.

## 2. Dialog: Das Ereignis ursprünglicher Solidarität

Was aber bedeutet Dialog – ein Begriff, der gegenwärtig oft geradezu inflationär in aller Munde ist?

Wörtlich heißt *Dialog* „wechselseitige Unterhaltung, Austausch, Diskurs“. <sup>8</sup> So wird Dialog traditionell und üblicherweise auch verstanden: als zwischenmenschliche Kommunikation von Angesicht zu Angesicht, auf gleicher Höhe, als wechselseitiger Austausch mit Rede und Gegenrede, Aussage und Widerspruch, Frage und Antwort. Als wesentlichstes Element wird dabei die Symmetrie und Gleichrangigkeit der Beteiligten angesehen, ja Dialog gilt als hervorragender Ausdruck dieses Auf-derselben-Ebene-Stehens.

Auch in diversen psychotherapeutischen Schulen und innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes wird Dialog vielfach so verstanden<sup>9</sup> und der Begriff steht meist für einen wechselseitigen Austausch.

<sup>8</sup> Griechisch *δια-λεγεσθαι* [*dia-legesthai*] heißt „durch Nachdenken etwas auseinanderlegen, sich unterhalten, sich unterreden (*δια* [*dia*] = „zwischen, durch“; *λεγειν* [*legein*] = „sammeln; reden, sprechen“). Das griechische *δια* entspricht dem lateinischen *inter*, das sich in französisch *entre-tien*, „Unterredung, Gespräch, Konversation“, oder in englisch *inter-course*, „soziale Kommunikation, Umgang, Kontakt“, wiederfindet. – Eine etwas andere Sinngebung entsteht, wenn man *δια* mit „hindurch“ übersetzt und das Substantiv *λογος* [*logos*] = „Wort, Sinn, Bedeutung“ zugrundelegt: *Dia-logos* ist dann das „Fließen von Sinn“.

<sup>9</sup> Zum Verständnis von Dialog in der Psychotherapie und bei verschiedenen personenzentrierten Autoren vgl. Schmid 2006a; b; 2008a; b; c; in Druck). – Nachdem die

Dialog ist aber wesentlich mehr als eine Begegnung des einen mit dem anderen, mehr als Austausch, wie ein kurzer Blick auf die Dialogische Philosophie (auch Begegnungsphilosophie oder Personalismus) zeigt. Buber, Ebner, Rosenzweig und andere haben ihren Ansatz „das Neue Dialogische Denken“ genannt, um den Unterschied zur herkömmlichen, vom Ich ausgehenden, der Immanenz bzw. dem System verhafteten Philosophie hervorstreichend (Levinas, 1989, S. 64).

Anhand dreier Dialog-Philosophen seien drei charakteristische Positionen skizziert, die sich im Menschenbild und in der Praxis gegenwärtiger Psychotherapie prominent wiederfinden.

### 2.1 Dialog als Mittel zum Hervorbringen von Wahrheit (Sokrates)

Der erste, der, soweit wir wissen, die Bedeutung dessen erkannte, was sich in einem Gespräch zwischen zwei Menschen ereignet, war der Sohn einer Hebamme: Sokrates (469–399 v. Chr.) mit seinen „Dialogen“ vor zweieinhalbtausend Jahren, wie uns Plato berichtet.

Der systematische Gebrauch des Dialogs als unabhängige literarische Form sollte der Aufdeckung und Auflösung von expliziten oder impliziten Widersprüchen – wir würden sagen: Inkongruenzen – dienen und hatte proaktive Suche nach Weisheit und damit die Förderung von Selbstverständnis zum Ziel. Letztlich diente er der Einsicht, dass wir nichts sicher wissen können.<sup>10</sup> Das führte aber nicht zur Resignation, sondern zu *εὐ ζῆν* [*eu zen*], dazu, richtig, d. h. gut und wahr, zu leben. Sokrates' „Mäeutik (Hebammenkunst)“ beruht auf der Vorstellung, dass die Wahrheit bereits im Menschen ist und nur „geboren“ werden, zum Leben gebracht werden muss.<sup>11</sup>

Bei aller Nähe zu den humanistischen Ideen ist festzuhalten, dass Dialog hier als pädagogisches Instrument, als Mittel des Unterrichts und der Erziehung, verstanden wurde. Sokrates kann gewissermaßen als Vorbild für eine „Um-zu“-Psychotherapie gesehen werden.<sup>12</sup>

Vorstellung überholt war, Psychotherapie sei durch Expertentum heilsam, das durch direktive Vorgangsweisen wie lenken, Ratschläge erteilen, Rezepte verordnen und Ähnliches charakterisiert ist, setzte sich das Gegenteil durch mit der fast ausschließlichen Betonung strikt nichtdirektiven Vorgehens und der Konzentration auf die Autonomie der Klienten. Diese Suchbewegung mündete letztlich in die (Wieder-)Entdeckung der Möglichkeit und des Werts der Selbstheilung der Klienten (z. B. Bohart & Tallman, 1999) durch Begegnung. Rogers und die personenzentrierten Forscher trugen an führender Stelle zu diesem Paradigmenwechsel bei. Es sieht so aus, als würden wir gegenwärtig die Balance wiedergewinnen und das Miteinander-Sein von Klient und Therapeut ebenso hoch schätzen wie das Einander-gegenüber-Sein (Schmid & Mearns, 2006; Mearns & Schmid, 2006) und so beide Einseitigkeiten aufheben durch die Wiedergewinnung des elementaren Wir, d. h. von Wechselseitigkeit und Gemeinsamkeit in der Psychotherapie.

<sup>10</sup> Die Grundlage jeder „Kunst des Nicht-Wissens“ (vgl. Schmid, 2005).

<sup>11</sup> Dabei geht es darum, durch gezielte Fragen Widersprüche in Hypothesen aufzuzeigen und so zu neuen Hypothesen zu kommen, die dann ebenfalls hinterfragt werden. Die meisten dieser Dialoge enden ohne Lösung.

<sup>12</sup> „Sokratische Dialoge“ werden etwa in der Rational-Emotiven-Therapie (RET) nach Ellis als Technik verwendet, irrationale Annahmen zu verändern.

## 2.2 Ich-Du: Dialog als Entfaltung von Interpersonalität (Buber)

Ganz anders Martin Buber (1878–1965). Er unterscheidet zwischen dem echten Dialog (in dem jeder den anderen Partner in dessen Da-Sein und So-Sein wirklich meint und auf Wechselseitigkeit zielt) vom technischen Dialog (aufgrund der Notwendigkeit, sachliche Verständigung zu erzielen – eine Variante der Ich-Es-Beziehung) und dem dialogisch verkleideten Monolog (wo zwei oder mehr Personen auf wunderlich verschlungene Weise jeder mit sich selbst reden, ohne es zu bemerken).

Echter Dialog ist, Buber zufolge, *die Konsequenz aus der Interpersonalität*, Weg zur gemeinsamen Sphäre des Zwischen: „Die Sphäre des Zwischenmenschlichen ist das Einander-Gegenüber; seine Entfaltung ist, was wir Dialog nennen.“ (Buber, 1982, S. 275–276) Seine Bedeutung liegt nicht in dem einen oder anderen Partner und auch nicht in beiden zusammen, sondern in deren *Austausch*. Einerseits bewahrt er die absolute Distanz zwischen dem Du und dem Ich und damit die Einzigartigkeit beider, andererseits überwindet das *Δια*, das Zwischen, die Distanz, ohne sie zu beseitigen. Der Dialog bewahrt die Verschiedenheit und geht über sie hinaus. Er ist Distanz und Intimität. Dabei ist er keine Synthese, nicht Du und Ich: Es gibt kein „Und“ zwischen diesen; die beiden sind nicht Resultat eines Zusammenfindens, keine zusammengesetzte Einheit.

Indem er den Psychologismus radikal kritisiert (Friedman, 1985), betont Buber, dass Dialog im Gegensatz zu einer psychologischen eine ontologische Kategorie ist: Wahrer Dialog ist nicht Informationsübermittlung, sondern Teilhabe am Sein des Anderen, die nur möglich ist, wenn sie Metakommunikation, also wechselseitige Reflexion der Kommunikation, einschließt (vgl. Rennie, 2006).

Man kann, legt man Bubers Verständnis zugrunde, somit zutreffend beim Dialog von „*Ich-Du-Beziehung*“ sprechen, einem Dialogverständnis, das den meisten humanistischen Therapierichtungen zugrunde liegt.

## 2.3 Du-Ich: Dialog als primäres Ereignis (Levinas)

Doch auch diese Sicht erwies sich für die Phänomenologie als weiterentwicklungsbedürftig. Emmanuel Levinas (1906–1995) kritisiert an Buber, dass sich dieses Ich-Du in einer Zirkularität verfängt. Beeinflusst von Franz Rosenzweigs *Stern der Erlösung* (1988) und seinem Vorhaben, vom Monolog als Konversation mit sich selbst zu einem Dialog von Angesicht zu Angesicht zu kommen, betont Levinas, dass Dialog weder nur bedeutet, sich der Gewalt gegeneinander zu enthalten, noch einander bloß in wechselseitiger Empathie zu verstehen.

Dialog ist für ihn vielmehr das *Ereignis der Transzendenz*, was wörtlich ja heißt, darüber hinauszugehen – nämlich über die relative Abgeschlossenheit der Zwei des Ich-Du. Dialog ist demnach

nicht die Erfahrung zweier Menschen, die miteinander sprechen (Levinas, 1989, S. 72); er ist weder die Konsequenz von Erfahrung, noch die Herstellung oder Entdeckung von Gemeinschaft; er ist *ursprünglich*, unmittelbar, nicht vermittelt.<sup>13</sup> Wir *treten* in einen Dialog *ein*, begeben uns also in etwas, das schon da ist. Einen anderen als Du anzusprechen und so in den Dialog *einzutreten*, ist nicht von vorausgehenden Erfahrungen abhängig. Sprechen dient nicht dem Ausdruck eines einsamen Selbst; Dialog ist nicht die Entdeckung der Gemeinschaft; im Gegenteil: Dialog ist ursprüngliche Erfahrung, *primäres Ereignis*, wie die Begegnung. Levinas' (1989, S. 73–77) zufolge ist es die zwischenmenschliche Beziehung, „die ursprüngliche Sozialität“, die im Dialog in Erscheinung tritt.<sup>14</sup>

Soweit stimmt Levinas mit Buber (1974) überein, der Ich-Du als „ursprüngliches Wort“ bezeichnet. Er geht mit seinem „Humanismus des anderen Menschen“ aber einen entscheidenden Schritt weiter, indem er die *Asymmetrie* des Dialogs hervorhebt. In seiner Sichtweise ist Dialog nichts Symmetrisches, sondern ein *grundsätzlich*, von Natur aus asymmetrisches Geschehen: Dialog gibt es – und hier unterscheidet er sich radikal von Buber –, „gerade weil das Du absolut anders ist als das Ich“ (Levinas, 1989, S. 76).

Der Andere kommt zuerst. Von ihm geht ein An-Ruf, ein Anspruch aus. Der Andere spricht mich an; pro-voziert, „fordert“ (Levinas, 1963, S. 222; Vergauwen, 1993). Diesem An-Spruch gilt es zu entsprechen. Daher konstituiert Dialog Verantwortlichkeit, Solidarität, Verbindlichkeit, Verpflichtung. Der Andere nimmt mich in Dienst (Levinas, 1986, S. 74). *Dia-konie*, d. h. Dienst, kommt vor dem *Dia-log*, sagt Levinas; sie ist nicht erst dessen Ergebnis, sondern das fundamentale Wesen menschlicher Beziehung.

Sprache wird damit zur Für-Sprache (vgl. Schmid, 1994, S. 146).<sup>15</sup> Solidarität ist dann ebenso wie Dialog keine sekundäre, aus der Erfahrung abgeleitete, sondern eine primäre Kategorie, grundsätzliche *conditio humana*. Das stellt den Wechsel vom Monolog zum Dialog, vom Denken über den Anderen zum Ansprechen des konkreten Mitmenschen dar.<sup>16</sup> Es ist die Bereitschaft zu sagen „Hier bin ich“.<sup>17</sup> So ist Dialog zugewandte Aufmerksamkeit,

13 D. h. das *Cogito* kommt nicht vor dem Dialog, der dann die Folge wäre. Anders als das *Cogito*, das seinen eigenen Maßstäben entsprechend erkennt, in dem es das Objekt zu begreifen sucht, ist Dialog, Levinas zufolge, eine ursprüngliche Gegebenheit.

14 Begegnung geschieht – und das ist qualitativ verschieden davon, eine Erfahrung zu „machen“ (vgl. Schmid, 1994).

15 Ähnlich Casper (1995, Sp. 191) unter Berufung auf Levinas und Rosenzweig: Dialog ist das Geschehen des Gesprächs, in welchem der Andere als er selbst zu Wort kommt wie ich selbst und die Sache, um die es im Gespräch geht. Der Dialog bedarf deshalb der Zeit, die als je neues „Der-Eine-für-den-Anderen“ geschieht. Der Dialog findet auch schon vorverbal statt als das Ernstnehmen der Grundbefindlichkeit des Sich-in-der-Verantwortung-Findens. Der Mensch ist in der unaufhebbaren Differenz der Pluralität geschaffen (Mann und Frau; Gen 1,27).

16 Im Gegensatz zur sokratischen *Maieutik* spricht Levinas (1961, S. 22) dabei von *enseignement*, „Unterweisung“: Wir lernen vom Anderen, was wir aus uns selbst nicht lernen können.

17 In Levinas' radikaler Sprache geht es um die Bereitschaft, „Geisel“ zu sein. In gewohnterer Formulierung: es geht darum, *für* den anderen, nicht nur *mit* ihm zu sein. Daher geht Dialog der Freiheit voraus (Burggraeve, 1988). Konsequenter-

bedingungslose Zuwendung, Sorge – kurz: Liebe<sup>18</sup> (vgl. Keys, 2009).

Diese Asymmetrie ist der Beginn aller *Ethik* (Levinas, 1989, S. 78)<sup>19</sup>, „Proto-Ethik“, die nicht eine abgeleitete Konsequenz eines Prinzips ist, weil die Person den Wert in sich darstellt. Sie ist vielmehr die Grundlage der Konstituierung unserer Subjektivität, unseres Ich. Das Ich wird durch seine Verantwortlichkeit dem Anruf des Anderen gegenüber konstituiert.<sup>20</sup> Niemand kann sich diesem Anspruch entziehen oder sich vertreten lassen.<sup>21</sup>

Damit wird nun auch die gewohnte Reihenfolge zwischen Selbst-Bewusstsein und Dialog radikal auf den Kopf gestellt. Es gilt demnach nicht: Durch Selbst-Bewusstsein kommt es zu Dialog; Menschen, die einen Standpunkt haben und ihn vertreten, finden sich zusammen und eröffnen einen Dialog über ihre Ansichten. Sondern es gilt: Aus dem Dialog erwächst Selbst-Bewusstsein. *Der Dialog ist „vorher“ da, „im Anfang“* (Schmid, 1998). Das zeigt gerade auch die Entwicklungspsychologie: Aus dem ursprünglichen Wir im Leben eines Menschen entsteht allmählich das Bewusstsein eines Ich. Begegnung im Dialog ist die Vorbedingung für Selbst-Bewusstsein und Selbstvertrauen.<sup>22</sup>

Es ist bei Levinas daher genau umgekehrt wie bei Buber: Dialog ist nicht die Folge von Zwischenmenschlichkeit, sondern es ist der Dialog, der die Interpersonalität konstituiert: „Weil das Du absolut verschieden ist vom Ich, genau deshalb ereignet sich – vom Einen zum Anderen – Dialog.“ (Levinas, 1989, S. 76)

Dialog ist die Realisierung des fundamentalen Wir in der personalen Begegnung. Die Bewegung, das Angesprochen-Werden, der An-Spruch geht dabei vom Du aus – ganz im Sinne der oben beschriebenen Epistemologie der Transzendenz, der Alterität oder des Dialogs.

Es handelt sich um eine *Du-Ich-Beziehung*.

---

weise steht dann das Gute nicht am Ende unserer Bemühungen, sondern am Anfang, wie es Alain Finkielkraut (1987, S. 42), Vertreter der *nouvelle philosophie*, formuliert, wenn er über *sagesse d'amour*, die Weisheit der Liebe, meditiert. – Levinas zieht es vor, von der Philosophie statt wörtlich als „Liebe zur Weisheit“ als „Weisheit der Liebe“ zu sprechen.

18 Liebe ist hier freilich nicht in einem paternalistischen oder sentimental oder erotisch-sexuellen Sinn gemeint, sondern im Sinne „prosozialer Motivation“ (Binder, 1996) oder, wie Rogers (z. B. 1962c, S. 186) selbst sagt, im Sinne der „Agape“ des Neuen Testaments als bedingungsfreier, mit-menschlicher Zuwendung (Schmid 1996, S. 512–540; 1998). Dem Anerkennen des Anderen entspricht die Liebe, in der Ich und Du einerseits geeint sind, einander aber auch als den jeweils Anderen erfahren. Mit der Gemeinsamkeit wächst auch die Erfahrung der Andersheit, mit der Du-Bezogenheit auch die Selbstständigkeit. Das Gegenüber in Liebe ist Quelle von Gemeinschaft wie von individueller Personwerdung. (Schmid 2009a)

19 Für die Konsequenzen von Therapie als ethischem Unterfangen: Schmid, 2002c; d.

20 Es ist genau diese Bedeutung von Liebe, die dazu führen kann, Levinas selbst als einseitig zu kritisieren, weil er die liebende Beziehung des Anderen zum Ich nicht in Betracht zieht. Auch ich bin ja der Andere des Anderen. Auch ich habe das Recht, anders zu sein als der Andere, weil ich auch ein Anderer bin. Als solcher habe ich auch das Geliebtwerden zu akzeptieren. Ich verdanke mein Selbst-Sein nicht nur meiner nichtintentionalen, unbedingten, „selbst-losen“ Liebe zum Anderen, sondern auch der Liebe des Anderen (Wucherer-Huldenfeld II, S. 335).

## 2.4 Der Mensch als Person ist Dialog.

Nur die letztere Position wird dem Verständnis des Menschen als Person und damit dem personenzentrierten Menschenbild gerecht (Schmid 1991; 2009a), wenn man Person wesentlich als Antwort und Verantwortlichkeit (s. Schmid, 2009 b; c; in Druck) versteht.

Nur im Dialog wird eine Person als Person angesprochen. Man kann auch sagen: Dialog ist die Sprache personaler Begegnung (Schmid 1998, S. 58), die ihrerseits die Realisierung von Dialog ist.

Aus dem radikalen Humanismus der Dialogphilosophie ist zu lernen, dass ein oberflächliches Verständnis von Dialog in der Falle endet. Dialog zu führen, *um* einen anderen Menschen *zu* verstehen, würde bedeuten, in die Selbst-Falle zu geraten. Wir können einen anderen Menschen nicht begreifen. Versuchen wir es, so sitzen wir in der „Verstehensfalle“, besser gesagt, in der Falle des scheinbaren, vorgeblichen Verstehens und damit in der Falle des Selben, des Selbst.

Es gilt, die vertrauten Vorstellungen loszulassen, denen zufolge wir durch Dialog etwas herstellen. Es gilt loszulassen, um neu zu begreifen: Dialog ist nicht die Konsequenz aus etwas und nicht etwas, das erst anzustreben wäre. Dialog ist nicht dazu da, damit etwas geschieht; er kennt kein „Um-zu“, ist kein Mittel zur Kommunikation. Er ist vielmehr ein „way of being with“, wie Rogers (1975a, S. 4) es ausdrückt, eine Weise, miteinander zu sein in der Gemeinsamkeit, die von allem Anfang an gegeben ist. Levinas aufgreifend, muss man sogar von einem „way of being for“ sprechen, ein Für-den-Anderen-Sein aufgrund des ursprünglichen, fundamentalen Wir. Dieses vorgängige Wir konstituiert eine dialogische Grundsituation, die bedeutet, dass ein solches Füreinander existenziell und unabdingbar zur *conditio humana* gehört.

Einem Menschen begegnen, bedeutet anzuerkennen, dass wir in Dialog sind. Dialog ist eine primäre Gegebenheit. Das heißt: Der Mensch ist Dialog – von allem Anfang an. Diese Formulierung ist mehr als ein schöner Satz; sie stellt nämlich unser In-der-Welt-

---

21 Gerade indem ich mich diesem Anspruch stelle, unterordne, mich unter diesen Anspruch stelle, mich ihm unterwerfe (lat. sub-iacere), werde ich zum Sub-jektum. So nämlich deutet Levinas (1986, S.75) in seinem berühmten Interview mit Philippe Nemo das Wort „Subjekt“ in fiktiver Etymologie neu – eine für die traditionelle abendländische, einseitig an Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung orientierte Sicht herausfordernde Bedeutung von Subjektwerdung: Subjektivität ist selbst relational! „Ich bin dem Anderen Sub-jekt.“ Indem ich mich einem Anspruch unterordne, indem ich mich einem anderen stelle, werde ich Sub-jekt. Personsein, Subjektsein heißt dann nicht „ich für mich“ (was substanziale Einseitigkeit wäre), sondern Subjektivität ist selbst relational, entsteht aus der Beziehung – und zwar vom anderen her. Subjektsein heißt, so gesehen, Für-den-Anderen-Sein, Ich-für-Dich (Levinas, 1986, S. 168; Schmid, 1994, S. 145). Das ist es, was uns zu Menschen macht. Auch aus dieser Perspektive koinzidieren und verschränken sich Substantialität und Relationalität der Person (Schmid, 1991; 2009a) auf einzigartige Weise. Auch hier zeigt sich die grundlegende Asymmetrie: Das Ich wird durch seine Verantwortlichkeit gegenüber dem Anruf des Anderen konstituiert.

22 Hier kann an George Herbert Mead (1968) und John Dewey (2004) erinnert werden, beide wie später Rogers an der Universität Chicago tätig.

Sein und unser Miteinandersein auf neuen Boden: In-der-Welt-Sein heißt von allem Anfang an In-Dialog-Sein. Personen sind nicht *in* Beziehung, sie *sind* Beziehung.<sup>23</sup> Sie sind Dialog.

Dasselbe gilt für Psychotherapeuten und ihre Klienten.

### 3. Realisierung des fundamentalen Wir: Die wesentlich dialogische Natur von Psychotherapie

Es ist unschwer zu sehen, dass dies einem personzentrierten Verständnis von Psychotherapie nicht nur sehr nahe kommt, sondern es erst recht zu seiner Eigentlichkeit führt: Der Klient kommt zuerst. Therapie ist für den Klienten, der Therapeut steht in dessen Diensten (weswegen Rogers ja den Begriff „Klient“ statt „Patient“ eingeführt hat). Definitionsgemäß ist daher ein Person-zentrierter Ansatz ein Ansatz, der die dialogische Qualität offenbart, die bereits gegeben ist.

Im Dialog geht es nicht um das Selbst, sondern um die Person. Wenn es einen Weg über das Selbst hinaus zur Person des Anderen gibt, ist die einzige Möglichkeit, sich vom Anderen den Weg zeigen zu lassen. Dieses Zeigen geschieht aufgrund des fundamentalen Wir, auf Grund der dialogischen Situation unablässig; es ist „nur“ notwendig, es – und d. h. die Person des Anderen – wahrzunehmen.

Gerade in der Therapie sind wir mit den zwei wesentlichen und einander entgegenstehenden Phänomenen von Gemeinsamkeit und Verschiedenheit, Zusammengehörigkeit und Getrenntheit des menschlichen Seins konfrontiert: dem fundamentalen Wir und dem fundamentalen Nicht-Ich. Wir erleben herzliches Verstehen, Sympathie, Aufeinander-Bezogenheit und wir erleben ein unüberbrückbares Nicht-verstehen-Können und existenzielle Getrenntheit. Es ist die Verschiedenheit, der Widerstand des Nicht-Ich, der die Herausforderung und die Chance in jeder Beziehung von Person zu Person ausmacht, umso mehr in personzentrierten Beziehungen. Sich dieser Herausforderung zu stellen, bedeutet, die dialogische Situation der Psychotherapie zu realisieren. Personzentrierte Psychotherapie ist ihrer Natur nach solcher Dialog.

#### 3.1 Von der Therapeutenzentrierung zur Klientenzentrierung

Levinas kritisiert die humanistischen Ansätze als „nicht human genug“, weil sie immer noch vom Ich ausgingen, „Egologie“ seien, Reden vom Ich und vom Selben, das als Standard und Maß für alles genommen wird – etwas, das Levinas der gesamten abendländischen Philosophie vorwirft. Für die von ihm kritisierten Ansätze typisch ist die Zentralstellung des Ichs als eines Subjekts, das ethische Urteile

fällt, moralische Wahrheiten und Werte fasst und bestimmt. Das menschliche Subjekt ist entsprechend dieser Vorstellungen Maßstab des Angemessenen und des Unangemessenen, des Gerechten und des Ungerechten. Stattdessen sei die Zentralstellung des Ich durch eine vorausliegende Verpflichtung zu ersetzen: die „unbedingte Inanspruchnahme“ durch den Anderen.<sup>24</sup> Niemand kann ersetzt werden, wenn er mit diesem unbedingten Anspruch konfrontiert ist.<sup>25</sup>

Und tatsächlich stimmt der Egologie-Vorwurf überall dort, wo Therapeutenzentrierung statt Klientenzentrierung vorherrscht. Dies gilt nicht nur generell für viele humanistische Psychologien, sondern auch für jene Personzentrierten Ansätze, die sich darauf konzentrieren, die Aufgaben des Therapeuten herauszuarbeiten (was dieser zu tun und zu lassen habe, worauf er seine Aufmerksamkeit zu richten habe, wie er die Grundhaltungen zu verwirklichen habe usw.).

Der Ansatz zumindest des späten Carl Rogers, „Therapie als Begegnung“ („therapy as encounter“, Rogers, 1962c/1977) zu verstehen, überwindet freilich die Therapeutenfixierung und sieht Therapie als Herausforderung durch den Anderen, als „challenge of the Other“ (Schmid, 2006a), womit erkenntnistheoretisch die zuvor beschriebene dialogische Position bezogen wird.

Wir müssen uns also nicht nur von der Vorstellung verabschieden, Dialog in der Therapie sei so etwas wie ein Mittel zum Zweck, um bestimmte Ziele zu erreichen (etwas, auf das der Klient und/oder Therapeut abzielen oder das er erreichen muss), oder eine Vorbedingung für eine gute Beziehung. Er ist nicht Gesprächsmethode, Kommunikationsmittel oder therapeutische Technik. Wir müssen uns auch von der Vorstellung verabschieden, Dialog sei

24 Diese Forderung ist „unendlich“ in dem Sinne, dass ein konkretes Ich als endliches Subjekt (mit beschränkten Möglichkeiten und insbesondere beschränkter Zeit) ihr unmöglich gerecht werden kann. Es gibt für Levinas also prinzipiell nicht die Möglichkeit, sich einer Einlösung dieses Anspruchs überhaupt anzunähern, welcher die praktische Notwendigkeit gegenübersteht, diesem unterworfen zu sein. In dieser unbedingten Inanspruchnahme ist der ihr Unterworfenen unverwundbar. Erst daraus resultiert ein Subjekt, das sich zu sich selbst (und seinem Verpflichtetsein) verhalten kann. Levinas veranschaulicht dies durch die oben erwähnte fiktive Etymologie des Ausdrucks „Subjekt“ als unterworfen unter den Anspruch des Anderen. Im Unterschied zu dieser unbedingten Inpflichtnahme sind alle ethischen Abwägungen sekundär. Abwägungsfragen treten erst dann und insofern auf, als ein Subjekt nicht nur „dem Anderen“, sondern mindestens zwei Personen gegenüber verpflichtet ist. Hier haben für Levinas traditionelle ethische Theorieansätze ihren berechtigten Ort.

25 Als Modell dient die Mutter-Kleinkind-Beziehung. Die Grundlage der Verantwortlichkeit besteht in der Schutzlosigkeit des Anderen (vgl. Levinas, 1963, S. 134). In der Beziehung zum Anderen, in der das Subjekt seine Vorrangstellung einbüßt, findet ein Erwachen zur Menschlichkeit statt (Levinas, 1963, S. 142). Subjektwerdung ist daher die Folge einer Beziehung, der Begegnung. Selbstverwirklichung ist dann nichts anderes als das Wahrnehmen der eigenen Verantwortlichkeit. – In einer derartigen Umkehr der Ordnung zwischen dem „Subjekt“ und dem „Anderen“ ist letzterer – darum die Wortwahl „der Andere“ – in seinem Wesen und seiner Würde uneinholbar. Der Andere ist absolut anders, nicht bloß ein anderer Fall dessen, was ich auch bin, kein bloß relativ *anderes Ich* und nicht auf seine Erscheinung als ein bestimmter Anderer zu reduzieren.

23 S. Schmid, 2004; 2005; 2008a; Schmid & Mearns, 2006.

die Konsequenz aus einer guten Beziehung oder das Ziel des therapeutischen Gesprächs: Es ist nicht so, wie wir traditionellerweise zu denken gewohnt sind, dass durch eine gute Therapie allmählich ein Dialog zwischen Klient und Therapeut entstehen kann oder die letzte Phase einer Therapie dialogisch sein sollte. Dialog ist nicht ein Ausdruck von Gleichrangigkeit, Wechselseitigkeit und Austausch, wie er zumeist verstanden wird. Er bezeichnet auch nicht intensive Momente in der Therapie oder steht für eine idealtypische oder gar idealisierende Charakterisierung für das therapeutische Unternehmen als solches.

### 3.2 Dialog in der Therapie als Realisierung des ursprünglichen Wir in personaler Begegnung

Dialog ist vielmehr – jenseits der Kategorien „der eine – der andere“ –, in der Therapie ebenso wie sonst, die Realisierung des grundlegenden Wir. Er ist also nicht die Konsequenz, sondern die Grundlage von therapeutischer Beziehung. Das kehrt die traditionelle Vorstellung komplett um: Das fundamentale Wir in all seiner Asymmetrie konstituiert eine dialogische Grundsituation, der es zu entsprechen gilt – auch und gerade in der Therapie: Die Personen in der Therapie *sind* Dialog, was bedeutet, dass Dialog in der Psychotherapie von allem Anfang an da ist. Wir müssen ihn „nur“ realisieren, sich ereignen lassen und so den ursprünglich gegebenen Dialog in der Therapie entdecken und entfalten.

Dialog ist daher nicht die Konsequenz, sondern das Fundament von Gemeinschaft, Gemeinsamkeit entsteht nicht erst durch Dialog; sie ist von allem Anfang an gegeben. Wir müssen Gemeinschaft und Dialog nicht herstellen; wir brauchen „nur“ geschehen zu lassen, was ohnehin da ist. Wir müssen nicht in Dialog kommen, in der Bedeutung von: diese Beziehungsform erreichen. Die Aufgabe ist vielmehr, in Dialog zu kommen in der Bedeutung von: hineinkommen, hineingehen in den bereits geschehenden Dialog – anerkennen dessen, was sich ohnehin ereignet.

Therapie ist ein gemeinsames Unterfangen aus der fundamental gegebenen dialogischen Situation der beteiligten Personen. Das fundamentale Wir aber ist von Natur aus asymmetrisch. Der asymmetrischen Natur des Dialogs wird Rechnung getragen, indem anerkannt wird, dass der Klient als der Andere „zuerst kommt“ (Schmid, 2003, S. 112–114); er ist der, um den es geht, die Person, die im Zentrum steht (wir arbeiten klienten-zentriert, person-zentriert), und der Therapeut ist zu seinen Diensten.

### 3.3 Durch Präsenz in den Dialog eintreten

Psychotherapie bedeutet, in den Dialog einzutreten.<sup>26</sup> In der Therapie treten wir in einen Raum ein, der schon da ist. Wir müssen realisieren, dass die dialogische Situation gegeben ist, gleich, ob wir sie

wahrnehmen oder nicht. „Im Anfang“ (Schmid, 1998) der Therapie ist Dialog, grundlegend, Grund legend, als *conditio humana* des Miteinanderseins.

*Psychotherapie ist die Entfaltung dieses Dialogs.* Indem wir uns darauf einlassen, verwirklichen wir die zugleich herausfordernde und heilende Qualität des menschlichen Wir. Wir stellen uns dem Dialog und damit dem Anderen. Die Anerkennung und Wiedererfahrbarmachung dieses grundlegenden Wir ist das Therapeutische an der Psychotherapie. Dialog ist im Anfang der Therapie, nicht am Ende, nicht ihr Ziel.

Für ein dialogisches Verständnis des Personenzentrierten Ansatzes folgt daraus, dass die *Präsenz* (Gegenwärtigkeit) des Therapeuten entscheidend ist – im umfassenden Sinn als *die eine* Grundhaltung verstanden, die von Rogers in ihren Dimensionen als Authentizität, Wertschätzung ohne Bedingungen und Empathie beschrieben worden ist (Schmid, 2002a). Präsenz ist nicht eine Vorbedingung für den Dialog, sondern gerade in der Präsenz ereignet sich Dialog. Präsenz bedeutet die Anerkennung und authentische Verwirklichung des zugrundeliegenden Wir mit allen Freuden und Leiden wechselseitigen Auf-einander-bezogen- und Von-einander-abhängig-Seins. Die Präsenz ist der erlebbare Ausdruck davon, das den Dialog aufnehmende „*Hier bin ich*“. Und zu sagen „*Hier bin ich*“ ist alles, was es zu tun gilt – auch und gerade in der Therapie.

In letzter, radikaler Konsequenz findet sich dieses Verständnis nur im Personenzentrierten Ansatz. Personenzentrierter Therapeut zu sein bedeutet, keine Antworten zu haben, sondern Antwort zu sein (Schmid 2009b; c). Der Personenzentrierte Ansatz macht den immer schon vorhandenen Dialog offenbar; er enthüllt und entfaltet die dialogische Qualität dessen, was auf den ersten Blick als einseitiges Rat-Heischen aussehen mag, hilfeschendes Sich-Ausliefern an einen Fachmann, stecken gebliebene Entwicklung, Ablehnung von Wachstum, intellektuelles Herumgestottere, rationalisierendes Ausweichen, verbissener Widerstand, scheinbares Sich-selbst-aufgegeben-Haben, was immer. Therapie geschieht, wenn sich der Therapeut davon nicht ablenken lässt, sondern auf den darin verborgenen Dialog achtet. Dieser ist da von Anfang an. Wir müssen ihn nur wahrnehmen und zulassen.

### 3.4 Vom Risiko, zu sagen: „Hier bin ich“

Wenn Psychotherapie als Dialog verstanden wird, ist das etwas qualitativ anderes als eine Auffassung von Psychotherapie als Tätigkeit von Experten, die eine Behandlung durchführen. Für ein solches Psychotherapieverständnis gilt dann: „Psychotherapie ist Dialog oder es ist nicht Psychotherapie.“

26 Englisch: *to enter dialogue*. Das englische *enter* und das französische *entrer* (lateinisch *intrare* „eintreten, betreten, hineingehen“; vgl. deutsch *entern*) und auch das deutsche *unter* (etwa „unter vielen Leuten sein“) haben dieselbe Wurzel wie das lateinische *inter* (ein Komparativ zu *in*), das „zwischen“ bedeutet, nämlich das griechische *δια*.

Es mag sich um weises Ratgeben handeln, um gefühlvolles Anleiten, von bewundernswerten Skills getragenes Vorschlagen, wohlthuendes Trösten, notwendige soziale Kontrolle, empirisch validierte Modifikation von Verhalten, komplexes Krisenmanagement, hochentwickelte Führungstätigkeit, clevere Lenkung, verheißungsvolle Glückssuche, Praktizieren sensibel gehandhabter Psychotechniken, wohl durchdachtes Behandeln, Demonstration der neuesten Frage- oder Aufstellungsmethoden, problemorientierte Konzepte, lösungsorientierte Strategien usw.: Psychotherapie ist das nicht – wenn Psychotherapie heißen soll, Klienten dabei zu unterstützen und zu fördern, sich in der Begegnung aus dem Gefangensein in der Falle der Totalität zu befreien, aus dem Teufelskreis des Sich-durch-sich-selbst-Verstehens und damit aus ihrer Isolation, in der sie auf die Ressourcen des fundamentalen Wir nicht mehr zugreifen können.

Die Realisierung eines solchen grundsätzlich dialogischen Verständnisses markiert einen Bruch mit einer „totalitären“ Epistemologie jener Psychotherapien, die auf dem Selbst(-Bewusstsein) des Subjekts (im traditionellen Sinn) aufbauen, d. h. auf dem Expertentum und der Überzeugung von Therapeuten, zu wissen, wo es langzugehen hat. Eine Psychotherapie, die hingegen auf einem interpersonalem Verständnis, einer „infiniten“ Epistemologie des Wir aufruht, ist gekennzeichnet durch das Risiko, nicht zu wissen, wohin der Weg führt, aber ihn mit dem Klienten zusammen zu gehen. Deshalb kann dies auch zu Recht als „Mitgegenwart“, als „Co-Präsenz“ (vgl. Levinas, 1989, S. 79) bezeichnet werden, weil sie sich aus dem „Dia“ des Dialogs versteht.

Ein Therapeut, der die essentielle dialogische Qualität der Therapie anerkennt und ihr zu entsprechen sucht, muss über das hinausgehen, was er zu tun gewohnt ist, und Neues riskieren. Er muss über das hinausgehen, was von ihm erwartet wird und was er tun kann, ohne ein Wagnis auf sich zu nehmen. Er muss über das Selbst und das Selbe hinausgehen – oder umgekehrt betrachtet: Er muss riskieren, den Anderen auf sich zukommen zu lassen, sich diesem zu öffnen und selbst als Person sichtbar und erfahrbar zu werden.

Wir *sind* Dialog, wir müssen ihn nicht erst machen oder herstellen. Dasselbe gilt für die Therapie: Sie ist Dialog – wenn man dies nur realisiert und zulässt.

Dazu freilich bedarf es auch hier des zweiten „Griffs“ und das heißt, es bedarf des Loslassens etablierter Überzeugungen und des Änders lang geübter Gewohnheiten und lang bedachter Konzepte, will man sich nicht selbst in der Falle fixieren.<sup>27</sup>

### 3.5 Psychotherapie als Dialog – ein politisches Statement

Dass es sich dabei um das Gegenteil dessen handelt, was mit „Behandlung“ oder einem „Expertenverständnis“ im herkömmlichen Sinn gemeint ist, stellt – gerade in Zeiten, in denen es um möglichst schnellen und kostengünstigen „Erfolg“ geht – eine der Herausforderungen des Personzentrierten Ansatzes nicht nur an die therapeutische Zunft, sondern an die Gesellschaft als ganze dar.

Denn dass – im Gegensatz zu Psychotechnik oder Verhaltenskontrolle, ja Verhaltensmanipulation – Psychotherapie, die diesen Namen verdient, Dialog ist, ist auch ein politisches Statement. Personzentrierte Therapeutin, personenzentrierter Berater zu sein, ist nicht nur eine persönliche, sondern auch eine politische Herausforderung.

Es ist eine politische Handlung, einem Paradigma zu widerstehen, das auf fremdbestimmenden Diagnosen und festschreibenden Systematisierungen beruht, das an Problemen und Lösungen orientiert ist.

Zu sagen „Hier bin ich“ ist eine politische Handlung. Denn sich als Therapeut nicht nur persönlich, sondern auch professionell existenziell berühren zu lassen und sich in die therapeutische Beziehung als Person einzubringen, ist eine politische Haltung und im gegenwärtigen Umfeld ein starkes politisches Statement.

Auch bewährte eigene Wege immer wieder in Frage zu stellen, damit die Überzeugung loszulassen, „man wisse, wie es geht“, und sich auf Neues einzulassen, ist eine politische Handlung. Sich solcherart an die vorderste Reihe der Erforschung des Verständnisses von Mensch-Sein zu setzen, ist eine andauernde Provokation in einem technik- und effizienzorientierten Umfeld – nicht nur in den Gesundheitsberufen.

Klientenzentrierung ist ein umfassendes politisches Programm. Denn auf ein Dialogverständnis zu setzen, das von therapeutischen Machtpositionen gründlich Abstand nimmt, ist nicht nur eine persönliche und professionelle Herausforderung, sondern auch eine Herausforderung an die etablierte Politik der helfenden Professionen. (Vgl. dazu Schmid, 2007a; b.)

27 Deshalb ist es auch eine je persönliche (und lebenslange) Aufgabe für jeden Therapeuten, seine eigenen „Fixierungen“ schrittweise zu entdecken und in seiner konkreten Praxis zu überwinden. (Konkrete Beispiele siehe z. B. Schmid & Mearns, 2006; Mearns & Schmid, 2006.)

## Literatur

- Binder, U. (1996). Die Bedeutung des motivationalen Aspekts von Empathie und kognitiver sozialer Perspektivenübernahme in der personenzentrierten Psychotherapie. In: R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Hrsg.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy: A paradigm in motion* (S. 347–362). Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Bohart A. C. & Tallman, K. (Eds.) (1999). *How clients make therapy work*. Washington, D.C.: APA.
- Buber, M. (1974). *Ich und Du*. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Buber, M. (1982). *Das Problem des Menschen*. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Burggraeve, R. (1988). Responsibility precedes freedom: In search of a biblical-philosophical foundation of a personalistic love ethic. In J. A. Selling (Ed.), *Personalist morals: Essays in honor of Professor Louzis Janssens*. Leuven: Peters.
- Casper, B. (1995). Dialog: Philosophisch. Kasper, W. (Hg.), *Lexikon für Theologie und Kirche*, 3. Aufl., Bd. 3 (Sp.191–192), Freiburg i. Br.: Herder.
- Dewey, J. (2004), *Erfahrung, Erkenntnis und Wert*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Finkielkraut, A. (1987). *Die Weisheit der Liebe*. München: Hanser.
- Friedman, M. D. (1985). *The healing dialogue in psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Keys, S. (2009). Love in Therapy: Spiritual, sexual, political and ethical aspects. Vortrag, Wien. IPS-Symposium 2009, *Person und Dialog: Kontinuität und Veränderung im Personenzentrierten Ansatz*; DVD Nr. 3. Wien: IPS, 2009.
- Levinas, E. (1949). *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*. Paris: Vrin 1982; orig. 1949.
- Levinas, E. (1959). Der Untergang der Vorstellung. In E. Levinas, *Die Spur des Anderen: Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie* (S. 120–139). Freiburg i. Br.: Alber.
- Levinas, E. (1961). *Totalité et infini: Essai sur l'extériorité*. Den Haag: Nijhoff. dt.: *Totalität und Unendlichkeit. Versuch über die Exteriorität*. Freiburg: Alber.
- Levinas, E. (1963). Die Spur des Anderen. In E. Levinas, *Die Spur des Anderen: Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie* (S. 209–235). Freiburg i. Br.: Alber.
- Levinas, E. (1986). *Ethik und Unendliches: Gespräche mit Philippe Nemo*. Graz: Böhlau.
- Levinas, E. (1989). Dialog. In F. Böckle, F.-X. Kaufmann, K. Rahner, B. Welte & R. Scherer (Eds.), *Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft*, Bd. 1 (S. 61–85). Freiburg i. Br.: Herder.
- Mead, G. H. (1968). *Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Mearns, D. (2003). Problem-centered is not person-centered. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 3, 2, 88–101.
- Mearns, D. & Schmid, P.F. (2006). Being-with and being-counter: Relational depth: the challenge of fully meeting the client. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 4, 255–266.
- Nikaya, S. (o.J.). *The foolish monkey*. [http://www.dharma.org/ij/archives/1999a/ss\\_monkey.htm](http://www.dharma.org/ij/archives/1999a/ss_monkey.htm) [May 8, 2006, 1:00 a.m.].
- Rennie, D. L. (2006). Radical reflexivity: Rationale for an experiential person-centered approach to counseling and psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 2, 114–126.
- Rogers, C. R. (1962c/1977). Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15; dt.: Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen, in: Rogers, C. R., *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 161–180), München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1975a). Empathic – an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist* 5, 2, 2–10.
- Rosenzweig, F. (1988). *Der Stern der Erlösung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Schmid, P. F. (1991). Souveränität und Engagement: Zu einem personenzentrierten Verständnis von „Person“. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 15–164). Mainz: Grünewald.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie: Ein Handbuch, Bd. I.: Solidarität und Autonomie*. Köln: EHP.
- Schmid, P. F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. 2: Die Kunst der Begegnung*, Paderborn: Junfermann.
- Schmid, P. F. (1998). *Im Anfang ist Gemeinschaft: Personzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, P. F. (2002a). Presence: im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Contact and perception* (pp. 128–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002b). Knowledge or acknowledgement? Psychotherapy as 'the art of not-knowing' – Prospects on further developments of a radical paradigm. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 1/2, 56–70.
- Schmid, P. F. (2002c). "The necessary and sufficient conditions of being person-centered": On identity, integrity, integration and differentiation of the paradigm. In J. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds). *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century* (pp. 36–51). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002d). Anspruch und Antwort: Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. Keil, G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Vienna: Springer.
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counseling: criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 2, 104–120.
- Schmid, P. F. (2004). Back to the client: A phenomenological approach to the process of understanding and diagnosis. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 1, 36–51.
- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen: Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personenzentrierten Ansatzes. *PERSON*, 9, 1, 4–20.
- Schmid, P. F. (2006a). The challenge of the Other. Towards dialogical person-centered psychotherapy and counseling. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 4, 241–254.
- Schmid, P. F. (2006b). Psychotherapy is dialogue or it is not psychotherapy: The personal and political challenge of being a person-centered psychotherapist. 7<sup>th</sup> World PCE Conference, Potsdam, 2006. <http://pfs.kilu.de/papers/pp-potsdam-dialogue.pdf> [8. 11. 2009 21:56].
- Schmid, P. F. (2007a). *Psychotherapie ist Politik oder sie ist nicht Psychotherapie: Herausforderungen des Personenzentrierten Ansatzes an die Psychotherapie*. Vortrag Symposium „Identitätsentwicklung durch Begegnung“, Wien. <http://pfs.kilu.de/papers/pp-politik.pdf> [8. 11. 2009, 21:20].
- Schmid, P. F. (2007b). Psychotherapy is political or it is not psychotherapy: The actualising tendency as personalizing tendency. Keynote address, 3rd BAPCA Conference, Cirencester, GB. <http://pfs.kilu.de/papers/pp-cirencester.pdf> [8. 11. 2009, 21:21].

- Schmid, P. F. (2008a). Resonanz – Konfrontation – Austausch: Personzentrierte Psychotherapie als kokreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber. *PERSON*, 12, 1, 22–34.
- Schmid, P. F. (2008b). How person-centred is dialogical? Therapy as encounter – an evolutionary improvement? an arbitrary deviation? a new paradigm? 8<sup>th</sup> World PCE Conference, Norwich, GB. <http://pfs.kilu.de/papers/pp-norwich-pc-dialogical.pdf> [8.11.2009, 22:01].
- Schmid, P. F. (2008c). Active responsiveness: Person-centered psychotherapy – a dialogical approach. Invited paper, 5th World Congress for Psychotherapy, Peking. <http://pfs.kilu.de/papers/pp-beijing.pdf> [8.11.2009, 22:03].
- Schmid, P. F. (2008d). Eine zu stille Revolution? Zur Identität und Zukunft des Personzentrierten Ansatzes. Hauptvortrag Fortbildungstagung der GwG-Akademie, Mainz. <http://pfs.kilu.de/papers/paper-mainz.pdf> [8.11.2009 23:05].
- Schmid, P. F. (2009a). Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen personzentrierter Therapie. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 34–49). Wien: Facultas/UTB.
- Schmid, P. F. (2009b). Psychotherapie ist Dialog oder es ist nicht Psychotherapie: Die persönliche und politische Herausforderung der personalen Begegnung. Vortrag, Wien; IPS-Symposium 2009: *Person und Dialog: Kontinuität und Veränderung im Personzentrierten Ansatz*; DVD Nr. 7. Wien: IPS, 2009.
- Schmid, P. F. (2009c). Freedom to respond: Dialogue – foundation and challenge of humanity. Carl Rogers Award Address, 117<sup>th</sup> APA Conference: Toronto. <http://members.kabsi.at/pfs0/pp-toronto-rogers-award-address.pdf> [8.11.2009, 21:49]
- Schmid, P. F. (in Druck). Beyond question and answer: The challenge to facilitate freedom. Keynote lecture. Proceedings of the International Conference “Person-Centred Counselling and Psychotherapy Today: Evolution and Challenges”. Athen, 2009. In Druck.
- Schmid, P. F. & Mearns, D. (2006). Being-with and being-counter: Person-centered psychotherapy as an in-depth co-creative process of personalization. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6, 3, 255–265.
- Slunecko, T. (2000). *Wie lässt sich Humanismus begreifen und auch wieder lassen?* <http://www.pfs-online.at/papers/50slunecko.htm> [8.11.2009, 22:11].
- Vergauwen, G. (1993). Die Verantwortung für den Anderen. *Diakonia*, 24, 5, 295–304.
- Wucherer-Huldenfeld, A. K. (1979). *Philosophische Anthropologie II*. Wien: Skriptum.

#### Autor:

Peter F. Schmid, Univ.DoZ HSPf. Mag. Dr., Personzentrierter Psychotherapeut und Psychotherapiewissenschaftler, Leiter des Carl-Rogers-Instituts der Sigmund Freud Universität, Wien, und des Studiengangs Personzentrierte Psychotherapiewissenschaften, Ausbilder des IPS der APG, Carl-Rogers-Preisträger der American Psychological Association 2009.

#### Korrespondenzadresse:

Peter F. Schmid  
1120 Wien, Koflergasse 4  
E-Mail: [pfs@pfs-online.at](mailto:pfs@pfs-online.at)

# Die SGGT wird 30 Jahre alt – und wird zu pca.acp

Schon bevor sich im Juni 1979 etwa 70 Frauen und Männer in Olten (CH) versammelten, um die SGGT zu gründen, gab es in der Schweiz die Möglichkeit, sich in Gesprächstherapie weiterzubilden. Agnes Wild organisierte mit deutschen KollegInnen Kurse für junge PsychologInnen sowie PsychiaterInnen. Erfahrene PsychotherapeutInnen boten Supervision an.

Franz Berger erinnert sich noch gut an Auseinandersetzungen rund um die Vereinsgründung: *„Gefordert wurde eine Organisation zur Verbreitung des Gedankenguts von Carl Rogers, welche demokratische Strukturen aufweisen sollte und die Ausbildung auf demokratische Weise aufbauen wollte, analog zu den Bestrebungen unter den VerhaltenstherapeutInnen und in Abgrenzung zur als patriarchalisch empfundenen Ausbildungssituation unter PsychoanalytikerInnen.“*

Bei einer Versammlung der noch nicht schweizerisch organisierten GesprächspsychotherapeutInnen beschlossen die Anwesenden die Gründung eines Vereins und beauftragten die GesprächstherapeutInnen in den Regionen, je eine Person in eine Statutenkommission zu delegieren. Diese tagte mehrmals, arbeitete einen Statutenentwurf aus und bereitete eine Gründungsversammlung vor. Heftig wurde um die Ausrichtung dieser zu schaffenden Organisation gestritten: Ein Club von PsychotherapeutInnen mit Chancen auf Kantonale Anerkennungen (1977 war die Basler Psychotherapeutenverordnung in Kraft getreten)? Eine institutionskritische Bewegung? Ein Verein, um Rogers' Gedanken in verschiedensten Kontexten zu verbreiten? Die Gründungsversammlung verabschiedete Statuten, die Kompromisse erkennen lassen, und wählte einen Vorstand mit Urs Wittmer als Präsidenten.“

Die SGGT Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie war geboren.

Seither hat sich die SGGT bewegt und immer wieder neu organisiert, um den Herausforderungen und Ansprüchen der jeweiligen Gegenwart gerecht zu werden. Die Schilderungen von Franz Berger lassen unschwer erkennen, dass sich verschiedenste Themen und Anliegen durch die 30 Jahre Vereinsleben weitergezogen haben.

- Die Frage nach den passenden Strukturen des Verbandes, nach einer demokratischen Organisation, die dem PCA entspricht.
- Die Spannung zwischen dem Wunsch nach formaler Anerkennung im Gesundheitswesen und einer gesellschaftskritischen Bewegung.
- Das Bestreben, den Personenzentrierten Ansatz in den verschiedensten Berufs- und Lebensfeldern zu verbreiten.

In den 80er Jahren startete mehr als einmal im Jahr eine Weiterbildungsgruppe in Psychotherapie, später auch in Beratung. Viele begannen die Weiterbildung noch vor Studienabschluss. Zunehmend regelten aber die Dachverbände und Kantone die Zulassung und Dauer von Weiterbildungen, die verlangten Stundenzahlen stiegen stetig an und es mussten immer mehr Vorgaben erfüllt werden.

An den Versammlungen beschäftigten sich die Mitglieder immer mehr mit den Weiterbildungsanforderungen. Man bemühte sich, allen Seiten gerecht zu werden. In der Schweiz spielen in diesem Feld verschiedene Spieler:

- Der Schweizerische Psychotherapeutenverband SPV, in dem vor allem PsychoanalytikerInnen freudscher und jungscher Schule, GestalttherapeutInnen, KörpertherapeutInnen u.a. organisiert sind, deren Grundstudium sehr oft nicht Psychologie ist.
- Die Föderation der Schweizer Psychologen FSP, die darauf besteht, dass ausschließlich ein universitärer Abschluss in Psychologie die Zulassung zur Psychotherapie Weiterbildung gewährleistet.
- Der SBAP, der Berufsverband für Angewandte Psychologie, der auf die Gleichbehandlung von AbsolventInnen der Fachhochschule wie der der universitären Hochschule pocht.
- Eng mit dem SPV verflochten ist die Charta für Psychotherapie, ein Dach von Ausbildungsinstituten in Psychotherapie, die sich ebenfalls um Qualitätsstandards kümmern und in der berufspolitischen Landschaft eine wichtige Rolle spielen.
- Alle 26 Kantone, die je eigene Bedingungen für die Erteilung einer Praxisbewilligung kennen.

## Heute:

2009 steht die Schweiz vor einem wichtigen Schritt: Demnächst soll ein Gesetzesentwurf über Psychologie-Berufe in die Eidgenössischen Räte gehen, in dem auch die Zulassung zur Psychotherapie Weiterbildung geregelt werden soll. Dabei ist die sehr strittige Frage zu klären, ob ein Psychologiestudium der einzig mögliche Zugang zu Psychotherapie Weiterbildung sein soll.

Mit dem neuen Namen pca.acp, den wir uns selbst zum 30. Geburtstag gegeben haben, wollen wir noch stärker unsere Einbettung ins internationale Umfeld zum Ausdruck bringen. Im Jahr 2000 war ein wichtiger Entscheid in diese Richtung gefallen: die Mitherausgeberschaft bei der deutschsprachigen Zeitschrift „PERSON“ wurde beschlossen und damit die eigene Zeitschrift „Brennpunkt“

eingestellt. Unsere welschen KollegInnen beteiligen sich an der französischsprachigen Zeitschrift „*ACP Pratique et recherche*“.

## **Ausblick**

In einer Zeit, in der die Weiterbildungen in Psychotherapie zunehmend an den Hochschulen angeboten werden und Studierende Mastertitel anstreben, ist es für private Weiterbildungsanbieter nicht einfach zu überleben. Zudem wird im Berufsfeld der PsychotherapeutInnen oft eine Weiterbildung in kognitiver Verhaltenstherapie verlangt, weil diese effizienter sein soll. Diese Tatsachen erfordern

eine aktive Politik der [pca.acp](http://pca.acp). Wir suchen die Zusammenarbeit mit Universitäten und Fachhochschulen. Mit der Universität Freiburg läuft derzeit ein Forschungsprojekt zu personenzentrierter Supervision und in Kooperation mit der Hochschule für Heilpädagogik Zürich bieten wir eine Fortbildung in „Beratung in integrativen Schulen“ an. Weitere Gespräche mit Hochschulen sind im Gange.

*Anita Holzer*

*Präsidentin [pca.acp](http://pca.acp)*

*Schweizerische Gesellschaft für den Personenzentrierten Ansatz.  
Weiterbildung, Psychotherapie, Beratung*

# Rezensionen\*

Jochen Eckert

## Mick Cooper: Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy: The Facts are friendly.

London: Sage, 2008. 239 Seiten, ISBN 978-1-84787-043-8 (pbk), € 29,-/Sfr 49,-.

Auf der Titelseite des Buches gibt es auch einen Untertitel in der Form eines Stempelaufdrucks:

The facts are friendly

Diese Feststellung hat Carl Rogers getroffen, der nicht nur immer wieder die Notwendigkeit betont hat, unsere Hypothesen bezüglich Psychotherapie mit Hilfe der Forschung zu überprüfen, sondern selbst die Erfahrung gemacht hat, dass die Forschung nicht ein Feind der Psychotherapie ist, sondern notwendig und hilfreich für ihre Entwicklung.

Diese Erfahrung hat offenbar auch der Autor, Mick Cooper, gemacht, denn sein Buch will diese Erfahrung vermitteln. Und dabei hat er vor allem die praktizierenden Psychotherapeuten im Auge.

Im Vorwort weist Michael Lambert, der jetzige Herausgeber des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ von Bergin und Garfield, darauf hin, dass die Entwicklung der Psychotherapie durch eine sich ständig erweiternde Vielfalt gekennzeichnet sei: Die Anzahl der Psychotherapien und der Therapiemethoden sei gestiegen sowie die Anzahl der praktizierenden Psychotherapeuten und die der Aus- und Weiterbildungsprogramme. Sowohl Psychologen, Sozialarbeiter, Schulpsychologen, Pastoralpsychologen, Personen in Krankenpflegeberufen, Paar- und Familientherapeuten, Psychiater als auch semiprofessionelle Helfer seien in einer Vielzahl von psychotherapeutischen Aktivitäten engagiert – alle mit dem Ziel, die seelische Gesundheit von Patienten zu fördern.

Diese Entwicklung habe aber auch negative Seiten: In dem Maße, in dem Psychotherapie qualitativ und quantitativ wachse, nehme die Überschaubarkeit ihrer Ergebnisse und die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen psychotherapeutischen Interventionen ab.

Diese Unübersichtlichkeit ist m. E. einer der Gründe dafür, dass sich nur wenige Praktiker mit Forschungsergebnissen auseinandersetzen. Auch das möchte der Autor mit seinem Buch ändern.

Deshalb nennt Lambert das, was Mick Cooper mit seinem Buch versucht, ein „ambitioniertes Unternehmen“.

Ich finde, dem Autor ist sein Unternehmen gelungen: Cooper gibt nicht nur einen aktuellen Überblick über die wichtigen Ergebnisse der Psychotherapieforschung, sondern er unternimmt auch den aus meiner Sicht gelungenen Versuch, Therapieforschung und Therapiepraxis in einer äußerst konstruktiven Weise (wieder) miteinander zu verbinden und aufzuzeigen, wie sie wechselseitig voneinander profitierten können – was bekanntlich bereits von S. Freud mit seinem „Junktim von Heilen und Forschen“ gefordert worden ist und auch von Carl Rogers, der, wie schon erwähnt, immer wieder gemahnt hat, die klinisch gewonnenen Erkenntnisse als Hypothesen aufzufassen und einer wissenschaftlichen Überprüfung zu unterziehen.

Um diese (Wieder-)Annäherung möglich zu machen, wendet sich der Autor an Psychotherapeuten und Berater im Bereich Psychotherapie und versucht, die Vielfalt der Ergebnisse der empirischen Psychotherapieforschung in einer für die psychotherapeutische Praxis relevanten Übersicht zusammen zu fassen.

Er folgt dabei einem Verständnis des Verhältnisses von Forschung und Praxis, das davon ausgeht, dass die psychotherapeutische Praxis nicht „forschungsgeleitet“ („research-directed“), sondern „forschungs-informiert“ („research-informed“) sein sollte. Die Forschung soll dem Praktiker als wertvolle Quelle von Informationen darüber dienen, wie man psychotherapeutische Praxis gestalten kann. Sie soll – und kann – aber nicht Richtliniencharakter haben, denn neben den empirischen Forschungsergebnissen seien psychotherapeutische Theorien, persönliche Erfahrungen, Erkenntnisse aus Supervisionssitzungen und viele andere Faktoren für die therapeutische Praxis ausschlaggebend.

Für den Fall, dass jemand seine Position „wischwaschi“ („wishy-washy“) finden könnte, verweist Cooper auf ihre Übereinstimmung

\* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at

Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3)

mit der neuesten Definition der American Psychological Association von „Evidence-based psychological practice“ hin: „the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences“ (APA, 2006, S. 273).

Cooper umreißt in einer sehr lesenswerten Einführung, „The Challenge of Research“, die Möglichkeiten und Grenzen von Forschung im Bereich Psychotherapie. Er schließt dieses Kapitel mit 10 Multiple-Choice-Quizfragen. Die Frage 4 basiert auf den Ergebnissen einer neueren Studie, in der die für eine Kurztherapie geeigneten Patienten zwischen Gesprächspsychotherapie (non-directive counselling = N-DC) und kognitiv-behavioraler Therapie (CBT) wählen konnten. Beide Vorgehensweisen wurden den Patienten kurz beschrieben (s. S. 12). Frage: Wie viele Patienten entschieden sich für das eine und wie viele für das andere Verfahren?

- (A) 10% wählten N-DC und 90% wählten CBT
- (B) 40% wählten N-DC und 60% wählten CBT
- (C) 60% wählten N-DC und 40% wählten CBT
- (D) 80% wählten N-DC und 10% wählten CBT.

Die Lösung finden Sie in der Studie von King et al. (2000).

In den sechs Hauptkapiteln werden folgende Themen behandelt:

- Die Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung in Beratung und Psychotherapie
- Nimmt die therapeutische Orientierung Einfluss? „The Great Psychotherapy Debate“
- Klientenmerkmale: Das Herz und die Seele psychotherapeutischer Veränderungen
- Therapeutenmerkmale: Welches bewirkt was?
- Beziehungsmerkmale: Ist es die therapeutische Beziehung, die heilt, oder ist es ...?
- Technik und praktische Faktoren: Ist es das, was du tust, oder die Art und Weise, wie du es tust?

Das letzte Kapitel (Conclusion) fasst die wichtigsten Punkte zusammen. Dabei werden dem Leser auch Hinweise gegeben, wie er sein nun erworbenes Wissen auf dem jeweils neuesten Stand halten („updaten“) kann. Im Anhang findet sich noch eine Übersicht zur Effektivität und Effizienz der verschiedenen therapeutischen Orientierungen.

Der Autor, Professor of Counselling an der University of Strathclyde in Glasgow (Schottland), bezeichnet seine eigene therapeutische Orientierung als „humanistisch und beziehungsorientiert“, wie man einer sehr sehenswerten Videopräsentation des Buches bei YouTube (<http://www.youtube.com/watch?v=94mk843AsLg>) entnehmen kann. Vor diesem Hintergrund habe ich mir seine Ausführungen bezüglich eines ursprünglich zentralen Konzeptes der Klienten- bzw. Personzentrierten Psychotherapie, nämlich der Nicht-Direktivität, angesehen. Bekanntlich hatte Rogers sein therapeutisches Vorgehen schon 1951 selbst nicht mehr als „non-directive“, sondern als „client-centered“ charakterisiert, weil „non-directive“

von vielen Therapeuten gründlich missverstanden worden war: Es wurde gleichgesetzt mit einer Laisser-faire-Haltung, mit Passivität, dem „Spiegeln“ im Sinne einer wörtlichen Wiederholung der vom Klienten ausgedrückten Gefühle, dem Paraphrasieren des Gesagten usw. Verhaltenstherapeuten verstehen noch heute (z. B. Cottraux et al., 2009, S. 309) unter Nicht-Direktivität (vermeintlich im Sinne von Rogers) die Unterlassung von therapeutischen Interventionen, wie sie in der Verhaltenstherapie verstanden werden: So habe der Therapeut Nicht-Direktivität zu verwirklichen, indem er Wünsche des Klienten nach Ratschlägen ignoriert oder sich höflich weigert, welche zu geben. Nicht-Direktivität bestehe ferner darin, dass der Therapeut keine Verhaltensanweisungen gibt, keine Hausaufgaben machen lässt, den Klienten nicht ermutigt, neues Verhalten auszuprobieren oder maladaptive kognitive Schemata zu verändern oder Problemlösungen zu suchen und den Klienten nicht auffordert, sich angstbesetzten Vorstellungen oder Lebenssituationen auszusetzen.

Cooper definiert Nicht-Direktivität im Sinne des klientenzentrierten Konzepts korrekterweise wie folgt: *Nicht-Direktivität ist eine therapeutische Position, bei der der Therapeut versucht, den/die Klienten/in nicht in irgendeiner bestimmten Art und Weise zu lenken* (S. 137). Nicht-Direktivität in diesem Sinne sei eine Haltung bzw. eine ethische Position. Nicht-Direktivität in diesem Sinne sei bis heute nicht empirisch erforscht und etwas völlig anderes als die Nicht-Direktivität, die in vielen verhaltenstherapeutischen Wirksamkeitsstudien als Kontrollbedingung (siehe oben) verwirklicht worden sei.

Cooper will mit seinem Buch nicht nur Studierende an die Forschung heran führen, sondern auch den Praktiker anregen, selbst zu forschen. Um Letzteres zu fördern, setzt der Autor zwei didaktische Mittel ein: Am Ende eines Themas werden – optisch hervorgehoben – zum einen „Implikationen für die Praxis“ beschrieben und zum anderen werden Fragen, die die Reflexion des Dargestellten anregen sollen („Questions for Reflection“), aufgeworfen.

Es ist dem Autor m. E. nicht nur gelungen, ein in didaktischer Hinsicht optimal gestaltetes Buch zu verfassen, sondern das auch noch in einem Sprachstil, der an Klarheit und Verständlichkeit kaum Wünsche offen lässt.

Ich stehe mit meiner Meinung nicht allein da. Nicht nur die im Klappentext (Praise for the book) aufgeführten englischen und amerikanischen Kollegen und Kolleginnen, sondern auch ein deutscher Kollege, Psychotherapieforscher und Buchautor, der das Buch gelesen hatte, war voll des Lobes. Er hat mir verraten, dass er seit langem plant, genau so ein Buch zu schreiben, ein Buch, das die Praktiker wieder an die Forschung heranzuführt und das helfen kann, die gebetsmühlenartig beklagte Kluft zwischen Forschung und Praxis zu verkleinern, in der Hoffnung, dadurch dazu beizutragen, dass wir unseren Patienten (noch) wirkungsvollere Behandlungen anbieten können.

Ich wünsche dem Buch viele, viele Leser.

## Literatur

APA (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist* 61 (4), 271–285.

Cottraux, J., Note, I. D., Boutitie, F., Milliery, M., Genouihlac, V., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Gaillard, S., Djamoussian, D., de Mey Guillard, C., Culem, A. & Gueyffier, F. (2009). Cognitive Therapy versus

Rogerian Supportive Therapy in Borderline Personality Disorder. *Psychother. Psychosom.*, 78, 307–316.

King, M., Sibbald B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M. et al. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Research Technology Assessment*, 4 (19).

*Sylvia Gaul*

## Eberhard Nölke & Marylin Willis (Hrsg.): Klientenzentrierte Kunsttherapie in institutionalisierten Praxisfeldern.

Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Hans Huber, 2002. 141 Seiten, ISBN 3-456-83883-2, € 24,95/Sfr. 42,80.

Hier liegt ein sowohl für Therapeuten bzw. Therapeutinnen als auch für sozialpolitisch Interessierte besonders lesenswertes Buch vor. In einer von den Herausgebern fundiert geschriebenen Einleitung wird nicht nur klientenzentrierte Kunsttherapie theoriebezogen beschrieben, sondern es werden die jeweiligen Praxisfelder, aus denen die speziellen nachfolgenden Artikel stammen, mit auf Deutschland bezogenen Daten und Zahlen dargestellt. So wird aufgezeigt, dass die Arbeit in psychotherapeutischen, psychiatrischen, heil-, sonder- und allgemeinpädagogischen Handlungsfeldern durch komplexe und neue Problemstellungen gefordert ist. Kulturelle Besonderheiten, unterschiedliche Wertesysteme und sprachliche Barrieren von Migranten bzw. Migrantinnen, die Bürgerkriegen und Vertreibung entkommen und mit drohender Abschiebung in Asylverfahren konfrontiert sind, machen in diesen Zusammenhängen Kunsttherapie zu einem wichtigen Teilbereich institutionalisierter Angebotsstruktur.

Kunst als Merkmal und Teil jeder Gesellschaftsformation kann kulturelle Aspekte symbolisieren und ermöglicht persönlichen Ausdruck von Kreativität. Kunsttherapie, so stellen erfahrene Praktiker und Praktikerinnen in diesem Buch vor, entfaltet gerade dort ihre Wirkkraft, wo die Möglichkeit der verbalen Kommunikation eingeschränkt ist oder das Potenzial kreativer Ausdrucksmöglichkeiten gefördert werden soll. So ist kunsttherapeutisches Arbeiten eine Möglichkeit, über Sprache, kulturelle Unterschiede, kognitive Einschränkungen, bedingt durch psychiatrische Erkrankungen oder Demenz des Alters, hinausgehend therapeutisch zu wirken, was eindrucksvoll mit Einzelfallbeschreibungen und Bildmaterial in diesem Buch dargestellt wird. Die Klienten und Klientinnen werden in dieser Art der therapeutischen Arbeit mit ihren kreativen Anteilen wahrgenommen, die Fixierung auf Defizite weicht einer die kreativen Potenziale unterstützenden Sichtweise. So kommt der Kunsttherapie eine stützende Funktion für die Rückkehr in die Lebenspraxis der Klienten und Klientinnen zu.

Der erste Teil der Einleitung widmet sich theoriebezogenen Überlegungen. Die Autoren, Eberhard Nölke und Marylin Willis,

setzen sich mit Kunst als kreativer Ausdrucksform, mit dem Verhältnis von künstlerischem Handeln bzw. Kunsttherapie und der klientenzentrierten Theorie der Kreativität von Carl R. Rogers und Natalie Rogers auseinander. Die Autoren befassen sich in inhaltlich sehr verdichteter Form mit den kunsttherapeutisch wesentlichen Aspekten und theoretischen Konstrukten. Sie belegen damit eindrucksvoll, wie Kunsttherapie weit über eine instrumentelle Rolle, die ihr mitunter im Rahmen psychosozialer Versorgung zugeschrieben wird, hinaus reicht.

Ein Abriss über Kreativität führt in das Thema ein: Der Mensch ist nach Ernst Cassirer ein „animal symbolicum“, er ist dazu fähig, eine innere Repräsentation der äußeren Realität zu bilden. Die Phantasie als spezifisch produktive Leistung der menschlichen Vorstellungskraft ist Keimzelle der Kreativität und ein Akt, der Neues hervor bringt und damit Selbstentwürfe und Selbstbilder verändern kann. Nonverbalen Ausdrucksformen wohnt gegenüber sprachlichen Zeichen die Fähigkeit inne, ein genaues Bild des „Individuellen“ hervor zu bringen. Konkret Ausgedrücktes wird so zur Projektionsfläche zwischen dem Inneren und dem Äußeren eines Individuums.

Die Gemeinsamkeit künstlerischer Produktion und kunsttherapeutischer Gestaltungsprozesse ist die Versunkenheit im Schaffen, die der nachträglichen Kontrolle zugänglich ist. Hier werden Winnicotts „intermediärer Raum“ und Meads Dialektik des „I and Me“ zitiert. Der kreative Akt ist eine Begegnung. Der Gestaltungsprozess schafft eine eigene Ebene des Beziehungsgeflechts, da das Werk in seiner materialen Autonomie existiert. Therapeut bzw. Therapeutin und Klient bzw. Klientin können sich jeweils einzeln oder gemeinsam dazu in Beziehung setzen. Durch dieses Dritte im Bunde, als Distanz schaffendes „Dazwischen“, wird die Abhängigkeit und Bindung an den Therapeuten bzw. die Therapeutin begrenzt. Damit beschreiben die Autoren ein wesentliches Element von Kunsttherapie und leiten über zu dem spezifisch klientenzentrierten Theorieteil der Kunsttherapie.

In knapp vier Seiten gelingt es den Autoren, die wesentlichen Konstrukte der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie und Therapietheorie von Carl R. Rogers darzulegen. Kreativität ist Ausdruck der Aktualisierungstendenz, der Tendenz sich auszudehnen und sich zu erhalten. Mit der Offenheit gegenüber dem eigenen Erleben wird auch sozial konstruktive Kreativität möglich; eine Bewertung solcher materialisierter schöpferischer Ideen nimmt Bezug auf die eigene organismische Reaktion. Die Transformationsmöglichkeiten des spielerischen kreativen Umgangs finden sich im Konzept der „Creative Connection“ von Natalie Rogers, der Tochter von Carl Rogers. In der von ihr auf klientenzentrierter Grundlage entwickelten „Expressive Arts Therapy“ wird dem Klienten bzw. der Klientin die Möglichkeit eingeräumt, einen Ausdruck auf mehrere andere Ausdrucksformen zu transformieren. Der Selbsterforschungsprozess gewinnt damit eine schrittweise Differenziertheit, die komplexe Möglichkeiten der Erkenntnis eröffnet. Es wird aber auch auf das wesentliche Element klientenzentrierter Psychotherapie hingewiesen: Entwicklung bedarf förderlicher Bedingungen. Es bedarf einer Begleitung, die den Menschen und seinen geschaffenen Werken mit einfühlendem Verstehen, Akzeptanz und Authentizität gegenübertritt.

Hervorzuheben ist, gerade im Zusammenhang mit Kunsttherapie, die sich zumeist nur auf Protokolle und ggf. die Werke bzw. ihre Abbildungen der Klienten stützen kann, dass hier von den Autoren die Arbeit der Praktiker und Praktikerinnen besonders gewürdigt wird, als eine Arbeit, „die unter dem Handlungszwang steht, in der Praxis die einmalige therapeutische Situation im Interesse der KlientInnen und gemeinsam mit ihnen zur Bearbeitung ihrer Probleme zu gestalten.“ „Was professionelle Psychotherapeuten können, ist zu einem nicht unerheblichen Teil etwas anderes, als in ihren offiziellen Theorien beschrieben wird“, wird Buchholz (1999) zitiert, um auf die Differenz von Theorie und Praxis zu verweisen.

Im zweiten Teil des Einleitungskapitels geht es um klientenzentrierte Kunsttherapie in institutionellen Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung. Hier kommt einer der im Anhang benannten Arbeitsschwerpunkte von Eberhard Nölke, nämlich Theorien und Methoden psychosozialer Arbeit, zum Tragen. Klug und informativ

werden soziale Institutionen und institutionelle Handlungsfelder von einem wissenschaftlichen Standpunkt aus erläutert sowie dargelegt, welche Funktion dem kunsttherapeutischen Angebot zukommt: Freiräume bereitzustellen, in denen das eigene Handeln erfahrbar und das gestalterische Tun erprobt werden kann, um Ganzheitlichkeit und Wohlbefinden sowie Selbstbestimmung und Selbstbewusstsein zu erreichen.

In der Folge werden nun die einzelnen institutionellen Handlungsfelder beschrieben und mit Zahlen und Informationen belegt. Als Beispiel sei herausgegriffen, dass Bildungsangebote der Jugendarbeit und außerschulischen Jugendbildung in Deutschland in 14 753 Einrichtungen mit 37 878 Mitarbeitern bestehen.

So entsteht ein sozialpsychologisches Gesamtbild von in Deutschland lebenden Menschen, die von Migration, globaler Flucht und Vertreibung, Zuflucht vor Gewalt, geistiger Behinderung, psychiatrischen Erkrankungen, Strafvollzug und altersbedingter Beeinträchtigung betroffen sind. Die Art und Weise, wie in diesem Buch über diese Menschen, deren Notlagen, widrige Lebensbedingungen, traumatisierende Erfahrungen berichtet wird, lässt erkennen, dass hinter jeder einzelnen Zahl eine menschliche Biografie steht, der mit Wertschätzung und Respekt begegnet wird.

In den einzelnen Beiträgen, die von Ina Lorenz, Barbara Wilz, Ingrid Dahlen, Brigitte Lampke, Anette Ciesla und Andreas Hett geschrieben sind, erhält der Leser bzw. die Leserin Gelegenheit, den Therapeuten und Therapeutinnen bei der Arbeit zuzuschauen und die Arbeit auch anhand der Werke der Klienten bzw. Klientinnen „anzuschauen“. Eindrucksvoll belegen diese Beiträge, was klientenzentrierte Kunsttherapie ist, was sie vermag und mit welchem hohem Empathie- und Beziehungsverständnis hier von engagierten Therapeuten und Therapeutinnen gearbeitet wird.

Es geht um die Würde und den Respekt vor den Personen und ihren vielfältigen schöpferischen Ausdrucksformen, schreiben die Autoren in ihrem Nachwort. Dies aufzuzeigen gelingt den Herausgebern und Gestaltern der einzelnen Beiträge.

Kurzum: Dieses Fachbuch, das für Theoretiker wie für Praktiker von hohem Informationsgehalt ist, ist darüber hinaus als humanistisches Lesebuch zu empfehlen.

*Karin Wunderlich*

## **Keith Tudor und Mike Worrall: Person-Centred Therapy. A Clinical Philosophy.**

*London/New York: Routledge, 2006. 305 Seiten, ISBN 978 1583 911242 (pbk), € 29,99/ SFr 46,90.*

Der Titel verspricht nicht zu viel: Hier liegt ein breit angelegter und mit Liebe zum Detail durchgehaltener Anlauf vor, personenzentrierte Theorie neu aufzurollen. „Zwei Aufgaben fallen jeder Generation neu zu“, sagen die Autoren, „alte Weisheit wiederzuentdecken und zu überdenken, und sie mit neueren, laufenden Entwicklungen in

Verbindung zu setzen. Rogers hat das zu seiner Zeit getan, und wir wollen hier etwas Ähnliches anbieten“ (S. 8).

Ein ehrgeiziges Projekt, mit großen Zielen: Zum einen soll Personenzentrierte Psychotherapie als fundiert, wissenschaftlich gut untersucht und konkreten philosophischen Prinzipien verpflichtet

positioniert werden. Zum anderen wollen Tudor und Worrall zur selbstständigen Auseinandersetzung mit und Weiterentwicklung von personenzentrierter Theorie anregen. Ihre Vorgangsweise dabei beschreiben die beiden Autoren mit „zurück in die Zukunft“: Rogers' Texte werden in den Kontext ihrer historischen Wurzeln und Querverbindungen gestellt, um davon ausgehend Schlussfolgerungen zu ziehen und Bezüge zu aktuellen Tendenzen und Theorien abzuleiten. Wie Richard House in einer vorangestellten Rezension festhält, fehlt es den Autoren dabei nicht an Mut, gegebenenfalls auch „heilige Kühe“ in Frage zu stellen.

All jene, die sich beim Lesen des Titels Gedanken darüber machen, wie „Clinical Philosophy“ gemeint sein könnte, werden gleich zu Beginn angesprochen: Zugrunde liegt Rogers' Sicht des Personenzentrierten Ansatzes als „way of being“, also als Lebensphilosophie, die er jedoch aus der spezifischen Beziehung zwischen Therapeut und Klient heraus formuliert hat und die auch schwerpunktmäßig in diesem Bereich Anwendung findet. Die Autoren betonen, dass sie das Wort „klinisch“ in der Bedeutung „auf die therapeutische Praxis bezogen“ und ohne den gängigen Beigeschmack von „kalt und unpersönlich“ verstanden wissen wollen.

Dem Thema Philosophie ist das erste Kapitel gewidmet: Einer kurzen Erläuterung zum Philosophieverständnis der Autoren (hier wird auf Wittgenstein Bezug genommen), folgen eine kritische Auseinandersetzung mit Rogers' Gebrauch von philosophischen Begriffen, allen voran der Termini „notwendig“ und „hinreichend“, und ein Überblick über die wichtigsten philosophischen Einflüsse auf das Denken von Carl Rogers. Rogers' spezielle Position zwischen Moderne und Postmoderne wird angesprochen und darauf hingewiesen, dass er zu seiner Zeit vielfach für seine Erfahrungen noch nicht die entsprechenden Begriffe vorfinden konnte und so gesehen als Therapeut und Theoretiker inkonsistent war. Das Kapitel schließt mit einem Blick in Richtung „Sprache und Metaphern“ und dem Hinweis auf die Wichtigkeit des Bewusstseins um deren Wirkung und unerwünschte Nebenwirkungen.

Kapitel zwei kann in gewisser Hinsicht als Herzstück des Buches gesehen werden: Für Tudor und Worrall steht der Organismusbegriff im Zentrum des Ansatzes und ihm widmen sie sich hier in aller Gründlichkeit. In den Ausführungen begegnen wir Kurt Goldsteins Klassiker „Der Organismus“ ebenso wie den Schriften von Andreas Angyal und der Prozessphilosophie von Alfred North Whitehead; auch der Bogen zur aktuellen Neurobiologie wird gespannt. Natur und Eigenschaften des Organismus werden diskutiert und definiert. Da diesem Konzept in der personenzentrierten Literatur bisher verhältnismäßig wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde, kommt dieser Auseinandersetzung sicherlich besonderes Interesse zu.

Im dritten Kapitel geht es um Aktualisierungstendenz und formative Tendenz. Tudor und Worrall zufolge hat ein Organismus nicht eine Aktualisierungstendenz, er ist eine: Jeder lebendige Organismus tendiert dazu, sich zu aktualisieren. Ein Organismus, der das nicht tut, ist tot. Sind die Umweltbedingungen günstig, so

ist Aktualisierung unvermeidlich. Das sehen die Autoren quasi als Naturgesetz, sie ziehen den Vergleich zu Gewicht im Verhältnis zu Schwerkraft. Die Bereitschaft des Therapeuten zur Nondirektivität ist ihrer Ansicht nach letztlich nur aufgrund seines Vertrauens in die Tendenz seines Klienten, sich zu aktualisieren, möglich. Zum Thema formative Tendenz äußern sich die Autoren neutral-zurückhaltend bis skeptisch.

Das Thema „Selbst“ wird – ausgehend von den Grundgedanken zum Organismus und seinen Tendenzen – im vierten Kapitel behandelt. Rogers' Vorstellungen dazu werden in Beziehung zur Geschichte des Begriffes im Allgemeinen und der Selbstpsychologie im Speziellen gesetzt. Zu den philosophischen Bezügen wird eine Übersicht im Anhang des Buches geboten. Auch auf neuere Entwicklungen innerhalb des Ansatzes wird kurz eingegangen.

Kapitel 5 ist den Konzepten „Person“ und „Persönlichkeit“ gewidmet; Kapitel 6 unter dem zunächst etwas exotisch anmutenden Titel „Alienation“ (Entfremdung) dem Thema „Gesundheit und Krankheit“. Hier stellen die Autoren recht ungewohnte Bezüge her: Unter vergleichender Heranziehung eines marxistischen Persönlichkeitskonzeptes diskutieren sie die Wichtigkeit einer kontextuellen und historisch orientierten Perspektive auf den Klienten. Die Sinnhaftigkeit einer derartigen Sichtweise wird letztlich daran gemessen, wieweit sie dem Therapeuten zu mehr empathischem Verständnis und bedingungsloser Akzeptanz verhilft. Grundsätzlich wird dem Wissen um pathologische Strukturen in der Gesellschaft – nicht zuletzt auch im Sinne einer Hinterfragung dessen, was beim Klienten als pathologisch erachtet wird – Bedeutung eingeräumt.

Kritisch untersucht werden – in Kapitel 7 – auch die sechs personenzentrierten „Bedingungen“. Ein spezieller Diskussionspunkt dabei ist, dass ein Modell therapeutischer Bedingungen einen linearen „Wenn-dann“-Prozess implizieren kann. Die Autoren wollen die bekannten Bedingungen daher stets im Beziehungskontext und in den jeweiligen Persönlichkeiten von Therapeutin und Klientin verankert sehen: als etwas, das von beiden gemeinsam laufend neu erschaffen werden muss.

In Kapitel 8 geht es schließlich um den therapeutischen Prozess und seine Ergebnisse. Eine mit Beispielen illustrierte Übersicht zu den Prozessstadien findet sich im Anhang des Buches.

Kapitel 9, „Environment“, unterstreicht abschließend noch einmal die Bedeutung, die Tudor und Worrall dem Umweltkontext zumessen. Der Organismus kann nicht außerhalb seiner Umwelt verstanden werden, beide stehen in einer dynamischen Beziehung. Zum einen erschaffen Therapeutin und Klientin gemeinsam die therapeutische Umwelt, zum anderen ist auch Personenzentrierte Psychotherapie in ihrem – nicht zuletzt auch politischen – Kontext zu sehen.

Insgesamt gesehen: ein spannendes und bereicherndes Werk und eine Fundgrube an Materialien und Anregungen. Pointierte Wortspiele, aus ungewohnten Perspektiven heraus gestellte Fragen und die klaren Stellungnahmen der Autoren halten den Leser bzw.

die Leserin auch dann noch bei der Stange, wenn der Kopf ob des dichten Inhaltes schon etwas heiß geworden ist. Die Fokussierung auf die zentrale Position des Organismusbegriffs und die Verortung des Personenzentrierten Ansatzes als eine „organismische Psychologie“ (und weniger eine Psychologie des Selbst) ist wohl als spezifische Schwerpunktsetzung zu sehen. Allein damit, dass der Impuls

zur eigenen theoretischen Auseinandersetzung ausgelöst wird, bedeutet bereits, dass eines der von ihnen angestrebten Ziele erreicht worden ist. Eine Übersetzung ins Deutsche, die das Buch auch in unserem Sprachraum leichter zugänglich machen würde, wäre äußerst wünschenswert.

*Beatrix Teichmann-Wirth*

## **Johannes Wiltschko: Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens**

*Wien: Facultas, 2008. 174 Seiten, ISBN 978-3-7089-0189-3, € 20,50/SFr 34,50.*

„Dort, wo die Sprache aufhört, wohnen wir wirklich“, so zitiert Wiltschko (S. 15) den Philosophen und Psychologen Eugene Gendlin am Beginn des Buches. Von diesem Wohnort handelt es und lädt ein, sich in diesem mauerlosen Haus umzusehen, vielleicht sogar dauerhaft niederzulassen.

Vieles konnte ich im Zuge der Lektüre erleben, körperlich spürbar, und immer wieder, wenn ich mich nicht allein um ein kognitives Verstehen bemüht habe, wo allzu schnell Anstrengung und Verkrampfung spürbar wurde, sondern den An-Klang in mir wahrnahm, eröffnete es Welten in mir.

Es geht um Philosophie, darüber hinaus um eine Alltags- und Lebenspraxis, zu welcher auch die Psychotherapie zählt, und um den Körper als „Wahrnehmungs-Schiff“ durch den Prozess des Lebens. Das Buch rührt an die Wurzeln des Lebens, um das vielleicht derart pathetisch auszudrücken. Und darin hat es mich berührt. Lasse ich einen Felt Sense dazu kommen, so erscheinen Begriffe komplex, manchmal kompliziert, tief, neu, berührend, inspirierend, anrührend, bewegend; so wie die Lektüre für mich bewegend war.

Das Buch ist bei aller Genauigkeit in der Begriffsbestimmung ein erfahrungszentriertes; die Begriffe und die theoretische Darstellung sind – konsequent im Focusing-orientierten Zugang – immer mit dem Inneren des körperlichen Erlebens verbunden. Gendlin ist darin leiblich anwesend, in der ihm je eigenen leidenschaftlichen Beziehung zum Leben.

Johannes Wiltschko, ein langjähriger Mitarbeiter und intimer Kenner des Werkes von Gendlin, hat als Herausgeber diesem Fluss im Buch, dem Tonbandaufnahmen zugrunde liegen, also die Transkription von einer „aus der momentanen Situation heraus geborenen Sprache“ (S. 24), dankenswerterweise Rechnung getragen.

Nach einer Einführung zur Praxis des Denkens mit dem Felt Sense über flüssiges Denken und fixierte Strukturen befasst sich Gendlin mit der Sprache, die aus dem Körper kommt, einer „frischen Sprache“, wie Gendlin sie bezeichnet, die dort beginnt, wo Sprache im herkömmlichen Sinn zunächst aufhört.

Die zwei folgenden Kapitel („Was ist Philosophie?“, „Das postmoderne Dilemma“) befassen sich im engeren Sinne mit Philosophie, mit philosophischen Traditionen, der Beziehung zwischen dem Erleben und Konzepten, mit Objektivität und Subjektivität wie auch mit Gendlins Metamodell, wonach sich aus jedem Erlebnis ein Modell herauschälen lässt.

Es folgen psychotherapienähere Kapitel zum Felt Sense und über zentrale, „komische Konzepte“, wie sie Gendlin nennt, im Focusing. Die Darstellung dieser „komischen Konzepte“ wie „carrying forward“, „Kreuzen“, „implizite Steuerung“, „Implizieren“ und „ungeteilte Vielheit“ haben mein Verständnis von diesen Konzepten bereichert und intensiviert.

Nach einem Kapitel über den Körper, das die Interaktionalität des Körpers und seine zentrale Rolle in der Bewertung von Situationen ins Bewusstsein rückt, kehrt das Buch sozusagen wieder mehr in philosophische Gefilde zurück, in der Beschreibung von Focusing als Werkzeug des Denkens. Dieses Kapitel möchte ich, wenn es darum geht, sich an eigene Gedanken heranzuwagen und diese mit anderen zu teilen, allen zögernden, ängstlichen Menschen ans Herz legen.

Nach einem Abschnitt über das Ich schließt das Buch mit einem Abschnitt über die „Erste-Person-Wissenschaft“, welche Gendlin der Naturwissenschaft und der Ökologie zur Seite stellt. In der „Erste-Person-Wissenschaft“ kommen das Ich und das Du vor, die die Wissenschaft betreiben. Es gehe nicht wie in den Naturwissenschaften um die Betrachtung von „toten“ Einzelteilen und auch nicht wie in der Ökologie um das Aufgehen im Ganzen, sondern um eine dritte Wissenschaft, „dessen Basiskonzepte Prozesse sind“ (S. 153). Somit gehe es hier um die Beziehung von implizitem Erleben und der Logik, denn „wenn man Logik und Erleben in einer bestimmten Weise aufeinander bezieht, stärkt es beide“ (S. 157).

Das Buch endet mit einer Zusammenstellung von zentralen Sätzen, begleitet von Wiltschkos Einladung, sie mit dem Felt Sense zu lesen, um sodann „das implizit Verstandene zu explizieren, also

selbst zu formulieren, heißt zu denken, weiterzudenken, selbst zu philosophieren. Dazu lädt Gene Gendlin ein!“ (S. 164).

Das stimmt. Das Buch ist für mich eine beständige Einladung, das eigene aus dem Felt Sense kommende Wissen zu Bewusstsein kommen zu lassen und es regt in hohem Maße ein Verständnis an, wonach die eigene uneingeschränkte, ungeteilte Autorität, was das Wissen um Lebenszusammenhänge betrifft, bekräftigt wird. Es ermutigt, sich als „Erste Person“ wahrzunehmen, in ihrer Verbundenheit mit dem Weltzusammenhang.

Ich hoffe, dass sich Menschen und vor allem Psychotherapeuten nicht vom Grundthema Philosophie „abschrecken“ lassen und auch nicht von der Darstellung der teilweise sehr komplexen Zusammenhänge.

Auch wenn im vorliegenden Buch nicht die therapeutischen Aspekte von Focusing im Vordergrund stehen, sondern mehr der Beitrag des Focusing als Werkzeug des Denkens zur Theoriebildung und im Umgang mit Konzepten, so inspiriert es dennoch – das konnte ich in meinen Therapiesitzungen bemerken – zu einem vertieften Zugang zum Menschen.

Für Jürgen Kriz, Verfasser des Vorworts, gehört dieses Buch zu dem Dutzend von Werken, welches er aus einem brennenden Haus retten würde. Es ist für ihn die Querbewegung, das Querdenken, das Überqueren des Mainstreams reduktionistischer und allzu mechanistischer Denkformen der heutigen Zeit.

Gendlin überwindet in seinem hier ausgeführten Ansatz wohl-etablierte Trennungen – zwischen Inhalt und Form, zwischen „unten“ und „oben“, zwischen Subjektivität und Objektivität, zwischen Innen und Außen, zwischen Kultur und Natur. Kritisch sei hier angemerkt, dass diese Trennungen auch schon von anderen Wissenschaftlern aufgehoben wurden, wie z. B. von Wilhelm Reich in seiner funktionellen Denkmethode oder von Rudolf Steiner in seinem geisteswissenschaftlichen Ansatz. Es fällt auch auf, dass sich Gendlin generell sehr wenig auf andere Autoren bezieht, mit Ausnahme von einigen Philosophen, die Erwähnung finden. Auch Carl Rogers findet wenig Beachtung, wiewohl mir scheint, dass es einige sehr starke Verbindungspunkte gäbe. Beispielsweise finden sich meinem Verständnis nach in Rogers' Konzeption der organismischen Bewertung der Felt Sense und das Kreuzen sehr wohl bereits theoretisch ausgewiesen.

Ich denke nicht, dass das Buch für mich zu oben besagtem Dutzend zu rettenden zählen würde, dennoch hat es mich zentral berührt. Es hat mich berührt, aufgerüttelt, wach gemacht, zutiefst inspiriert, ob des Wahrheitsgehalts der Grundbotschaft, den es für

mich in den Wörtern, im Dazwischen in sich birgt. Es stärkt ein Vertrauen, dass das, was jetzt aus meinem Körper entsteht und sich ausdrücken will, richtig ist. Dass es immer und in allererster Linie nicht um die Lösung, nicht um das Festgewordene geht, sondern um den Prozess des Weitertragens, um das „Äh ...“ beim Verfassen eines Gedichts, ebenso wie um die „Ahs“ beim Finden der stimmigen, „einzig richtigen“ „erlösenden“ Zeile. Es inspiriert das Neue, das Schöpferische, das Originäre. Wenn auch vieles davon sich für mich in personenzentrierten Konzepten wie der organismischen Bewertung und dem Vertrauen in die Aktualisierungstendenz wieder findet, so stellt Gendlin eine Methode zur Verfügung, mit der man das Schöpferische, diese Kreation des Eigenen, fördern kann – mit dem jederzeit verlässlichen Fundaments meines Körper-Sinns. „Das nächste bisschen Leben kommt vom Körper selbst, es wird ihm nicht von außen „dazugegeben“, heißt es da (S. 120.)

Das Buch fließt einer Zitatensammlung gleich über von starken, kräftigen Sätzen. Das ist eine Herausforderung – sich nicht in gelernter Autoritätsgläubigkeit davon beeindruckt zu lassen, sondern sie „fortzutragen“ mit Eigenem. Denn das vermittelt es: Dass alles wertvoll ist, jeder immer schon über ein Wissen verfügt, eine Wahrheit, ein Erleben dieser Wahrheit. Es vermittelt, dass dieses Wissen hinter dem Wissen ist, hinter den Inhalten. Es ermutigt, diese Lücke offen zu halten und immer wieder über die eigenen Standpunkte hinaus zu sehen. Es spricht die grundsätzliche Verbundenheit an und dass das, was „immer einem menschlichen Organismus wichtig erscheint, irgendetwas an sich (hat), das auch den anderen menschlichen Organismen wichtig sein wird“ (S. 123).

Das Buch bekräftigt das Ich, das man hinter allen Identifikationen und Identitäten ist, darin, wahrhaft zu erleben, diese „wirkliche Person, die „von unten herauf leben und die man finden muss“ (S. 139). Es bestärkte mich in meiner therapeutischen Praxis, mir zu vergegenwärtigen, dass „immer jemand drinnen“ ist.

So will ich mit einem therapierelevanten Zitat enden, in welchem Gendlins Authentizität, seine Fähigkeit, auch „heiklen“ Empfindungen positive Beachtung zu schenken, ausgedrückt wird: „Das Da-Sein wird für mich als Tatsache immer größer und wichtiger. Der Klient ist da und ich setze mich hin und bin auch da. Alles andere werden wir schon sehen, aber ich bin da. Wenn mich der Klient anschaut, ist es mir ein bisschen unangenehm, aber ich kann es aushalten. Wenn ich wegschaue, schaue ich wieder zurück. Wenn der Klient aushalten kann, mich anzuschauen, ist es das Mindeste, das ich tun kann, wenigstens zurückschauen. Das ist so wie eine Verantwortung“ (S. 140).

# In „Person“ erschienene Rezensionen

(in umgekehrter chronologischer Reihenfolge: 1/1997, Jg. 1, bis 2/2009, Jg. 13)

## Heft 2/2009 (Hrsg.: Diethardt, Lukits & Spielhofer)

- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy. The Facts are Friendly*. London: Sage. (Jochen Eckert)
- Nölke, E. & Willis, M. (Hrsg.) (2002). *Klientenzentrierte Kunsttherapie in institutionalisierten Praxisfeldern*. Bern: Hans Huber. (Sylvia Gaul)
- Tudor, K. & Worrall, M. (2006). *Person-centred therapy. A clinical philosophy*. London/New York: Routledge. (Karin Wunderlich)
- Wiltshko, J. (2008). *Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens*. Wien: Facultas. (Beatrix Teichmann-Wirth)

## Heft 1/2009 (Schwerpunktheft „Arbeit mit älteren Menschen“; Hrsg.: Galliker & Keil)

- Elfner, P. (2008). *Personzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychotherapie*. München: Reinhardt. (Reinhold Stipsits)
- Kitwood, T. (2004). *Demenz. Der Personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. 3. erw. Aufl. Bern: Hans Huber [engl. Orig.: 1997; dt. Erstausgabe: 2000] (Marlis Pörtner)
- Morton, I. (2002). *Die Würde wahren. Personzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz*. Stuttgart: Klett-Cotta. [engl. Orig.: 1999] (Margarethe Letzel)
- Reddemann, L. (2008). *Würde – Annäherungen an einen vergessenen Wert in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Diether Höger)

## Heft 2/2008 (Hrsg.: Hutterer & Keil)

- Claas, P., Döring, E., Finke, J., Gahleitner, S. B., Heinerth, K., Jatzko, S., Kern, E., Steenbuck, G. & Steinhage, R. (2007). *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klienten*. Köln: GwG (auch als CD erschienen). (Brigitte Macke-Bruck)
- Cooper, M., Schmid, P.F., O'Hara, M. & Wyatt, G. (Eds.) (2007). *The Handbook of Person-Centred psychotherapy and counselling*. Basingstoke: Palgrave. (Diether Höger)
- Mearns, D. & Thorne, B. (2007). *Person-centred counselling in action*. 3rd ed. London: Sage. (Dora Iseli)
- Tuczai, M., Stumm, G., Kimbacher, D. & Nemeskeri, N. (Hrsg.) (2008). *Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen*. Wien: Krammer. (Diether Höger)

## Heft 1/2008 (Hrsg.: Berger & Korunka)

- Krause, M.P. (2002). *Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder*. München: Reinhardt. (Marlis Pörtner)
- Kriz, J. (2006). *Self-actualization*. Norderstedt: BoD. (Karin Wunderlich)
- Kriz, J. & Slunecko, T. (Hrsg.) (2007). *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des Personzentrierten Ansatzes*. Wien: Facultas UTB. (Rezensionsartikel Hermann Spielhofer)
- Thorne, B. (2005). *Love's embrace: The autobiography of a person-centred therapist*. Ross-on-Wye: PCCS Books. (Beatrix Teichmann-Wirth)
- Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Juventa. (Diether Höger)

## Heft 2/2007 (Schwerpunktheft „Qualitätssicherung“; Hrsg.: Diethardt, Höger & Stumm)

- Giger-Bütler, J. (2007). *„Endlich frei“. Schritte aus der Depression*. Weinheim-Basel: Beltz. (Margarethe Letzel)
- Lux, M. (2007). *Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften*. München: Reinhardt. (Martina Gross)
- Sanders, P. (Ed.) (2004). *The tribes of the person-centered nation*. Ross-on-Wye: PCCS Books. (Gerhard Stumm)

## Heft 1/2007 (Hrsg.: Keil & Arbter-Rosenmayr)

- Galliker, M. & Weimer, D. (2006). *Psychologie der Verständigung. Eine Einführung in die kommunikative Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer. (Sibylle Neidhart)
- Joseph, S. & Worsley, R. (Eds.) (2005). *Person-centred psychopathology. A positive psychology of mental health*. Ross-on-Wye: PCCS Books. (Robert Hutterer)
- Mearns, C. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London: Sage. (Jobst Finke)

## Heft 2/2006 (Themenheft „Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“; Hrsg.: Behr, Reimitz & Steiger)

- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E. M. & Höger, D. (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer. (Viktor Hobi)
- Kunze, D. (2003). *Lerntransfer im Kontext einer personzentriert – systemischen Erwachsenenbildung. Wie Wissen zum (nicht) veränderten Handeln führt*. Köln: GwG. (Harald Geißler)
- Langer, I. & Langer, S. (2005). *Jugendliche begleiten und beraten*. München: Reinhardt. (Mark Galliker)
- Sander, K. & Ziebertz, T. (2006). *Personzentriert Beraten – Lehren – Lernen – Anwenden. Ein Arbeitsbuch für die Weiterbildung*. Berlin: Frank & Timme. (Hans Schwerzmann)

## Heft 1/2006 (Themenheft „Der Personzentrierte Ansatz in Medizin und klinischer Psychologie“; Hrsg.: Finke & Teusch)

- Hüther, G. (2004). *Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (Mark Galliker)
- Pörtner, M. (2005). *Alt sein ist anders. Personzentrierte Betreuung von alten Menschen*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Mark Galliker)
- Tolan, J. (2002). *Skills in Person-Centred Counselling and Psychotherapy*. London: Sage. (Franz Berger)

## Heft 2/2005 (Themenheft „Selbstorganisation“, Salzburg-Kongress 2004; Hrsg.: Berger, Hutterer & Korunka)

- Bieg, S. & Behr, M. (2005). *„Mich und dich verstehen“ – Ein Trainingsprogramm zur emotionalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientierungsstufenalter*. Göttingen: Hogrefe. (Ilse Freyenschlag & Christine Wakolbinger)

Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. 3., neubearb. und erweiterte Aufl. Stuttgart: Thieme. (Gerhard Stumm)

Sommerbeck, L. (2003). *The client-centred therapist in psychiatric contexts. A therapist's guide to the psychiatric landscape and its inhabitants*. Ross-on-Wye: PCCS Books. (Gerhard Stumm)

Schlippe, v. A. & Kriz, W.C. (Hrsg.) (2004). *Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (Christian Fehring und Rezensionenartikel Hermann Spielhofer)

Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P., Nemeskeri, N. & Voracek, M. (2005). *Personenlexikon der Psychotherapie*. Wien: Springer. (Diether Höger)

**Heft 1/2005** (Themenheft „Personzentriert und störungsspezifisch“; Hrsg.: Schmid & Spielhofer): Keine Rezensionen

**Heft 2/2004** (Hrsg.: Diethardt, Lukan & Stumm)

Stumm, G., Wiltshko, J. & Keil, W.W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. (Michael Behr)

**Heft 1/2004** (Schwerpunktheft „Zur Situation der Personzentrierten Psychotherapie in Ostmittel- und Osteuropa“; Hrsg.: Keil)

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. 9. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. (Lore Korbei)

Leschinsky, A. (Hrsg.) (2003). *Ursula Plog. Von einer, die auszog, um die Psychiatrie das Zuhören zu lehren. Vorträge und Essays*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. (Anna Auckenthaler)

Pörtner, M. (2003). *Brücken bauen: Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Reinhold Stipsits)

**Heft 2/2003** (Schwerpunktheft „Zur Situation der Personzentrierten Psychotherapie in Deutschland“; Hrsg.: Höger, Finke & Teusch)

Giger-Bütler, J. (2003). „*Sie haben es doch gut gemeint*“. *Depression und Familie*. Weinheim: Beltz. (Margarethe Letzel)

**Heft 1/2003** (Schwerpunktheft „Der Personzentrierte Ansatz im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlicher Theorie und gelebter Praxis“; Hrsg.: Diethardt & Letzel): keine Rezensionen

**Heft 2/2002** (Hrsg.: Korunka & Stumm)

Iseli, C., Keil, W.W., Korbei, L., Nemeskeri, N., Rasch-Owald, S., Schmid, P.F. & Wacker, P. (Hrsg.) (2002). *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrtausendwende*. Köln: GwG. (Hermann Spielhofer)

Ryback, D. (2000). *Emotionale Intelligenz im Management. Wege zu einer neuen Führungsqualität*. Köln: GwG. (Wolfgang Keil)

Terjung, B. & Kempf, T. (2001). *Von der Klientenzentrierten Therapie zur Personzentrierten Organisationsentwicklung (Person-Centered-Organization-Development – PCOD)*. Köln: GwG. (Wolfgang Keil)

**Heft 1/2002** (Hrsg.: Stumm, Korunka & Zinschitz)

Keil, W.W. & Stumm, G. (Hrsg.) (2002). *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer. (Jürgen Kriz)

**Heft 2/2001** (Schwerpunktheft „100 Jahre Carl Rogers“; Hrsg.: Stumm & Sauer)

Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F. & Stölzl, N. (Hrsg.) (2001). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas. (Margarethe Letzel)

**Heft 1/2001** (Hrsg.: Keil & Gaul)

Barrett-Lennard, G.T. (1998). *Carl Rogers' helping system. Journey and substance*. London: Sage. (Sylvia Gaul)

Moshagen, D.H. (Hrsg.) (1997). *Klientenzentrierte Therapie bei Depression, Schizophrenie und psychosomatischen Störungen*. Heidelberg: Asanger. (Jobst Finke)

**Heft 2/2000** (Schwerpunktheft „Der Personzentrierte Ansatz in der Supervision“; Hrsg.: Schmid & Spielhofer)

Sander, K. (1999). *Personzentrierte Beratung. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis*. Köln: GwG bzw. Weinheim: Beltz. (Wolfgang Keil)

**Heft 1/2000** (Hrsg.: Diethardt & Korunka)

Gendlin, E.T. & Wiltshko, J. (1999). *Focusing in der Praxis. Eine schulengreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. (Lore Korbei)

Neumann, W. (1999). *Spurensuche als psychologische Erinnerungsarbeit*. Tübingen: DGVT (Björn Süfke)

**Heft 2/1999** (Hrsg.: Frenzel)

Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme. (Gerhard Stumm)

Gendlin, E.T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebungsbezogenen Methode*. München: Pfeiffer. (Lore Korbei)

Schmid, P.F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. 1: Solidarität und Autonomie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie. (Wolfgang Keil)

Schmid, P.F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. 2: Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann. (Hans Snijders)

Schmid, P.F. (1998). *Im Anfang ist Gemeinschaft. Personzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie. Bd. 3: Beitrag zu einer Theologie der Gruppe*. Stuttgart: Kohlhammer. (Jobst Finke)

**Heft 1/1999** (Schwerpunktheft „Der Personzentrierte Ansatz außerhalb der Psychotherapie“; Hrsg.: Gaul & Sauer): keine Rezensionen

**Heft 2/1998**: nicht erschienen

**Heft 1/1998** (Schwerpunktheft „PCA-Symposium 10 Jahre nach dem Tod Carl Rogers“; Hrsg.: Korunka & Zinschitz): keine Rezensionen

**Heft 2/1997** (Hrsg.: Korbei): keine Rezensionen

**Heft 1/1997** (Schwerpunktheft „Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie am Wiener Weltkongress 1996“; Hrsg.: Korunka): keine Rezensionen

# Internationale Veranstaltungen

## Jugendtherapie-Tagung (G)

**3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** (organisiert von Forum/APG, IPS/APG, ÖGWG und VRP)

**Thema:** Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder

**Zeit:** 24./25. April 2010

**Ort:** Kardinal König Haus, Wien

**Info/Kontakt:** [www.kindertherapietagungWIEN.at](http://www.kindertherapietagungWIEN.at);  
[chr.wakolbinger@chello.at](mailto:chr.wakolbinger@chello.at)

## XI. International Forum on the Person-Centered Approach

**Thema:** PCA in time of transition

**Zeit:** 4.–10. Mai 2010

**Ort:** Susdal (in der Nähe von Moskau), Russland

**Info/Kontakt:** [www.pca2010.com](http://www.pca2010.com); [venyak@gmail.com](mailto:venyak@gmail.com)

## 22. International Focusing Conference

**Thema:** Focusing, Veränderung und Verantwortung

**Zeit:** 5.–9. Mai 2010

**Ort:** Pforzheim

**Info/Kontakt:** [www.focusing.de](http://www.focusing.de)

## 40 Jahre Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

**Thema:** Personzentrierte Psychotherapie & Beratung – der humanistische Weg aus der Krise

**Zeit:** 11./12. Juni 2010

**Ort:** Mainz

**Info/Kontakt:** [www.gwg-ev.org](http://www.gwg-ev.org); [gwg@gwg-ev.org](mailto:gwg@gwg-ev.org)

## 9th PCE Conference

**Thema:** Empowerment: The politics of the helping relationship

**Zeit:** 30. Juni – 4. Juli 2010

**Ort:** Aurelia Convention Centre, Rom

**Info/Kontakt:** [www.pce-word.org](http://www.pce-word.org); [pce2010@iacp.it](mailto:pce2010@iacp.it)

## 29. Internationale Focusing Sommerschule 2010

**Zeit:** 26. Juli – 5. August 2010

**Ort:** Humboldt-Haus Achberg bei Lindau am Bodensee

**Info:** [www.daf-focusing.de](http://www.daf-focusing.de)

## 2. DGfB-Kongress Deutsche Gesellschaft für Beratung

**Thema:** „Da hol' ich mir Beratung“ – Professionalität und Verantwortung im Spannungsfeld von Markt und Sozialstaatlichkeit

**Zeit:** 24./25. September 2010

**Ort:** Frankfurt

**Info/Kontakt:** [www.dachverband-beratung.de](http://www.dachverband-beratung.de);  
[info@dachverband-beratung.de](mailto:info@dachverband-beratung.de)

## Vorschau

### World Congress for Psychotherapy 2011

**Zeit:** 24.–28. August 2011

**Ort:** Sydney, Australia

**Info:** [www.wcp2011.org](http://www.wcp2011.org)



Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz  
Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.

pca.acp

Société Suisse pour l'approche centrée sur la personne  
Formation. Psychothérapie. Relation d'aide.  
Società Svizzera per l'approccio centrato sulla persona  
Formazione. Psicoterapia. Relazione d'aiuto.

## KURSPROGRAMM 2009-2010 WEITERBILDUNG – FORTBILDUNG – KURSE

### Weiterbildung in Personzentrierter Psychotherapie nach Carl Rogers

Vierjährige Weiterbildung für PsychologInnen, ÄrztInnen und HochschulabsolventInnen im Bereich der Humanwissenschaften mit zusätzlichen Qualifikationen gemäss Weiterbildungsrichtlinien. FSP-, SPV- und SBAP-Anerkennung.

### Weiterbildung in Personzentrierter Beratung Niveau I und Diplommiveau II

Zwei- bis vierjährige Weiterbildung für Personen aus sozialen, pädagogischen, medizinischen, seelsorgerischen und anderen Berufen.

### Fortbildungsveranstaltungen für PsychotherapeutInnen und Kurse zum Kennenlernen des PCA

z.B. Focusing, Selbsterfahrungskurse, Achtsamkeit für TherapeutInnen und BeraterInnen, Pinnwandmoderation, Krisenintervention und vieles mehr...

### Bestellung des Kursprogramms und Anmeldung:

pca.acp | Josefstrasse 79 | CH-8005 Zürich | T +41 44 271 71 70 | F +41 44 272 72 71 | info@pca-acp.ch

## FACHZEITSCHRIFT AUF FRANZÖSISCH

Seit 2005 gibt die **pca.acp** in Zusammenarbeit mit Personzentrierten Verbänden aus Frankreich und Belgien eine internationale Fachzeitschrift auf französisch heraus: **ACP Pratique et Recherche**.

Die Zeitschrift erscheint zwei Mal pro Jahr, ein Jahresabonnement kostet CHF 50.- / Euro 33.- und kann bei der Geschäftsstelle **pca.acp** bestellt werden.

## VERANSTALTUNGEN IM PCA.INSTITUT ZÜRICH

Datum	Thema	Gestaltung
25. Januar 2010	Personzentriert sich selbst vertreten	Bettina Bacher
15. April 2010	Die Stimme in Psychotherapie, Beratung und Unterricht	Julia Schürer

Die Veranstaltungen finden im PCA.Institut, Josefstrasse 79, CH-8005 Zürich, jeweils von 19.15 bis 21.15 Uhr statt.

**Alles auch auf: [www.pca-acp.ch](http://www.pca-acp.ch)**

APG/Forum, APG/IPS, VRP und ÖGWG laden ein:

# „Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder“



## 3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie | Wien

**Samstag, 24. 4. 2010 bis Sonntag, 25. 4. 2010**

Seminarzentrum Kardinal König Haus

### Hauptvorträge

**Prof. Dr. Michael Behr, Stuttgart**

#### **Wachsen und Sich Verändern.**

Ein interaktionelles Modell des Symbolisierungsprozesses mit Videobeispielen aus der Kindertherapie

**Prof. Dr. Silke Brigitta Gahleitner, Berlin**

#### **Neue Bindungen wagen.**

Personzentrierte Beziehungsgestaltung in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen

### Verleihung des Virginia Axline Preises

Verleihung durch die Konferenz deutschsprachiger personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

### Workshops & Vorträge

**Else Döring, Gelnhausen**

**Christiane Monden-Engelhardt, Eschborn**

Personenzierte Elternschule  
Miteinander leben

**Christian Fehringer, Wien**

**Margret Katsivelaris, Wien**

Die Lebens- und Erfahrungswelt unserer Kinder  
Versuch einer Standortbestimmung

**Andrea Hammer, Wien**

„Gibt es dich noch?“ Beziehungsaufbau in der Therapie  
mit emotional instabilen Jugendlichen

**Theresia Hollerer, Wien**

Arbeit mit Eltern und andern wichtigen  
Bezugspersonen von ADHS-Kindern

**Bettina Jenny, Bubikon**

KOMPASS, ein personenziertes Kompetenztraining in der  
Gruppe für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen:  
Konzept, Vorgehensweise und Evaluation

**Khalid Murafi, Lüdinghausen**

Auswirkungen von Blockaden der Aktualisierungstendenz im  
Kindes- und Jugendalter auf die Persönlichkeitsentwicklung

**Gerhard Pawlowsky, Wien**

Aspekte einer inkongruenzgestützten  
Diagnostik bei Kindern

**Klaus Riedel, Bielefeld**

Empathie bei Kindern  
psychisch kranker Eltern

**Sabine Schlippe-Weinberger, Erbdorf**

Wie viel Traumatherapie steckt in der  
personenzierten Spieltherapie?

**Else Döring, Gelnhausen**

**Dorothea Hüsson, Ostfildern**

Personenzierte Traumatherapie  
mit Kindern und Jugendlichen

**Klaus Fröhlich-Gildhoff, Freiburg**

Personenzierte Arbeit  
mit Kindern im Vorschulalter  
und ihren Bezugspersonen

**Curd Michael Hockel, München**

Grenzsetzungen in der  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

**Dagmar Hölldampf, Schwäbisch Gmünd**

1. Psychopathologische Symptome  
2. Wirksamkeit personenziertener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

**Stephan Jürgens-Jahnert, Wetter**

Selbststörungen von Kindern und Jugendlichen  
erkennen, verstehen und behandeln

**Gerd Naderer, Gmunden**

Arbeitsmodell bei psychosomatischen Erkrankungen  
von Kindern, Jugendlichen und deren Familien

**Chantal Résibois-Kemp, Hellange**

Focusing mit Kindern

**Werner Wascher, Linz**

Kinderkurs für Erwachsene  
Mit meinem Kind in mir am Kongress teilnehmen

**Kerstin Zebiri, Zeuthen**

Bezugspersonenarbeit im Rahmen einer Erziehungs- und  
Familienberatungsstelle | Prinzipien, Formen, Grenzen

Anrechenbarkeit in Österreich: 15 Stunden für die klienten- bzw. personenzierte Aus- und Weiterbildung  
bzw. als Fortbildung für PsychotherapeutInnen im Sinne des Psychotherapiegesetzes.

### Kosten:

€ 170,- Tagungsbeitrag

€ 30,- Kostenbeitrag für Fest am Abend des 24. 4. 2010

**Information und Anmeldung**

inkl. Mittagessen und Pausenverpflegung

inkl. Dinner und Rahmenprogramm, exkl. Getränke

**[www.kindertherapietagungWIEN.at](http://www.kindertherapietagungWIEN.at)**



[www.kindertherapietagungWIEN.at](http://www.kindertherapietagungWIEN.at)

STUDIENBEREICH  
GESUNDHEIT UND PFLEGE



STUDIERN AN DER FH KÄRNTEN

# PERSONENZENTRIERTE SPIELTHERAPIE UND FILIALCOACHING

Berufsbegleitender Weiterbildungsang (MAS)



WWW.FH-KAERNTEN.AT

## Team und Lehrende

Deutmeyer Melanie (Studienbereichsleitung)

Ratschiller Georg (Lehrgangsmanager)

Aichernig Susanne, Behr Michael, Hammer Andrea, Hölldampf Dagmar, Hüsson Dorothea, Hutterer Robert, Pawlowsky Gerhard, Wakolbinger Christine, u.a.

## Kontakt & Information

Fachhochschule Kärnten

Hauptplatz 12, 9560 Feldkirchen in Kärnten

Mag. Georg Ratschiller

Tel.: 0590500-4117

g.ratschiller@fh-kaernten.at

www.fh-kaernten.at, siehe auch www.vrp.at/master

Die **Fachhochschule Kärnten** in Feldkirchen bieten im Rahmen der Weiterbildungsangebote ein 4-semesteriges Masterstudium an: *Personenzentrierte Spieltherapie und Filialcoaching*. Die Teilnehmer/innen an diese Studienangebot sollen in die Lage versetzt werden, spieltherapeutische Elemente in ihre praktische Arbeit mit Kindern zu integrieren sowie deren Eltern bei der förderlichen Gestaltung von Spielsituation zu unterstützen (Filialtherapie & Filialcoaching).

Der Master-Lehrgang richtet sich an Angehörige aller Berufe, die praktisch mit Kindern und Jugendlichen arbeiten speziell an PsychotherapeutInnen, KindergärtnerInnen, LehrerInnen, Sozialarbeiterinnen, Kinderkrankenschwestern etc. Einschlägige Vorbildungen können bei Gleichwertigkeit im Inhalt und Umfang angerechnet werden.

**Voraussetzungen:** Studienberechtigung und Arbeit mit Kindern, Jugendlichen.

**Beginn:** Februar 2010

**Dauer:** 4 Semester (120 ECTS, 62 SWS). Der Lehrgang ist berufsbegleitend organisiert (Wochenende, geblockt). Um Präsenzzeiten gering zu halten, sind tlw. Elearning-Elemente enthalten.

**Lehrgangsabschluss:** Masterarbeit und kommissionelle Prüfung (Master of Science).

**Aufnahmeverfahren:** Bewerbungsformular, Lebenslauf mit Foto, Nachweis der genannten Zugangsvoraussetzungen

**Kosten:** EUR 7.200.- für 4 Semester (Anrechnungen reduzieren Kosten)

10. Fortbildungstage der GwG-Akademie am 11.-13. Juni 2010

## Personzentrierte Psychotherapie & Beratung – der humanistische Weg aus der Krise – 40 Jahre GwG

### Festvorträge von

Prof. Dr. Klaus Dörner, Hamburg  
Prof. Dr. Heiner Keupp, München  
Prof. Dr. Jürgen Kriz, Osnabrück  
Dr. Helmut Quitmann, Hamburg

### Vorträge und Workshops u. a. von:

Prof. Dr. Anna Auckenthaler, Prof. Dr. Jochen Eckert, Dr. Jobst Finke,  
Christiane Geiser, Prof. Dr. Klaus Heinert, Curd Michael Hockel,  
Dr. Beate Hofmeister, Lore Korbei, Prof. Dr. Renate Motschnig,  
Dr. Cornelia Seewald, Prof. Dr. Gert-W. Speierer, Prof. Ursula Straumann,  
Dr. Daniela Tausch, Prof. Dr. Ludwig Teusch, Christiane Zimmermann-Lotz

### Tagungsort

Erbacher Hof  
Mainz

### Information und Anmeldung

GwG-Akademie  
Tel.: +49 221 925908-50  
Fax.: +49 221 925908-19  
akademie@gwg-ev.org

## Neuerscheinungen im GwG-Verlag und in der Buchreihe Personzentrierte Beratung und Therapie

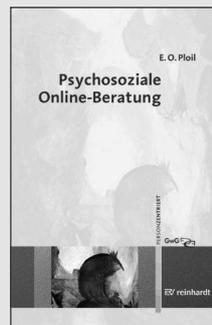


### Bruno fast sechs

Ein Vorlesebuch  
mit Geschichten  
für Kinder von  
Wolfgang Neumann

Köln 2009, kart., 116 Seiten,  
17 Abb., 13,90 €,  
ISBN 978-3-926842-43-5

In 36 Kurzgeschichten erzählt Wolfgang Neumann aus dem Leben von Bruno, der fast sechs ist. Darin geht es um die zahlreichen Ereignisse und Themen, die in der Welt der Kinder eine große Rolle spielen. Das Buch handelt von Alltagsproblemen und wie man sie löst. Aber auch: wo die eigenen Stärken liegen und was man schon alles kann, mit fast sechs. Ein Buch, das Kinder stärkt.



### Psychosoziale Online-Beratung

Eleonore Oja Ploil

Ernst Reinhardt Verlag, München 2009  
(Reihe Personzentrierte Beratung &  
Therapie; 9), kart., 106 Seiten, 8 Abb.  
und 5 Tab., 16,90 € [D] / 17,40 € [A] /  
SFr 30,90, ISBN 978-3-497-02103-1

Sonderpreis für GwG-Mitglieder: 13,50 €

Online-Beratung bietet große Chancen, birgt aber auch Gefahren. Eleonore Oja Ploil erklärt anschaulich, welche Möglichkeiten der Beratung im weltweiten Netz vorhanden sind und welche besonderen Anforderungen an die Beratenden gestellt werden. Mit Übungen und Fallbeispielen werden einzelne Kommunikationsstrategien erprobt und in verschiedenen Situationen von der Einzelberatung bis zur Gruppenmoderation eingesetzt. Mit einem Glossar der Fachbegriffe, Sonderzeichen und Kommunikationskonventionen.



**GwG-Verlag**

Melatengürtel 125a | 50825 Köln | Tel. +49 221 925908-0 | Fax: +49 221 251276 | gwg@gwg-ev.org | www.gwg-ev.org

Veranstaltungen des  
**Institut für Personzentrierte Studien**  
im Sommersemester 2010

Datum	Titel	LeiterIn
3.-6.1.10	Entscheidungs- (Auswahl-) Seminar	M. Winkler
6./7.2.10	Theorieseminar I	R. Fuchs
ab 15.2.10	Laufende Selbsterfahrungsgruppe	S.-M. Fuchs
ab 20.2.10	Personzentrierte Praxisgruppe 2010	J. Pennauer
ab 26.2.10	Laufende Selbsterfahrung	P.F. Schmid
27./28.2.10	Muster und ihre Überwindung	P.F. Schmid
1.3.10	Laufende Supervisionsgruppe	Ch. Fehringer
ab 2.3.10	Gruppentherapie und Gruppenselbsterfahrung	Th. Hollerer
5./6.3.10	Posttraumatische Belastungsstörungen	P.F. Schmid
ab 8.3.10	Wann ist ein Mann ein Mann?	P.F. Schmid
10.3.10	Selbsterfahrungsgruppe in Linz – 7 Abende	Holm / Satzinger
13.3./29.5.10	Supervisionstag	M. Winkler
12.-14.3.10	Macht Frauen Raum ?!	Hacker/Hollerer/Reinisch
16.4.10	Traumseminar	P.F. Schmid
ab 17.4.10	Humanistisches Menschenbild	P.F. Schmid
23./24.4.10	Sexualität - Sexuelle Identität	S.-M. Fuchs
24./25.4.10	Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder	Kindertherapietagung
11.5.10	Das IPS stellt sich vor - Wien	AusbilderInnen
7./8.5.10	Aggression und Widerstand	P.F. Schmid
14./15.5.10	Personzentriertes Coaching	P. Frenzel
27.5.10	Das IPS stellt sich vor - Linz	M. Winkler
3.-6.6.10	Entscheidungs- (Auswahl-) Seminar	R. Fuchs
11./12.6.10	Eifersucht und Vertrauen	P.F. Schmid
18./19.6.10	Einen psychosozialen Beruf ergreifen?	S.-M. Fuchs
2./3.7.10	Systemisches Denken und personz. Praxis	P. Frenzel
2./3.10.10	Personzentrierte Aufstellungen	P.F. Schmid



**Vorankündigung  
ÖGWG-Woche 2010**

# **„Der schöpferische Sprung“**

**Kreative Veränderungen während der Therapie  
Kreative Medien in der Therapie**

**Puchberg bei Wels, 20. – 23. Oktober 2010**

## **Inhalt der Tagung:**

Es ist immer wieder ein Wunder, wenn nach etlichen therapeutischen Begegnungen das Gesicht einer Klientin plötzlich und unvorhergesehen verändert ist und man begreift: Da ist etwas geschehen. Eine Neuordnung ist sprunghaft entstanden. Ein kreativer Prozess in Gang gekommen. Diesem Wandel sind Kreationen vorausgegangen, Erfindungen einer neuen Zugangsweise zu den inneren Knoten - über eine andere Sprache, über neue Metaphern, über kreative Medien. Wie schöpferische Sprünge initiiert und durch kreative Medien unterstützt werden können, wird Thema der Woche sein.

## **Schwerpunkte:**

- Entwicklung heißt: Eines Tages geschieht ein schöpferischer Sprung
- Kreativitätsforschung
- Der Prozess einer kreativen Entwicklung
- Wandlungen von Mustern und Strukturen in der Psychotherapie
- Die Verwendung verschiedener kreativer Medien in der Therapie
- Die implizite Kraft des kreativen Handelns in der Therapie
- Selbsterfahrung: Ein Tag kreativer Gestaltung - tun, was man noch nie getan hat.

**Anmeldung:** [oegwg@psychotherapie.at](mailto:oegwg@psychotherapie.at)

**Teilnahmegebühren:** Ordentliche Mitglieder: EUR 170.-, AusbildungskandidatInnen 50%, assoziierte Mitglieder und Mitglieder anderer Vereine EUR 190.-, Nicht-Mitglieder EUR 210.-, Frühbucherbonus bis 1. Juli 2010.

**Stornoregelung:** bis 30. September 2010 100%, bis 1. Oktober 50%



## Einladung zum 6. Großen Forum

der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

Am 01. und 02.05.2010 in Hamburg

Gesprächspsychotherapie? **Gesprächspsychotherapie!**  
Eine Bestandsaufnahme

### Programm:

#### Samstag, 01.05.2010

11:00–12:30 **Mitgliederversammlung**

14:30–15:00 **Begrüßung**

#### **Referate mit anschließender Diskussion**

15:00–16:30 Dipl.-Psych. Karl-Otto Hentze: Die Gesprächspsychotherapie in der Gesundheits- und Berufspolitik

Prof. Dr. Inge Frohburg: Die Gesprächspsychotherapie an den Universitäten

16:30–17:00 **Pause**

17:00–18:30 Prof. Dr. Mark Helle: Die Gesprächspsychotherapie an den Fachhochschulen

Prof. Dr. Ludwig Teusch: Die Gesprächspsychotherapie in der stationären klinischen Versorgung

ab 19:30 **Gemütliches Beisammensein**

#### Sonntag, 02.05.2010

#### **Referate mit anschließender Diskussion**

9:00–10:30 Dr. Gerhard Stumm: Weiterentwicklungen im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts: Techniken und Leitlinien

Prof. Dr. Jürgen Kriz (angefragt): Gesprächspsychotherapie im Gesundheitswesen

10:30–11:00 **Pause**

11:00–12:30 **Arbeitsgruppen** zum Thema: „Wie kann ich meine gesprächspsychotherapeutische Identität bewahren?“

12:30–13:15 **Mittagspause**

13:15–14:30 **Plenum mit Auswertung der Arbeitsgruppendifkussion**

**Tagungsort:** Haus Rissen, Rissener Landstr. 193, 22559 Rissen, Hamburg  
Tel.: Tel. ++49-(0)40 81 90 70, Fax ++49-(0)40 81 90 759

#### **Teilnahmegebühr:**

DPGG Mitglieder 120,- Nichtmitglieder 150,-

Studierende und Psychotherapeuten in Ausbildung 30,-

(Fortbildungspunkte sind bei der Hamburger Psychotherapeutenkammer beantragt).

**Anmeldung** bei Frau Claudia Demmler, c/o Universität Hamburg, FB Psychologie, Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg.

# PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

## Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

## Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“ (erhältlich bei den folgenden Adressen) gestaltet als E-Mail-Attachment an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

c/o Dr. Franz Berger, Laupenring 163, CH-4054 Basel  
Tel.: +41 61 302 09 85, E-Mail: franz.berger@unibas.ch

oder

c/o Prof. Dr. Diether Höger, D-33613 Bielefeld, Barlachstraße 36  
Tel.: +49 521 88 55 48, Fax: +49 521 88 99 24  
E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

oder

c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39  
Tel.: +43 1 407 55 872; Fax: +43 1 407 55 874, E-Mail: wolfgang@keil.or.at

oder

c/o Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7  
Tel.: +43 1 42 77 47 881; Fax: +43 1 42 77 47 889  
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

## Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Umfang max. 8.000 Wörter pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

## Zitationsweise

Die Zitationsweise erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) bzw. analog nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid ([www.pfs-online.at/rogers.htm](http://www.pfs-online.at/rogers.htm) und Doppelheft 3 & 4 des Jahrgangs 4 (2005) von *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

## Rezensionen

PERSON veröffentlicht nach Möglichkeit Rezensionen von allen wichtigen Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich der personzentrierten und experienziellen Ansätze, darüber hinaus von den wichtigsten schulenübergreifenden Werken aus dem Bereich der Psychotherapie und Beratung.

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 1.000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet. Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch  
Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at  
Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den Autoren bzw. Autorinnen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

## Urheberrecht

Autorinnen und Autoren, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf Deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autorinnen und Autoren frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

