

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1 | 2005

9. Jahrgang

ÄGG
APG-Forum
DPGG
IPS der APG
ÖGwG
SGGT
VRP

Themenheft Personzentriert und störungsspezifisch?

Herausgegeben von Peter F. Schmid & Hermann Spielhofer

FACHBEITRÄGE

- Peter F. Schmid:* **Kreatives Nicht-Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes** 4
- Robert Hutterer:* **Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen** 21
- Christian Fehringer:* **Brauchen wir Störungswissen, um personzentriert arbeiten zu können?** 42
- Jobst Finke:* **Beziehung und Technik. Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personzentrierten Psychotherapie** 51
- Hermann Spielhofer:* **Selbststrukturen bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten** 65

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle 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 „experienzell“ 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 experienzell“ 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, Psychologisches Institut III 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-1060 Wien, Otto-Bauer-Gasse 5/14
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: apg-forum@chello.at

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

SGGT – Schweizerische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung
CH-8005 Zürich, Josefstr. 79
Tel.: +41 1 271 71 70; Fax: +41 1 272 72 71; E-Mail: sggtspcp@smile.ch

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

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, A-1070 Wien, Kaiserstraße 14/7; E-Mail: grafik@krill.at

Redaktion

Franz Berger, Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Diether Höger, Mark Galliker, Karin Hegar-Stark, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Ulf Lukan, Christian Metz, Judith Reimitz-Filipic, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm

Fachbeirat von PERSON (Stand 19. 8. 05)

Béatrice Amstutz, Clara Arbter-Rosenmayr, Anna Auckenthaler, Niklas Baer, Christiane Bahr, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Michael Behr, 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, Reinhold Fartacek, Margarete Fehlinger, Christian Fehring, Andrea Felnemeti, Irmgard Fennes, Peter Figge, Peter Frenzel, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Christine Geiser-Juchli, Susanne Gerckens, Walter Graf, Simone Grawe, Charlotte Gröflin-Buitink, Hiltrud Gruber, Regula Haefeli, Klaus Heinerth, Ernst Hemmert, Hans Henning, Ruth Hobi, Beate Hofmeister, Anita Hufnagl, Catherine Iseli Bolle, Dora Iseli Schudel, Elisabeth Jandl-Jager, 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, Brigitte Macke-Bruck, Ueli Mäder, Jörg Merz, Beatrix Mitterhuber, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Annette Murafi, Khalid Murafi, Gerd Naderer, Sibylle Neidhart, Nora Nemeskeri, David Oberreiter, Alfred Papst, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner, Barbara Reisel, Klaus Renn, Brigitte Rittmannsberger, Eckart Ruschmann, Bruno Rutishauser, Klaus Sander, 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 Stözl, 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, Kurt Wiesendanger, Agnes Wild-Missong, Johannes Wiltschko, Marietta Winkler, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz

Herausgeber dieses Hefts: Peter F. Schmid & Hermann Spielhofer

Die PERSON im Internet: www.personzentriert.at

PERSON

9. Jg. 2005, Heft 1

Themenheft

Personzentriert und störungsspezifisch?

Herausgegeben von Peter F. Schmid & Hermann Spielhofer

Inhalt

Editorial 3

Fachbeiträge

Peter F. Schmid

Kreatives Nicht-Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch
des Personzentrierten Ansatzes 45

Robert Hutterer

Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen
und Problematisierungen 21

Christian Fehring

Brauchen wir Störungswissen, um personzentriert arbeiten zu können? 42

Jobst Finke

Beziehung und Technik. Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personzentrierten
Psychotherapie 51

Hermann Spielhofer

Selbststrukturen bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten 65

Personzentriert und störungsspezifisch?

Editorial

Das vorliegende Heft greift eines der „heißesten“ Themen auf, das es in der Personzentrierten Psychotherapie seit ihren Anfängen gibt. Kaum eine Frage, die die „personzentrierte und experienzielle Community“ so beschäftigt, wie jene, ob störungsspezifisches Vorgehen erforderlich ist oder ob dies dem Prinzip personzentrierten Handelns widerspricht. Dieses Thema hat sich nicht zuletzt deswegen zu einem Dauerbrenner in der Diskussion um Theorie und Praxis entwickelt, weil es an den Nerv des personzentrierten Selbstverständnisses wie einiger experienzieller Ansätze rührt.

Nach der provokanten Ansage von Rogers in seinem grundlegenden Artikel aus dem Jahr 1957 zählt störungsspezifisches Handeln nicht zu den „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“, sondern das Entscheidende dafür ist ein bestimmtes Beziehungsangebot und die Wahrnehmung desselben durch den Klienten bzw. die Klientin. Damit wird auch die Diagnose als Vorbedingung für effiziente Psychotherapie obsolet. Und dies gilt laut Rogers nicht nur für personzentrierte Psychotherapie sondern für jede Psychotherapie, die auf der Basis von Persönlichkeitsentwicklung arbeitet.

Es ist nur allzu verständlich, dass diese radikale Behauptung auf Widerstand stieß und sich in der Folge eine Reihe von Praktikern und Theoretikern, die sich zur „personzentrierten und experienziellen Community“ zählen, mit verschiedenen Begründungen davon distanzierte und andere Konzepte entwickelte. Auch durch die zunehmende Ausbreitung des Personzentrierten Ansatzes auf verschiedene Klientengruppen (Kinder, Personen mit schweren Störungen, behinderte Personen usw.) sowie auf unterschiedliche Berufsfelder (Klinik, Pädagogik, Sozialarbeit, Pastoral usw.) hat die Diskussion um ein differenzielles Vorgehen notwendig gemacht. Rogers selbst hat mit unterschiedlichen Klienten und Klientinnen unterschiedlich gearbeitet und betont, dass die Reaktionen verschiedener Therapeuten und Therapeutinnen auf unterschiedliche Klienten sehr verschieden sein können.

Die Fragestellung hat nicht zuletzt auch in den Verhandlungen mit Sozialversicherungsträgern des Gesundheitswesens Brisanz. Diese können sich ein vom traditionellen medizinischen Verständnis abweichendes therapeutisches Handeln schwer vorstellen. Um die beschränkten finanziellen Ressourcen sinnvoll einzusetzen, wird versucht, eine klare Unterscheidung zu treffen zwischen Krankenbehandlung und anderen Tätigkeiten, die nicht zu den Kassenleistungen gehören. Eine Institution, zu deren Aufgaben es zählt,

grundsätzlich einmal zwischen gesund und krank zu unterscheiden, tut sich schon mit der Anerkennung von Gesundheitsvorsorge als Kassenleistung im rein medizinischen Bereich schwer. Umso zäher ist die Entwicklung von Einsicht, dass zu einer umfassenden Gesundheitsvorsorge auch Psychotherapie zu zählen ist. Kein Wunder, dass von dieser Seite insbesondere einem Ansatz misstraut wird, der nicht dem traditionellen schulmedizinischen Paradigma entspricht und die Notwendigkeit von Diagnose als Vorbedingung für Psychotherapie in Frage stellt.

Vor allem im Zuge der langwierigen Auseinandersetzung um die Anerkennung der „Gesprächspsychotherapie“ in Deutschland, aber auch andernorts, gab es zahlreiche Versuche, sich mit den Anforderungen traditioneller Psychologie und Medizin zu arrangieren und den Kassen und anderen Institutionen, nicht zuletzt auch den Vertretern klassischer empirischer Wissenschaft, entgegenzukommen. Ob dies zu größerer Akzeptanz geführt hat und wie es gekommen wäre, hätten die Vertreter und Vertreterinnen auf der Basis des personzentrierten Menschenbildes ihren Gegenentwurf einer an einer ganz bestimmten Form von Beziehung orientierten Therapie von Anfang an konsequent vertreten, sei im Rahmen dieses Editorials dahingestellt. Jedenfalls hat sich mittlerweile ein beziehungsorientierter Ansatz in den meisten Psychotherapieschulen weitgehend durchgesetzt und man wird nicht fehlgehen, wenn man dies auch wesentlich dem Einfluss des humanistischen Menschen- und Gesellschaftsverständnisses im Allgemeinen sowie der personzentrierten Praxis- und Theorieforschung und -entwicklung im Besonderen zuschreibt.

Ihren letzten Höhepunkt hat die Diskussion um „Prozessdifferenzierung und Personzentrierung“ auf der gleichnamigen Personzentrierten und Experienziellen Weltkonferenz in Egmond aan Zee im Sommer 2003 gefunden, auf der es zu außerordentlich heftigen Debatten darüber gekommen ist, insbesondere anlässlich der Keynote-Vorträge von Hans Swildens, Dave Mearns, Rainer Sachse, Peter F. Schmid und Leslie Greenberg (dokumentiert in den Heften 1 und 2 des Jahrgangs 2004 der internationalen Zeitschrift „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“). Seither hält das Streitgespräch darüber international, in Publikationen und im Internet, mit unverminderter Heftigkeit an.

Grund genug für die internationale Gesellschaft „Person-Centered Association in Austria (PCA)“ ein Subsymposium mit dem Titel „Störungsspezifische Ansätze?“ im Rahmen des Kongresses

der deutschsprachigen Vereinigungen in Salzburg im vergangenen Jahr zu veranstalten und damit einen Schwerpunkt zu setzen. Die gut besuchten und auch gut aufeinander abgestimmten Vorträge wurden von Ute Binder („Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen“), Christian Fehringer („Wieviel Störungswissen ist nötig, um personenzentriert arbeiten zu können? Oder: Wann brauche ich welches Wissen für wen und wozu?“), Jobst Finke („Beziehung und Technik – Die polare Struktur von Psychotherapie als Herausforderung für den Personenzentrierten Ansatz“), Peter F. Schmid („Kreatives Nicht-Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personenzentrierten Ansatzes“) und Hermann Spielhofer („Selbststruktur bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten“) gehalten. Vier davon finden sich in diesem Heft zusammen mit einem Beitrag zum Thema von unserem neuen Redaktionsmitglied Robert Hutterer, der beim Symposium ebenfalls einen Vortrag angeboten hatte („Eine Methode für verschiedene Klienten. Zur differenziellen Vorgangsweise in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Grundlagen, Implikationen und Problematisierungen“). Wenngleich die beim Symposium vorgebrachten Standpunkte ein breites Spektrum abdecken, wurde auch klar, dass die Standpunkte einander nicht kontradiktorisch ausschließen müssen, sondern Möglichkeiten einer Vermittlung der kontroversiellen Positionen aufgezeigt werden konnten. Einen ersten Überblick liefern die Abstracts am Beginn jedes Artikels. Wir denken, damit den Lesern und Leserinnen eine solide Grundlage für die Meinungsbildung sowie Praxis- und Theorieentwicklung zu bieten und laden ein, weitere Beiträge zu diesem sehr aktuellen Thema einzureichen.

Apropos Beiträge einreichen: Mit diesem Heft halten Sie die erste Ausgabe der PERSON in Händen, die vollständig nach den Kriterien der „pre-reviewed journals“ herausgegeben wird. Alle Artikel dieses Heftes wurden von den Autoren auf der Basis dreier Gutachten aus Redaktion und Fachbeirat überarbeitet. Die

Zeitschrift PERSON ist damit neben dem erwähnten internationalen Journal des Weltverbandes die weltweit einzige personenzentrierte bzw. experienzielle Fachzeitschrift mit im Voraus begutachteten Artikeln. Wie bereits im letzten Heft angekündigt, erwarten wir, dass dadurch die Qualität der Beiträge weiter steigen wird und umgekehrt auch im Schreiben weniger erfahrenen Kolleginnen und Kollegen die Gelegenheit geboten wird, entsprechende Unterstützung zu bekommen.

Gleichzeitig ändern wir unsere Literaturangaben, indem wir den Zitierregeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGfP) bzw. der American Psychological Association (APA) folgen. Die entsprechenden Hinweise für Autoren und Autorinnen finden sich auf der Homepage der PERSON unter www.personenzentriert.at.

Zu den Herausgebern und Herausgeberinnen der PERSON hat sich mittlerweile auch die österreichische „Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP)“ gesellt und damit sind alle in Österreich bestehenden Vereinigungen vertreten.

Auch die GwG hat in ihrer letzten Vorstandssitzung eine Beteiligung an unserer Zeitschrift beschlossen. Als ersten Schritt wird sie vorerst 100 Exemplare der PERSON abnehmen und damit (entsprechend unserem Statut) ab 2006 ein Mitglied in die Redaktion entsenden. Somit sind nun alle traditionellen Verbände aus Österreich, der Schweiz und Deutschland unter den Herausgebern. Wir begrüßen die neuen Leser und Leserinnen und freuen uns über den Erfolg und die Anerkennung, den dies für die PERSON zweifellos bedeutet.

Das vorliegende Heft ist das erste, das Beiträge vom Symposium „Gestaltende und vermittelnde Prozesse – Selbstorganisation in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie“ dokumentiert. Das nächste Heft wird weiteren Beiträgen vom Salzburger Symposium 2004 gewidmet sein.

Peter F. Schmid & Hermann Spielhofer

Peter F. Schmid

Kreatives Nicht-Wissen

Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes

Zusammenfassung: Rogers' Persönlichkeits- und Beziehungstheorie und seine Gegenposition zu Experteninterventionen erweisen sich bei näherem Zusehen als herbe Gesellschaftskritik. Impliziert sein Konzept, dass „die wesentlichen Bedingungen der Psychotherapie in einer einzigen Konfiguration bestehen“, tatsächlich, wie seither oft behauptet, die Ablehnung von Störungsdifferenzierung und Psychodiagnose? Und anders gefragt: Haben wir durch die seither zahlreich entwickelten differenziellen Konzepte wirklich Neues über die Psychotherapie dazugelernt? – Aus dialogisch-personaler Sicht sind Therapeut und Klient nicht nur in Beziehung, sie sind Beziehung. Das bedeutet, dass sie in jeder therapeutischen Beziehung verschieden sind. Es ist der Klient, der den Therapeuten „in-form-iert“, d. h. in Form bringt zu verstehen, und zum Risiko herausfordert, mit ihm eine einzigartige Beziehung zu kokreieren. Fazit: Es ist immer die Orthopraxie, die die Orthodoxie herausfordert.¹

Stichwörter: Persönlichkeitsentwicklung, Entfremdung, Begegnung, prozessspezifisch, störungsspezifisch, Diagnose.

Abstract: Creative not-knowing: On diagnosis, disorder-specific approaches and the claim of social criticism in the person-centred approach. On a closer look Rogers' theories of personality and relationship and his counter-position to expert interventions prove themselves to constitute a harsh social criticism. Does his conception that “the essential conditions for psychotherapy exist in a single configuration” really imply a rejection of disorder differentiation and psychodiagnosis, as is often claimed? Furthermore, have the numerous conceptions of differentiation developed more recently actually taught us something new about psychotherapy? – From a dialogical-personalistic view therapists and clients are not only seen as being in relationships; as persons they are relationships, which makes them different in each therapeutic contact. It is the client who “in-forms” the therapist, i.e. “gives him shape or form” to understand, and challenges him to take the risk of co-creating a unique relationship. In short: It is always orthopractice that challenges orthodoxy.

Keywords: Becoming a person, alienation, encounter, process-specificity, disorder-specificity, diagnosis.

1 Überarbeitete und erweiterte Fassung des Hauptvortrags „Back to the clients: A phenomenological approach to the process of understanding and diagnosis“ bei der 6. Weltkonferenz für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung in Egmond aan Zee, Niederlande, Juli 2003, und des Vortrages „Kreatives Nicht-Wissen“ beim Salzburger Symposium „Gestaltende und vermittelnde Prozesse“ der deutschsprachigen personzentrierten Verbände, September 2004, im Rahmen des Subsymposiums „Störungsspezifische Konzepte“ der Internationalen Gesellschaft PCA (Person-Centered Association in Austria). Vgl. Schmid,

2004c; 2005a. – Die in diesen Arbeiten vorgebrachten Überlegungen wurden mittlerweile von mehreren Autoren aufgegriffen und diskutiert [Cornelius-White, 2004; Tudor & Worrall, 2005; vgl. Takens & Lietaer, 2004; Joseph & Worsley, 2005; Sanders, 2005; das Heft der Zeitschrift *Mouvance Rogérienne* 5 (2003)] – Für Vorarbeiten zu diesem Artikel waren Diskussionen mit Kollegen der PCA sehr hilfreich; Anregungen verdanke ich besonders Christian Fehring, Christian Korunka und Hermann Spielhofer.

„Man soll nicht den Arzt fragen, sondern den Kranken“
Jüdisches Sprichwort

„Es ist besser den Patienten zu kennen, der die Krankheit hat,
als die Krankheit, die der Patient hat.“
Hippokrates

Nach den jahrzehntelangen Bemühungen um eine störungsspezifische Darstellung der „Gesprächspsychotherapie“ aus verschiedenen Gründen, darunter auch wesentlich um der Ermöglichung der staatlichen Anerkennung in Deutschland willen, ist die Diskussion um die Notwendigkeit bzw. Zulässigkeit störungsspezifischer personenzentrierter Vorgehens in den letzten Jahren auch international wieder prominent in Gang gekommen. Bei zwei der derzeit wichtigsten regelmäßigen personenzentrierten und experientiellen Konferenzen, der letzten Weltkonferenz in den Niederlanden, 2003, und dem internationalen deutschsprachigen Symposium in Österreich, 2004, sorgte das Thema „Prozess- bzw. Störungsspezifität“ für größtes Interesse und zum Teil heftige Debatten. „Process Differentiation and Person-Centeredness (Prozessdifferenzierung und Personzentrierung)“ mit den kontroversiellen Hauptreferaten von Swildens (2004), Mearns (2004), Sachse (2004), Schmid (2004c) und Greenberg (2004) war das Thema der Weltkonferenz. Die Diskussion über die verschiedenen Positionen zu Psychodiagnose, Psychopathologie und zum störungsspezifischen Vorgehen ist dort voll ausgebrochen und hat zu einer scharfen Debatte geführt, die bis heute anhält.² Ein internationales personenzentriertes Buch zum Thema ist gerade erschienen (Joseph & Worsley, 2005). Vieles an der aktuellen Positionierung und Polemik mag schlicht Anpassung an den Zeitgeist und die herrschenden sozialversicherungsrechtlichen Bedingungen sein, was – je nach Standpunkt – auch als eine Frage des persönlichen professionellen „Überlebens“ und des „Überlebens“ des Ansatzes verstanden wird. Doch es geht dabei um Grundsätzlicheres: Die Leidenschaft, mit der das Thema behandelt wird, nimmt nicht weiter wunder, bedenkt man, dass es sich hier um eine der wichtigsten Konsequenzen aus den Menschenbildern handelt, die den verschiedenen Ansätzen zugrunde liegen.

Die Fragen, um die es dabei geht und die ich im Folgenden anschneide, sind unter anderem:

- Vertragen sich Diagnosen mit dem Menschenbild und den Grundlagen des Personenzentrierten Ansatzes?
- Ist Störungs-spezifisches Denken und Handeln eine Weiterentwicklung oder eine Wegentwicklung von Person-zentrierter, also fundamental an der Person orientierter Therapie?

Wenn Störungsspezifität eine Wegentwicklung von der grundsätzlichen Personenzentrierung mit all ihren bereits von Rogers aufgezeigten Konsequenzen bedeutet, worin besteht dann das Charakteristikum des Personenzentrierten Ansatzes, das ihn gerade dadurch unverwechselbar macht und Grund für seine Eigenständigkeit ist?

Wenn sie eine Weiterentwicklung bei Beibehaltung der Grundsätze darstellt, wie soll der Personzentrierte Ansatz dann in einem Gesundheitssystem und einer Gesellschaft erfolgreich überleben, die dazu im Widerspruch stehende Forderungen aufstellt – oder sollen wir uns damit begnügen, die Rolle einer kleinen radikalen, aber unbedeutenden Minderheit zu spielen?

Der Artikel versucht, die Grundlagen des Verständnisses von so genannter Gesundheit, so genannter Krankheit und so genannten störungsspezifischen Konzepten einer näheren Untersuchung aus philosophisch-anthropologischer Sicht zu unterziehen. Es ist nötig, zu den Anfängen und Ursprüngen des psychotherapeutischen Unterfangens und damit „zurück zum Klienten“ zu gehen. Dazu wird in drei Schritten vorgegangen:

- Zunächst sind die „Basics“, die philosophischen und psychologischen Implikationen von Gesundheit, Krankheit bzw. Störung und Heilung zu untersuchen.
- Dann ist die erkenntnistheoretische Frage zu stellen, wie wir eigentlich erkennen können, was in einem Menschen vor sich geht. Wie und was können wir wissen? Brauchen wir überhaupt Wissen, um zu verstehen und um durch Therapie Persönlichkeitsentwicklung zu fördern? Und: Wie können wir etwas herausfinden und Konzepte bilden, aufgrund derer wir dann Diagnosen stellen?
- Schließlich sollen Kriterien erarbeitet werden, die auf der Basis eines personenzentrierten Personverständnisses für eine Konzeptbildung nötig sind.

Personale Anthropologie: Authentizität und Entfremdung

„Person“: Der substanzial-relationale Personbegriff als Sozialkritik

Carl Rogers' Zugang zur Frage der psychischen Gesundheit war humanistisch, nicht medizinisch. Bewusst wählte er einen humanwissenschaftlichen, nicht einen naturwissenschaftlichen Ansatz. Seine ganzheitliche Sichtweise des Menschen als Person umfasst nicht nur die biologische und individuelle Natur, sondern auch die relationale und damit soziale Natur des Menschen. Seine Psychologie ist von allem Anfang an Sozialpsychologie – ein Sichtweise, die er je später, desto stärker betont (Rogers 1963d/1998; vgl. Schmid, 1994; 1996; 2004b).³

² Vgl. etwa den Jahrgang 3 (2004) der Zeitschrift „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“ und die Postings im CCT/PCA-E-Mail-Network (<http://texaslists.net/cctpca>).

Indem er den Menschen aus seinem eigenen Bezugsrahmen heraus zu verstehen sucht, betrachtet er konsequenterweise jedes Individuum in seiner Einzigartigkeit. Daher steht er – im Gegensatz zu einer objektivierenden und analytischen Herangehensweise – in der Tradition der Phänomenologie, des Existenzialismus, der Hermeneutik und des Konstruktivismus (Zurhorst, 1993). Aber mehr noch: *Rogers' Persönlichkeitstheorie ist in Wahrheit eine fundamentale Sozialkritik, weil sie eine kritische Theorie der Sozialisation ist.*

Im Zentrum seines Personverständnisses steht der Prozess der Authentizität, der immer neu zu erringenden Kongruenz zwischen dem „erlebenden Organismus“ bzw. der Natur des Menschen einerseits und seinem Selbstkonzept andererseits. Lange Zeit war das, unter anderem dem Zeitgeist entsprechend, in einem individualistischen Sinn missverstanden worden. Aber Rogers (1965b, S. 20) unterstrich sehr deutlich, dass die Natur des Menschen selbst „unheilbar sozial“ ist: *Wir sind nicht nur in Beziehungen; als Person sind wir Beziehungen.*

Der Mensch als Person muss daher sowohl substanzial (d. h. bestimmt durch Autonomie und Souveränität) wie relational (also charakterisiert durch Beziehungsangewiesenheit und Solidarität) verstanden werden (Schmid, 2001b; 2002b; 2003; 2004b).⁴ *Beides, Aus-sich- und Für-sich-Sein einerseits, Aus- und In-Beziehung-Sein andererseits, mit anderen Worten: Autonomie und Beziehungsangewiesenheit, machen wesentlich die menschliche Natur aus. Wir sehen und erleben sie nur von unterschiedlichen Aspekten, weil wir sie in unterschiedlicher Hinsicht in den Blick nehmen. Wenn wir den Menschen als Person bezeichnen, so ist gemeint, ihn als substanzial-relationales Wesen zu verstehen.*⁵

Wenn aber zum Menschen seine sozialen Beziehungen untrennbar dazugehören, muss jede *Person*-zentrierte Überlegung dazu, was „gesund“ oder „fully functioning“ bedeutet, eine sozialkritische Theorie einschließen. Rogers' Persönlichkeits- und Beziehungstheorie erweist sich bei näherem Zusehen als solche herbe Gesellschaftskritik. Sie umfasst auch eine Kritik an den damals etablierten psychotherapeutischen Schulen, indem er sich

unter anderem radikal gegen die Vorstellung wandte, es seien die Interventionen von Experten, die die Wirkung von Psychotherapie ausmachen.

„Psychische Gesundheit“: Eine Theorie der Authentizität statt eines „Gesundheitskonzeptes“

Der Person-zentrierte Zugang zu dem, was traditionellerweise „psychisch gesund“ genannt wird, liegt beim Konzept der Authentizität.

Eine Person zu sein, bedeutet, den *Prozess* der Authentizität zu leben, das eigene Potenzial in individuell und sozial konstruktiver Weise zu entwickeln. Rogers (1961a/1973, S. 183–195) sprach im Zusammenhang mit der „fully functioning person“ immer von einem Prozess, nie von einem Status. Das personzentrierte Menschenbild versteht die Natur nicht als etwas zu Domestizierendes, zu Kontrollierendes oder Einzuschränkendes. Es geht von der Annahme aus, dass sie an sich konstruktiv und daher vertrauenswürdig ist.

Den Prozess der Authentizität zu leben, meint, die Balance halten – oder besser: immer neu erringen – zu können, die Synthese zwischen der substanzialen und der relationalen Aufgabe des Lebens. Authentisch sind ein Mann oder eine Frau, die das Gleichgewicht herzustellen vermögen im Prozess der Verwirklichung einerseits der eigenen Werte und Bedürfnisse, der Individualität und Einzigartigkeit, und andererseits der Realisierung des Zusammenlebens mit anderen und der Welt. Dies geschieht, indem den Bedürfnissen und Herausforderungen dieses Zusammenlebens in wechselseitiger Abhängigkeit und Gemeinschaft entsprochen wird. Wer ganz er oder sie selbst ist, ist ganz sozial und umgekehrt. Selbstverwirklichung und Solidarität fallen zusammen.

So sah Rogers, was er eine „fully functioning person“ nannte. Mit der Prägung des Begriffes bezog er sich auf genau dasselbe, das Shakespeare im „Hamlet“ (1. Akt, 3. Szene) ausdrückt:

„Und über allem dies: Dir selbst sei treu.
Und daraus folgt, so wie die Nacht dem Tag:
Du kannst nicht falsch sein gegen irgendwen.“

3 Hier finden sich Parallelen in der Geschichte der Psychotherapie von Freud über Rogers bis heute. Man denke bezüglich der Herausforderung des medizinischen Establishments etwa an die Frage der Laienanalyse (Freud, 1926), an Rogers' Auseinandersetzungen mit der etablierten Psychiatrie (Kirschenbaum, 1979) und an die Status sichernde Reservierung der Psychotherapie für Mediziner und Psychologen in manchen Ländern. Hinsichtlich der Entwicklung von der individualismuszentrierten zur sozialpsychologischen Sicht kann die Geschichte der Psychotherapie insgesamt wie die der einzelnen Schulen geradezu als Paradigma des gesellschaftlichen Bewusstseinswandels angesehen werden.

4 Meine Arbeit zur Bedeutung der Begegnungsphilosophie für den Personzentrierten Ansatz und zu personaler Präsenz (Schmid, 1994; 1996; 1998a; 2002d; 2004b; 2005b u. a.), die einem bloß individualistischen Verständnis des Ansatzes wehren sollte, wurde bisweilen als einseitig dialogischer Standpunkt missinterpretiert (Keil & Stumm, 2002, S. 65f). Dazu ist festzuhalten, dass unabdingbar, wie stets betont, beide Dimension, die substanziale und die relationale, am Personsein und – werden zusammengehören.

5 Es ist unübersehbar – und man kann das je nach Einstellung mit Erstaunen, Amüsement, ironischem Stolz oder Bedauern um die Redlichkeit in der Zukunft festhalten –, wie Therapeutinnen und Therapeuten aller Orientierungen Psychotherapie zunehmend ebenso als Beziehungsgeschehen wie als Autonomieentwicklung verstehen und so ihre Theorien jenen von Rogers annähern – „natürlich“ ohne ihn zu erwähnen (Schmid, 2000; vgl. Thorne, 2003, 101; Sanders, 2005). Man braucht nur an die Selbstpsychologie, die intersubjektive Psychoanalyse, Tendenzen zu einem beziehungsorientierten Verständnis von Verhaltenstherapie und die Entdeckung der „Person“ in systemischen Ansätzen denken. – Dass im Folgenden nicht immer beide Geschlechter angeführt werden, wenngleich selbstverständlich immer beide gemeint sind, soll der Lesbarkeit dienen.

Nicht zufällig bezog sich Rogers (1962a/1977, S. 186; vgl. Schmid 1994, S. 535; 1998a, S. 142) auch auf die biblische Bedeutung von „Agape“, die beide Dimensionen umfasst: „Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst.“ (Lev 19,18; Mt 22, 39; Hervorh. pfs)

Es verwundert nicht, dass eine solche sich selbst verwirklichende Person oberflächlich als „gesund“ oder „störungsfrei“ bezeichnet wird – gar nicht zu reden von Begriffen wie „normal“ (also „einer Norm entsprechend“) oder „in Ordnung“, woher das englische „disorder“ kommt. Ähnlich verweisen die englischen Begriffe „infirmity“ und „disease“ auf das Fehlen von Stärke bzw. von Leichtigkeit, Ruhe und Behaglichkeit. Das ist aber etwas ganz anderes als Authentizität. (Beim deutschen Wort „gesund“ hört man es nicht gleich heraus, doch auch dieses Wort, das mit „geschwind“ verwandt ist, verweist etymologisch auf Stärke und Kraft.⁶)

All diese Begriffe sind nicht nur irreführend, sondern tatsächlich falsch: Eine schwer kranke Person kann höchst authentisch leben. Authentizität schließt Schmerzen ein, Furcht, Trauer, Kampf, Sorgen, Todesqualen, Phasen von Inauthentizität (d. h. Phasen neuerlichen Strebens nach der erwähnten Balance), also auch Störungen – all das gehört zu einem authentischen Leben. Und der Begriff schließt auch ein, dass jede Person in anderer Weise authentisch ist. Auch hier kann die Begriffsbedeutung aus der Wortherkunft erschlossen werden: *Authentizität ist der Prozess, „Autor bzw. Autorin“ des eigenen Lebens zu werden* (Schmid, 2001b)⁷, der Prozess des Erringens des Gleichgewichts zwischen Individualität und Beziehungsangewiesenheit.

Zusammengefasst heißt das: Das Menschenbild der personenzentrierten Anthropologie unterscheidet sich als ein *human-* und *sozialwissenschaftliches* qualitativ vom Menschenbild der *Naturwissenschaften*. Die personenzentrierte Persönlichkeits- und Gesellschaftstheorie setzt bei einer Prozesstheorie der Authentizität an, nicht bei einer Theorie des Versagens oder Misslingens bzw. einer Störungstheorie.⁸ Die Person wird als existenzieller Prozess verstanden, als Prozess des Strebens nach Authentizität in jedem Moment ihrer Existenz, als Prozess von Selbst-

entwicklung und Beziehungsentwicklung zugleich. Deshalb ist personenzentriert eo ipso immer zugleich auch prozesszentriert (was natürlich nicht mit prozess-direktiv zu verwechseln ist).⁹ Im Licht einer genuin personalen Anthropologie macht es ebenso keinen Sinn, den Prozess von der Person zu trennen, wie es unmöglich ist, Inhalt und Prozess auseinander zu dividieren. In einem sehr bestimmten und bedeutsamen Sinn ist der Prozess der Inhalt, d. h. er ist von Bedeutung bzw. Sinn nicht loszulösen. (Deshalb ist es auch künstlich und unangemessen, zwischen Beziehungs-, Inhalts- und Prozessexperten zu trennen.)

Entfremdung: Eine Theorie der leidenden Person statt eines Störungskonzeptes¹⁰

Im Gegensatz dazu lässt sich nun von einem Person-zentrierten Standpunkt aus beschreiben, was es heißt, nicht authentisch zu sein, und damit die Frage erörtern, was psychisches Leiden bedeutet.

Der fortwährende Prozess des Authentischwerdens kann durch- einander gebracht werden. Die erste Möglichkeit dazu ist die Entwicklung eines inauthentischen Selbstkonzepts, die dann eintritt, wenn das Bedürfnis nach Anerkennung durch wichtige Bezugspersonen stärker ist als das Annehmen der eigenen Erfahrungen und solcherart ein Selbst¹¹ entwickelt wird, das den Erfahrungen der Person entfremdet ist. Die zweite Möglichkeit ist das Fehlen der Entwicklung einiger Teile der organismischen Erfahrungsmöglichkeiten, also die Inkongruenz zwischen den Möglichkeiten und ihren Verwirklichungen (wenn z. B. die Fähigkeit, Aggression zu erleben, nicht ausreichend in ihren vielfältigen Möglichkeiten entwickelt ist, weil Beziehungen gefehlt haben, wo man das hätte lernen können) (Spielhofer, 2003). In beiden Fällen spielen inauthentische oder fehlende Beziehungen eine entscheidende Rolle, weil eine Person die Beziehungen wird, die sie hat (siehe oben).

Eine Person wird inauthentisch, wenn sie sich selbst und anderen, d. h. dem erlebenden Organismus und den notwendigen authentischen Beziehungen, entfremdet wird. In der Regel kommt es so zu

6 Dem westgermanischen Adjektiv „gesund“ (ahd. „gisunt“; engl. „sound“) liegt ebenso wie „geschwind“ (von mhd. „stark; heftig; rasch“) das germanische „(ga)sunda“ mit der Bedeutung „stark, kräftig“ zugrunde. „Krank“ bedeutet mhd. „schwach; schmal, schlecht, gering; leidend, nicht gesund“ und kommt eigentlich von „gebeugt, gekrümmt, hinfällig“ aus der indogermanischen Wurzel „ger“ („drehen, krümmen; winden“). „Krank“ hat „siech“ verdrängt (von dem sich „Seuche“ und „Sucht“ ableiten). (Etymologieduden, 1963). Im Englischen besteht ein etymologischer Zusammenhang zwischen „healthy“, „whole“ und „holy“ und andererseits „infirmity“ als „in-firmity“, also gleichfalls als „Schwäche“. „Ill“ (eigentl. = „moralisch schlecht“) ist unbekanntes Ursprungs (Hoad, 1986). – Vgl. zum Ganzen jetzt auch Sanders, 2005, der aus einem anderen (psychiatrischen) Ansatz zu einem ganz ähnlichen Resultat kommt.

7 Zum Thema vgl. auch Kapitel 6 in Tudor & Worrall (2005), die diese Herausforderung, ein Konzept auf der Basis von Authentizität und Entfremdung zu entwerfen, aufgreifen.

8 Vgl. dazu jedoch die WHO-Definition von Gesundheit als „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens [!] und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen“ (Präambel zur Konstitution oder Weltgesundheitsorganisation, beschlossen von der Internationalen Gesundheitskonferenz in New York, 19.–22. 6. 1946, in Kraft getreten am 7. 4. 1948. Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100). Personales Denken würde es freilich nicht „Zustand“, sondern „Prozess“ nennen.

9 Damit ist personenzentriertes Handeln notwendigerweise immer nicht-direktiv im erkenntnistheoretischen Sinn des Wortes (vgl. dazu ausführlich Schmid, 2005b).

10 In traditioneller Terminologie als „Allgemeine Störungs-/Krankheitslehre“ bezeichnet.

11 Hier sei nur kurz auf die bedeutsamen jüngeren Weiterentwicklungen im Verständnis des Selbst hingewiesen, wie sie u. a. etwa Warner (2000; 2002), Mearns (1999; 2002) oder Spielhofer (2005) ausgefaltet haben.

psychischem Leiden. Ein solcher Prozess muss als fundamentale „Selbstwidersprochenheit“ (Zurhorst, 1993) verstanden werden zwischen den Möglichkeiten und dem natürlichen Prozess des Erlebens einerseits, der rigiden und in sich zerrissenen Struktur des Selbst sowie den daraus folgenden rigiden Beziehungen andererseits, wie sie im Sozialisationsprozess der Person durch inauthentische oder zum Teil fehlende Bezugspersonen und starre gesellschaftlichen Institutionen hervorgerufen werden. Damit ist erneut die notwendige Verschränkung von Persönlichkeitstheorie und Gesellschaftskritik angesprochen, wie sie Rogers mit seinem Konzept der Introjektion bedingter Wertschätzung als seiner Theorie der „Psychopathologie“ vorgelegt hat.

Inauthenzität und Fehlanpassung

Daraus folgt, dass Diagnose und Behebung einer Abweichung von einer Norm nicht Parameter eines Person-zentrierten Verständnisses sein können. Wenn man versucht zu verstehen, inwiefern eine Person sich selbst entfremdet ist, kann die vorherrschende kulturelle Norm keine Richtlinie sein (auch wenn sie natürlich mitbedacht werden muss). Dieser Begriff von „Inauthenzität“ unterscheidet sich qualitativ von den gebräuchlichen Bezeichnungen „Krankheit“ oder „Störung“, gleich, ob sie umgangs- oder fachsprachlich gebraucht werden. Was aus einem inneren Bezugsrahmen als psychisches Leiden erlebt wird, stellt sich von einem äußeren Bezugspunkt als Entfremdung oder Fehlanpassung dar. Wenn es schon „Störung“ genannt wird, muss man *fortwährend* im Auge behalten, dass die Ordnung, der gegenüber eine Störung vorliegt, immer auch eine kulturelle Norm darstellt.

Es kann den Anschein haben, dass das „Defizit“, durch das die Inkongruenz entsteht, mehr auf der substanzialen Seite liegt (etwa, wenn die Person Probleme mit ihrer Individualität hat und ganz in der sozialen Rolle aufgeht) oder dass es mehr auf der relationalen Seite liegt (beispielsweise, wenn jemand im umgekehrten Fall nicht imstande ist, seine sozialen Rollen zu erfüllen bzw. mit Rollenkonflikten umzugehen)¹² (vgl. Zurhorst, 1993). Gleich jedoch, ob es sich um ein Defizit der substanzialen Authentenzität handelt (im Sinne von „nicht zu sein, der oder die man ist“) oder eines der relationalen Authentenzität (im Sinn einer Fehlanpassung), in jedem Fall ist es die *Person*, die leidet. Die „psychisch fehlangepasste Person (maladjusted person)“ (Rogers, 1959a/1987, S. 30) – ein Begriff, der das Pendant zur „fully functioning person“ bildet –,

die das authentische Gleichgewicht nicht findet, leidet immer in beiderlei Hinsicht. Ihr mangelt es an Selbstvertrauen wegen der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung („Autonomie-defizit“) und ihr mangelt es an Vertrauen in die Welt und andere Menschen wegen der Inkongruenz zwischen den anderen, wie sie vom Selbst wahrgenommen werden, und den anderen als wirklich Andere¹³ („Beziehungsdefizit“).¹⁴ Deshalb ist Leiden, das aus der Entfremdung entsteht, ein Signal für ein Defizit an Authentenzität. Und ein psychisches Symptom ist dementsprechend ein Hilferuf aus dieser Inauthenzität heraus (Schmid, 1992).

Das Symptom als spezifischer Hilferuf aus der Inauthenzität

Ein Symptom¹⁵ ist ein Phänomen, etwas, das als Erscheinungsform auffällt, etwas, das die Person zeigt. Wie jeder weiß, der mit psychiatrischen Erscheinungsformen vertraut ist, ist die Zuschreibung von Symptomen oft zufällig; sie sind vielfach Modeprodukte; man braucht nur an Komorbidität und die Wechselbeziehung von Symptomen zu denken. Ein und demselben Patienten oder Klienten wird häufig eine Vielfalt oft sogar einander widersprechender Diagnosen gestellt (cf. Heinerth, 2002).

Im Licht personaler Anthropologie ist ein Symptom immer ein spezifischer Hilferuf, entstanden aus dem Bedürfnis, beachtet zu werden und Hilfe zu bekommen. Es ist ein Ausdruck davon, dass die Person ernsthaft aus dem Gleichgewicht ist in ihrem Prozess des Strebens nach Authentenzität und ihrer Bitte um Hilfe. Es stellt den Versuch dar, mit der Situation zurechtzukommen, in dem die Person sich selbst und andere auf das Gleichgewichtsproblem aufmerksam macht. In der spezifischen Eigenart des Hilferufs liegt der Schlüssel zum Verständnis des Leidenden. Das Symptom mag oft ein Kompromiss sein, aber in jedem Fall ist es – auf verschiedenen Ebenen: geistig, psychisch, physisch – ein *einzigartiger* Ausdruck dieser bestimmten Person in dieser bestimmten Situation, ein Ausdruck des Wunsches danach, verstanden zu werden und sich selbst zu verstehen, ein Ausdruck des Wunsches, die Inauthenzität zu überwinden. Es ist ein Aufruf an die anderen, den Teufelskreis von Anerkennung und Empathie zu durchbrechen, zu helfen, ein neues Selbstverständnis zu erlangen und den Prozess authentischer Personalisierung von neuem in Gang zu setzen. Und deshalb erzeugt es immer eine einzigartige Beziehungssituation. In dieser Beziehungssituation liegt der Schlüssel zur Therapie.

12 Pfeiffer (1993, 29ff) weist auf die Bedeutung der Beziehung beim Verständnis von (körperlicher) Krankheit hin. Er unterscheidet Beziehungsstörung als Ursache von Krankheit, Beziehungsveränderung als Krankheitsfolge, Beziehungsstörung als Aspekt des Krankseins und die Behandlung der Beziehungsstörung durch Beziehung.

13 Groß geschrieben im begegnungsphilosophischen Sinn.

14 Vgl. Schmid, 2002e, S. 223; 2002f.

15 Das griechische Wort, von dem „Symptom“ stammt, „συμπτειν“ bedeutet ursprünglich „zusammenfallen, zusammentreffen, zu gleicher Zeit vorfallen; sich zufällig ereignen“. Das Hauptwort bedeutete zunächst „Zufall; vorübergehende Eigentümlichkeit; zufälliger Umstand einer Krankheit“, erst später dann „Anzeichen, Kennzeichen, Merkmal“ und schließlich nahm es die medizinische Bedeutung von „Krankheitszeichen“ an (Etymologieduden, 1963; vgl. Schmid, 2002e; 2003).

Symptome sind so vielfältig wie Personen und Situationen vielfältig sind. Dem Personenzentrierten Ansatz wurde oft vorgeworfen, er vertrete ein einförmiges Modell und hänge einem Uniformitätsmythos an. Was für ein grobes Missverständnis! Aufgrund der personalen Anthropologie wird eine leidende Person nicht einförmig, sondern höchst unterschiedlich gesehen. Und ebenso ist die therapeutische Antwort: nicht einheitlich, sondern im Gegenteil jeweils einzigartig¹⁶ und kreativ (Schmid, 1992).

Somit lässt sich rekapitulieren: Inauthentische Personen sind sich selbst und anderen entfremdet. Leidende Personen kommunizieren sich selbst und anderen durch Symptome, dass ihr Prozess des Strebens nach Authentizität zu einem bestimmten Zeitpunkt ihrer Existenz ernsthaft stecken geblieben oder gescheitert ist und dass sie Hilfe benötigen in ihrem Prozess der Selbst- und Beziehungsentwicklung. Weil die Person ihr existenzieller Prozess ist, ist die Aufgabe, die sich daraus ergibt, den konkreten Prozess zu verstehen, was dasselbe bedeutet, wie die bestimmte Person zu verstehen. Wie bereits erwähnt, macht es keinen Sinn, zwischen dem Inhalt und dem Prozess zu trennen. Der Personenzentrierte Ansatz ist somit prozess-spezifisch, was nicht notwendigerweise symptom-spezifisch heißt. – Die therapeutische Herausforderung für Klient wie Therapeut liegt also nicht primär darin herauszufinden, was schief gelaufen ist, sondern vielmehr darin zu verstehen, wo die Möglichkeiten liegen, den Prozess des Lebens, d. h. die Selbstheilungskräfte zu fördern (wobei natürlich beides zusammengehört).

Therapie: Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung statt Symptom-, Problem- oder Lösungsorientierung

Wie kann solche Hilfe nun geschehen? Was „heilt“ aus personenzentrierter Sicht? Wenn es stimmt, dass der Grund für Entfremdung und Leiden Inauthentizität und daher Beziehung ist, dann ist es Beziehung, die hilft: Zutreffend wurde jene spezifische Form der Beziehung, die der entfremdeten Person die Versöhnung mit sich selbst und der Welt ermöglichen kann, von Carl Rogers (1962a/1977) *Begegnung* genannt.

Personenzentrierte Therapie ist eine solche Beziehung: die Förderung von Personalisation als Prozess des Unabhängigwerdens und gemeinsam Beziehung-Gestaltens. Therapie „setzt den stagnierenden Prozess des Lebens erneut in Gang“ (Pfeiffer, 1993, S. 36). Aus relationaler Perspektive ist Therapie somit personale Begegnung (Schmid, 1994; 2004a); aus substanzialer Perspektive ist sie Persönlichkeitsentwicklung (ders., 1999; 2001a) (was im Übrigen den

personenzentrierten Standpunkt klar von rein systemischen Ansätzen wie von ahistorischen Therapieansätzen unterscheidet).¹⁷ Personalisation geschieht durch Begegnung (APG, 1984; Schmid, 2002e; 2003; Schmid & Mearns, 2005), durch Arbeit „at relational depth“ (Mearns, 1996).

Daraus folgt: Obwohl die Symptome vielfältig sind, geschieht die Antwort qualitativ immer auf dieselbe Art und Weise, nämlich als Angebot einer ganz bestimmten Art von Beziehung: als personale Begegnung. Dieselben Beziehungsbedingungen, die für die Entwicklung des Kindes ausschlaggebend sind, sind notwendig und hinreichend für Psychotherapie. Psychotherapie ist somit ein spezielles Kapitel von Entwicklungspsychologie.

Deshalb ist die Beziehung immer die gleiche und immer eine andere: Immer die gleiche, weil es immer die Präsenz des Therapeuten ist, welche die erforderliche Antwort auf den Hilferuf darstellt, der durch die Symptome ausgedrückt wird.¹⁸ Immer eine andere, weil es der spezifischen Beziehung der beteiligten Personen bedarf, die im Begegnungsprozess zum jeweiligen Zeitpunkt jeweils gemeinsam kreiert wird.

Heißt das nun „Interventionshomogenität“ (Heinerth, 2002)? Ja und nein. Ja, weil Therapie unabhängig von den Symptomen und Umständen ist, insofern immer dieselbe Qualität von Beziehung erforderlich ist, nämlich Begegnung. Nein, Therapie ist jeweils verschieden, weil zwei oder mehr einzigartige Personen und Umstände in einzigartigen Begegnungssituationen beteiligt sind. Unterschiedliche Antworten sind aufgrund unterschiedlicher Hilferufe und unterschiedlicher Perspektiven erforderlich, die der Klient zum Ausdruck bringt. Sie erfordern differenzielle Empathie (Schmid, 2001d) für den sich von Augenblick zu Augenblick verändernden Prozess der Selbstexploration des Klienten und die Beziehungsformen, die er anbietet. Aus personaler, dialogischer Sicht sind Therapeut und Klient nicht nur *in* Beziehung, sie *sind* Beziehung. Das bedeutet, dass sie tatsächlich in jedem therapeutischen Kontakt anders sind.

Zusammengefasst: Personenspezifisch ist nicht symptom-spezifisch oder problemspezifisch (Mearns, 2004) oder störungsspezifisch und schon gar nicht störungszentriert. Personenspezifisch heißt vielmehr jeweils prozessspezifisch. Daraus folgt, dass störungsorientiertes oder zielorientiertes Vorgehen nicht person- oder prozessorientiert ist. Weil es die Beziehung ist, die den Prozess

16 Und schon von daher verbietet sich die Vorstellung, Experte für etwas Einzigartiges bzw. jemanden Einzigartigen sein zu wollen.

17 Was die Inkongruenz zwischen Selbst und Organismus betrifft, hilft Therapie, den Unterschied zwischen Erleben und Symbolisierung anzuerkennen; was die fehlende Aktualisierung von Potenzial betrifft, hilft Therapie, sich zu entwickeln und (nach)zureifen.

18 Die Präsenz wird „sichtbar“ in den untrennbar zusammen gehörenden „personenzentrierten Grundhaltungen (core conditions)“, die verschiedene Facetten oder Manifestationen ein- und derselben Haltung sind. (cf. Schmid, 2002a; 2003; Geller, Schmid & Wyatt, 2003).

der Personalisation fördert, sind unterschiedliche Beziehungen erforderlich: Jede Beziehung von Person zu Person ist verschieden, einzigartig – sonst wäre sie keine *personale* Beziehung. Aber die Qualität der Beziehung ist immer dieselbe: Begegnung, wengleich in sehr verschiedener Weise. Der Klient wird als „aktiver Selbstheiler“ (Bohart, 2003) verstanden, der den Therapeuten „gebraucht“, um sich in diesem „gemeinsam kreierten interpersonellen Prozess“ (ebd.) unterstützen zu lassen. Als Teil der Beziehung ist der Therapeut anders, wenn der Klient anders ist.

Phänomenologische Epistemologie: Anerkennen und Erkennen

Wären wir „fully functioning persons“, könnten wir immer, mit allen und jederzeit, die Person sein, die der Klient gerade braucht, und jene „Antworten“ geben, die gerade erforderlich sind, d. h. wir könnten jedem und jederzeit die optimale Beziehung anbieten. Aber wir sind keine „fully functioning persons“, wir sind alle mehr oder weniger fehlangepasste Personen.

Das wirft die Frage auf, was wir „haben“, das es uns erlaubt, uns auf Begegnungsprozesse in schwierigen Beziehungen einzulassen, obwohl wir durch unsere eigenen Ängste und Sicherheitsbedürfnisse eingeschränkt sind. Die Antwort lautet: Wir haben unsere Fähigkeit zur Reflexion. Wir haben unseren Verstand.

Die Relevanz von Wissen und Konzepten im Personenzentrierten Prozess des Verstehens

Therapie ist Begegnung. Aber sie ist nicht naive Begegnung.

Anerkennung: die Kunst des Nicht-Wissens

Zunächst gilt: Wer einer Person in Unmittelbarkeit begegnet, denkt nicht darüber nach, was er über sie wissen könnte, sondern ist offen dafür, was die Person von sich zeigt. Das stellt einen für die Psychotherapie überaus bedeutsamen erkenntnistheoretischen Paradigmenwechsel dar: Anerkennung – die der bedingungslosen Wertschätzung zugrunde liegende Philosophie und Einstellung (Schmid, 2001c; 2002b; 2002d) – ist ein bewusstes, aktives und proaktives Ja zum Anderen als Person. Eine solche Haltung zielt auf die An-Erkennung der Person statt auf Erkenntnis über sie.

Dies charakterisiert Psychotherapie ausdrücklich als „Kunst des Nicht-Wissens“, „docta ignorantia“,¹⁹ als Kunst, neugierig zu sein und offen dafür, überrascht zu werden – eine Art „gelehrter Unwissenheit“ und gerade dadurch Offenheit dem Klienten gegenüber (Schmid, 2002b). Der herausfordernde Teil dabei ist das Unbekannte (vgl. Takens, 2001) und das Noch-nicht-Verstandene, die Offenheit für Verwunderung und dafür, sich von dem überraschen zu lassen, was der Klient eröffnet. Dies stellt eine erkenntnistheoretische Position dar, die an Husserl (1950) anknüpft. „Jede Erfahrung, die diesen Namen verdient, durchkreuzt eine Erwartung“, formuliert sie Hans-Georg Gadamer (1999, S. 362).²⁰ Und das inzwischen klassische Zitat von Levinas (1983, S. 120) drückt sie in einem einfachen Satz aus: „Einem Menschen begegnen, heißt von einem Rätsel wach gehalten zu werden.“

Deshalb gilt gerade aus erkenntnistheoretischer Sicht: Zurück zum Klienten bzw. zur Klientin! Für ein neues, wahrhaft humanistisches Menschenbild bedarf es einer solchen „neuen Epistemologie“ (Mearns, 2004).

Die Kunst des Nicht-Wissens ist eine demutvolle Haltung gegenüber dem Unbekannten (Grant, 1990) angesichts der Einzigartigkeit des Anderen. Empathie beschreibt psychologisch, was „Kunst des Nicht-Wissens“ philosophisch-anthropologisch meint: die Haltung des Interesses und der Herausforderung zur Teilnahme am Unbekannten und Noch-nicht-Bekanntem (Schmid, 2001d). Es ist eine kreative Haltung.

Diese Haltung bedeutet, dass niemand als Duplikat eines anderen behandelt wird oder eingeordnet wird in vermeintlich Bekanntes bzw. Gewusstes. Sie ist die erste und wichtigste Einstellung – sie drückt den Respekt aus, den der Andere als Person verdient. Jede echte Begegnung ist also zu allererst eine Überraschung.

Reflexion: die menschliche Möglichkeit, mit Erfahrung umzugehen

Aber Leben ist nicht nur Überraschung. Wir sind imstande, über unsere Erfahrungen nachzudenken und etwas zu erwarten. Wir bilden Konzepte, Kategorien und Theorien. Wir tun das unvermeidlich und sollten uns dessen bewusst sein, statt es zu ignorieren. Wir machen uns selbst etwas vor, wenn wir denken, dass wir nicht denken und nichts erwarten. Für eine Beziehung der personalen Begegnung ist beides erforderlich: Anerkennen und Erkennen, Erfahrung und Reflexion.

19 „Docta ignorantia“ bedeutet ursprünglich eine „gelehrte Unwissenheit“ in Bezug auf Gott, d. h. das Wissen von Gott, das eine Unwissenheit bezüglich der positiven Eigenschaften Gottes und rein negativer Art ist, zugleich ein mystisches Schauen des Göttlichen ohne Begreifen. Augustinus (Epist. ad Probam 130, c. 15, § 28): „Est ergo in nobis quaedam, ut dicam, docta ignorantia, sed docta spiritu dei, qui adiuvat infirmitatem nostram.“ Bei Cusanus (Nikolaus von Kues) ist sie eine „visio sine comprehensione, speculatio“ (De docta ignor. I, 26). „Supra igitur nostram

apprehensionem in quadam ignorantia nos doctos esse convenit“ (l. c. II, praef.). „Ad hoc ductus sum, ut incomprehensibilia incomprehensibiliter amplecterer in docta ignorantia“ (l. c. III, peror.). „Et tanto quis doctior erit, quanto se magis sciverit ignorantem“ (l. c. I, 1). Schließlich gilt: Die docta ignorantia ist „perfecta scientia“ (De poss. f. 181 p. 1).

20 Siehe allerdings die konstruktivistischen Überlegungen weiter unten.

Erfahrungen führen zu Reflexion. Um von personaler Begegnung sprechen zu können, bedarf Psychotherapie der Reflexion – und zwar innerhalb wie außerhalb der therapeutischen Beziehung. Reflexion ist für eine personale Beziehung nicht nur *nach* und *außerhalb* der Therapie notwendig (z. B. in der Supervision, der Theoriebildung oder der wissenschaftlichen Arbeit), sie bedarf auch der Reflexion *innerhalb* der Beziehung, und zwar zusammen mit dem Klienten. Eine therapeutische Beziehung, die sich als Begegnung versteht, besteht nicht nur in gemeinsamem Erleben („co-experiencing“), sie ist auch gemeinsames Nachdenken („co-thinking“; Bohart, 2003). Zunächst ist da die unmittelbare Gegenwärtigkeit der Personen und danach die gemeinsame Reflexion der Beteiligten über die Bedeutung ihrer Begegnungserfahrung. Die Begegnung braucht ein zweites Hinschauen, einen kritischen Blick von „außen“, außerhalb des unmittelbaren Begegnungsgeschehens, aber innerhalb der Beziehung. Es bedarf des Hinschauens auf die Erfahrung, die damit zum Objekt wird. Nur wenn dies geschieht, wird aus der „anfänglichen Begegnung“ eine „personale Begegnung“.²¹

Die Begegnungsphilosophie unterscheidet zwischen beiden deutlich. Alle Be-geg(e)n-ungs-Prozesse beginnen mit dem Betroffenwerden vom Wesen des Anderen, des Unerwarteten als etwas oder jemandes, das oder den ich als ein *Gegenüber* empfinde. Das setzt die Anerkennung des Andersseins des Anderen in seiner Einzigartigkeit voraus. Zwischenmenschliche Begegnung bedeutet, der anderen Person gegenüber zu stehen und sie solcherart als jemand Selbstständigen anzuerkennen und wertzuschätzen, als ein autonomes Individuum, verschieden von mir und wert, dass ich mich mit ihr befasse (Schmid, 1994; 1998b; 2002b). Was stets als „anfängliche Begegnung“ beginnt, als naive Begegnung, wie es bei einem unbefangenen Kind geschieht, wird erst beim Durchgang durch die Reflexion zur „personalen Begegnung“. Es bedarf des Potenzials, sich selbst, Andere und die Beziehung zum Objekt reflektierten Bewusstseins zu machen, wodurch die bloße Naivität und Einheit überwunden wird. Für die Reflexion ist Abstand nötig. Solcherart wird Analyse und Bewertung möglich und damit erst Freiheit und Verantwortung, die eine reife Begegnungsbeziehung ausmachen. Diese freie und verantwortungsbewusste Weise, sich zu jemandem zu verhalten, ist erforderlich, um zu verstehen, was das Suchen des Anderen nach Hilfe bedeutet, und um adäquat darauf reagieren zu können. Und darin liegt die ethische Herausforderung der Psychotherapie.

Unmittelbare Begegnung und die Modi der Reflexion

Im *Prozess der unmittelbaren Begegnung* geht die Bewegung der Erkenntnis vom Klienten zum Therapeuten; der Therapeut fragt: „Was zeigt diese Person, was eröffnet sie, was offenbart sie?“ (Nicht:

„Was sehe ich dort drüben?“) Oder: „Was können wir verstehen, begreifen, einfühlen?“ Die Bewegung geht vom Du zum Ich, und es entsteht eine Du-Ich-Beziehung (Schmid, 1996; 2002b; 2002e; Cooper & Mearns, 2005). Der Fokus ist dabei nie auf den therapeutischen Einstellungen, Strategien oder Techniken, sondern auf dem Klienten. Das heißt, wir müssen „zurück zum Klienten“ als Ausgangspunkt und damit zu einem wahrhaft *Klienten*-zentrierten Ansatz.²²

Im *Prozess der Reflexion* ist die Bewegung der Erkenntnis jedoch die umgekehrte. Die Frage lautet: „Was beobachten wir?“ Dazu ist erforderlich, die Erfahrungen anzuschauen und sie zu reflektieren (wenn es auch bisweilen nur der Therapeut sein mag, der zu reflektieren beginnt).

Beide Erkenntnisbewegungen sind notwendig; wir brauchen Subjektivität und Objektivität.²³ In guten Augenblicken der Therapie wechseln sie einander ab, oft rasch oszillierend zwischen beiden Modi. Je stärker die Reflexion der Erfahrung folgt und mit ihr verbunden ist, umso mehr fühlt sich das wie ein ganzheitlicher Prozess an, als „ein ganzer Schritt“. (Wenn die Ordnung umgekehrt wird oder wenn die Begegnung ganz fehlt, handelt es sich nicht mehr um *Person*-zentrierte Therapie. Wenn die kritische Reflexion fehlt, wäre der Therapeut kein Gegenüber mehr in der Be-geg(e)n-ung. Zudem wäre ohne Abstand Empathie nicht möglich; sie würde in Identifikation oder bloße Beurteilung umkippen, und damit wäre es ebenfalls nicht mehr Therapie.)

Im *Modus der unmittelbaren Begegnung* ist es unmöglich, anderes zu tun als zu erleben; dabei geht es um reines Experiencing. Ansonsten würde man diesen Begegnungsmodus verlassen. Kategorisieren ist dabei nicht möglich: Klienten zeigen keine Kategorien, sondern sich selbst oder Teile von sich – sogar wenn sie Kategorien benützen, um sich selbst zu beschreiben. Und auch wenn sie es vermeiden, viel von sich zu zeigen, wollen sie doch als Personen wahrgenommen werden.

Rogers (1962a/1977, S. 171) war da sehr deutlich: Die „existenzielle Begegnung ist wichtig. Unmittelbar im Augenblick der therapeutischen Beziehung ist für theoretisches Bewusstsein kein hilfreicher Platz. [...] Wir werden Zuschauer und spielen nicht mehr selber mit – aber erfolgreich sind wir nur als Mitspieler. [...] Ein anderes Mal mag es uns nötig erscheinen, eine Theorie zu entwickeln. [...] Im Augenblick der Beziehung selbst ist solches Theoretisieren unnützlich oder abträglich. [...] Wenn,

21 Eine ausführliche Darstellung der Begegnungsmodi findet sich in Schmid, 1994, 114–116, 121f.

22 Hier geht es um eine Haltung, um den Versuch, möglichst unvoreingenommen dem Klienten gegenüberzutreten und unsere (notwendig vorgegebenen) Vorerfahrungen und unsere Konzepte im Sinne der von Husserl postulierten epoché „einzuklammern“, bzw. unsere Vorinformationen und die Voreingenommenheit zu reflektieren und transparent zu machen (siehe unten).

23 Art Bohart (2003) betont, es sei entscheidend für die Therapie, dass der Therapeut sich der Begegnung aktiv hingibt. Wissen darüber, wie man das Erleben vertieft und fördert, könne als Teil der Begegnung verwendet werden, solle ihr aber untergeordnet sein.

dann sollten Theorien versuchsweise, behutsam und flexibel sein, in einer Weise, die für Veränderung ungehindert offen ist – im Moment der Begegnung selbst sollte man sie beiseite legen.“ Während also im unmittelbaren Begegnungsmodus Kategorisieren unmöglich ist, ist die Aufgabe im *Modus der Reflexion*, – nach Möglichkeit gemeinsam („co-reflecting“) – die Bedeutung dessen zu verstehen, was gerade erlebt wurde.

Und dazu müssen wir Kategorien verwenden. Wir fühlen uns vielleicht an eine frühere Situation mit dieser Person erinnert oder an jemandem, den wir ähnlich erlebt haben, oder an Erfahrungen, die wir selbst gemacht haben, und benutzen dies zum Vergleich. Wir nehmen wahr, dass ein Gefühl angerührt wurde, das wir in einer anderen Situation empfunden haben: Auch wenn es irgendwie verschieden gewesen ist, fühlt es sich doch ähnlich an. Und so bilden und verwenden wir Konzepte. *Wir können nicht nicht denken. Wir können nicht nicht kategorisieren.* Wir können (und sollten) nicht ignorieren, dass ein bestimmtes Verhalten uns, sagen wir, an die Pubertät erinnert. Wenn wir dieses Konzept nach der entsprechenden Begegnungserfahrung verwenden, kann es hilfreich sein, besser zu verstehen, was der Klient verstanden wissen möchte und wie er die Beziehung anlegt und gestaltet. Kategorien und Konzepte mögen dabei nicht systematisch oder überhaupt nicht reflektiert werden, aber sie bestimmen immer unser Handeln.

Konzepte und Kategorien

Dabei ist es jedoch ganz wichtig, nicht zu glauben, dass die selbst gebildeten Kategorien etwas Naturgegebenes sind. Wir müssen uns dessen bewusst sein, dass die Konzepte unsere eigenen Konstruktionen sind. Wir dürfen sie nicht reifizieren oder ontologisieren und dabei so tun, als gäbe es beispielsweise „die Depression“. Im Modus der unmittelbaren Begegnung erleben wir, im Reflexionsmodus „nehmen“ wir „wahr“. ²⁴ Wer aber glaubt, dass er dabei nur das „nimmt“, was da ist, irrt. ²⁵ Wir konstruieren, was wir zu sehen bzw. vorzufinden meinen. Wir können nicht wahrnehmen ohne Vorinformation, also ohne bereits in eine bestimmte Form gebracht zu sein. Wir schauen einen Klienten nicht mit Augen an, die vorher nie einen Klienten gesehen haben. Wir sind selbst keine *tabula rasa*, sondern durch unsere Erfahrungen und durch die Konzepte, die wir aus ihnen entwickelt haben, voreinge-„nommen“.

Deshalb müssen wir uns dessen bewusst sein, dass *wir* es sind, die bestimmen, was wir hören und sehen und wie wir arrangieren,

was Klienten erzählen und zeigen. Wir bestimmen den Bezugsrahmen unserer Wahrnehmungen aus einem Vorverständnis und aus Vorinterpretationen heraus (Spielhofer, 2003). Deshalb müssen wir uns dessen bewusst sein, dass eine Person nicht eine Störung „hat“, sie „ist“ nicht gestört (Fehringer, 2003), sondern wir schreiben ihr eine Störung zu. Ein phänomenologischer Zugang verlangt vielmehr zu fragen: „In welcher Situation *zeigt* eine Person etwas?“ (Ebd.) Auf der Basis personaler Anthropologie ist es nicht möglich, nur von einem äußeren Bezugsrahmen aus, also ohne Empathie, zu sagen, was ein Symptom oder eine Symptomkonstellation, ein Komplex, bedeutet, d. h. was der Klient damit zum Ausdruck bringen will – ohne die Beziehung (und damit uns und unseren kulturellen Kontext) in Betracht zu ziehen.

Obwohl es unmöglich ist, ohne Konzepte zu denken, müssen wir uns stets vor Augen halten, dass es wahrscheinlich ist, dass sie eher falsch als richtig sind (z. B. übersimplifizieren alle Konzepte). Deshalb müssen Klienten eine Chance haben, unsere Konzepte (Arbeitshypothesen, Konzepte zur Entwicklung des Klienten, therapiepraktische Konzepte usw.) umzustoßen. Um dies zu ermöglichen, müssen wir zu allererst unsere diesbezüglichen Konzepte so transparent wie möglich halten. Implizite Konzepte müssen explizit gemacht werden, damit sie falsifiziert werden können. Klienten muss es möglich sein (mehr noch: sie müssen sich eingeladen fühlen), die Konzepte des Therapeuten zu falsifizieren. Diese müssen nicht nur für Korrekturen offen sein, sie müssen zur Korrektur einladen. Sie müssen jederzeit abgewandelt oder widerlegt werden können. Das letzte Wort für den Therapeuten muss immer das sokratische „Ich weiß, dass ich nichts weiß“ sein.

Existenzielles Wissen: gegründet auf Kontext, Erfahrung und Beziehung

Wir haben die Wahl: Wir können entweder jene Konzepte verwenden, die uns gerade einfallen, mehr oder weniger zufällige Intuition etwa, wobei wir nie wissen können, ob und wie voreingenommen wir sind. Oder wir reflektieren unsere Konzepte und untersuchen sie methodisch und systematisch in wissenschaftlicher Weise, d. h. auch im Dialog mit anderen, was die Wahrscheinlichkeit von Voreingenommenheit und systematischen Fehlern reduziert. Die Verantwortung erfordert natürlich, die Konzepte zu reflektieren.

Das bedeutet: Im Modus der Reflexion arbeiten wir mit Erkennen bzw. Wissen. Aus personaler Sicht muss dies existenzielles Wissen sein – Wissen, das als Grundlage für unsere Handlungsentscheidungen dient. Es muss aus der Erfahrung kommen und an sie gebunden bleiben, d. h. offen dafür, durch Erfahrungen geändert zu werden. Reflektierte Konzepte müssen Prozesskonzepte sein, die nicht festlegen und einengen, sondern den Horizont erweitern. Solches Wissen muss „in-form-iertes Wissen“ sein, das durch Erfahrung und Reflexion der Erfahrung „in Form“ gebracht wird. Erfahrungsgestütztes Wissen fragt nicht, ob etwas *ab-solut* (d. h. losgelöst vom

24 „Wahrnehmen“ hat nichts mit „Wahrheit“ zu tun (und heißt also nicht „für wahr nehmen“). Es enthält als ersten Bestandteil das Substantiv „Wahr“ mit der Bedeutung „Aufmerksamkeit, Acht“ und bedeutet demnach „in Aufmerksamkeit nehmen, einer Sache Aufmerksamkeit schenken“ (vgl. „bewahren, verwahren, verwahrlosen“). (Etymologieduden, 1963)

25 Auch „perzipieren“ bzw. „perceive“ heißt „nehmen“: Beide kommen vom lateinischen „per“ plus „capere“.

Kontext) richtig oder falsch ist; es kann nur „richtig“ oder „falsch“ in der Beziehung sein und ist daher stets *relativ*. Relevantes Wissen ist nicht nur beziehungs-bezogen; es ist notwendigerweise kontext-basiert und von Kultur und sozialen Normen abhängig. (Man muss sich nur vor Augen halten, wie viele Menschen augenblicklich „ge-heit“ wurden, als die Homosexualität von der Liste der Krankheiten durch die WHO gestrichen wurde!²⁶)

Für Wissen gilt daher dasselbe wie für Empathie: zurück zum Klienten! Die Klienten und Klientinnen sind es, die uns über den jeweils nächsten Schritt in der Therapie in-form-ieren; sie sind es, die uns „in Form“ bringen. Wissen dient dem Verstehen, der Empathie und der Anerkennung (d. h. der bedingungs-freien Wert-schätzung; vgl. Schmid, 2001c; 2002b). Empathie beruht immer auf Wissen. Existenzielles Wissen „in-form-iert“ die Empathie und das Verstehen und ist deshalb hilfreich, so wie die Theorie die Praxis in-formiert (Iossifides, 2001). Wissen fördert therapeutisches Ver-stehen: Ute und Johannes Binder (1994; S. 17f) sind überzeugt, dass wir, zumindest im klinischen Bereich, weit hinter dem möglichen und notwendigen Ausmaß der Realisierung der Grundhaltungen zurückbleiben, wenn wir nicht versuchen, bestimmte Phänomene zu verstehen, die jeweilige Art und Weise, in der sie erlebt, und die Bedingungen, unter denen sie entwickelt werden. Sie betonen, dass Empathie Wissen über störungsspezifische Charakteristika braucht oder zumindest sehr dadurch gefördert wird (Binder & Binder, 1991, S. 150). (Man denke an Pubertät, Anorexie, Aggression in Beziehungen mit depressiven Personen usw.). Das bedeutet nicht, dass die therapeutischen Bedingungen nicht hinreichend sind und es einer Ergänzung durch Wissen bedarf; es heißt vielmehr, dass Wissen einen notwendigen Teil der Realisierung der Grundbedin-gungen darstellt!

In der klientenzentrierten Bewegung gab es bisweilen einen antirationalen und antiintellektuellen Zug. Nur wenig erleuchtete Geister jedoch können meinen, Wissen gegen Beziehung und Gefühl ausspielen zu müssen. Dies ist ähnlich unsinnig, wie den substan-zialen gegen den relationalen Aspekt des Personseins auszuspielen. Natürlich brauchen wir nicht Konzepte *statt* Engagement, Objektivierung *statt* Begegnung, Klassifikation *statt* Präsenz. Wir brauchen existenzielles Wissen – und nicht Wissen, das bloß dem eigenen Schutz der Therapeuten dient, sich draußen halten zu können, und den Sicherheitsinteressen sozialer Institutionen, die darauf abzie-len, Krankheiten zu verwalten.²⁷

Das Fazit dieser Überlegungen: Erkenntnistheoretisch gesehen, ist der personenzentrierte Prozess des Verstehens ein Prozess personaler Begegnung. Das schließt den Prozess des Erfahrens, des Anerkennens des Anderen und der Empathie ebenso mit ein wie den Prozess der Reflexion der gemeinsamen Erfahrungen. Beide Modi bedingen einander. *Die Aufgabe ist, die daraus resul-tierende Dichotomie von Nicht-Wissen und Wissen, Anerkennung und Erkennen persönlich und professionell zu handhaben.* Damit man von einer *personalen* Begegnung sprechen kann, muss es Reflexion innerhalb und außerhalb der Beziehung geben. Solche Reflexion basiert auf Wissen und führt zu neuem Wissen. Obwohl dieses Wissen der Unmittelbarkeit der Begegnung nicht im Weg stehen darf, muss es als wesentlicher Teil der personalen Begeg-nungsbeziehung verstanden werden. Ein personaler Gebrauch von Konzepten und Theorien verhindert Erfahrung nicht, son-dern fördert sie.

Brauchen wir störungsspezifische Konzepte und Diagnosen?

Die entscheidende Frage ist nun, welche Theorien wir gebrauchen: Auf welchen Konzepten basieren wir unser therapeutisches Vorgehen? Welches Wissen wählen wir, um zu entscheiden, was wir tun? Es ist unbestritten, dass wir den Klienten tunlichst die besten Konzepte anbieten, die uns zur Verfügung stehen. Auf der Basis personalen Verstehens ist dies Präsenz in der Begegnung, wodurch Personalisa-tion gefördert wird. Präsenz und Reflexion gehören zueinander und bedingen einander, wie oben beschrieben. Die Redewendung „nach bestem Wissen und Gewissen“ zeigt deutlich, dass dies eine ethische Aufgabe ist, wie Psychotherapie als solche ein ethisches Unterfan-gen darstellt (Schmid 2002b, 2002c, 2002d; Grant, 2004).

Störungsspezifische Konzepte?²⁸

Brauchen wir also spezifisches Wissen, üblicherweise irreführend als „Störungswissen“ oder „störungsspezifisches Wissen“ bezeichnet?

Wenn wir Reflexion, Konzepte und Wissen brauchen, um die Prozesse in und mit unseren Klienten und Klientinnen so gut wie möglich zu verstehen, ist es auch klar, dass es nützlich und not-wendig ist, Wissen über bestimmte Prozesse der Person zu haben. Rogers hat selbst in unterschiedlichen Situationen unterschiedlich

26 Cf. Fehringer, 2003. – „Gay and Lesbian Issues“ ist jetzt sogar eine Division der American Psychological Association.

27 Es darf im Übrigen die Vermutung ausgesprochen werden, dass die dumme Idee, Wissen könne ein Hindernis für Personenzentrierte Therapie sein, ein antirationaler Schutzaffekt gegen notwendige Konsequenzen ist, die sich für das Selbst ergäben, würde es ein intellektuelles Herangehen zulassen. Gefühle werden ja gemeinhin als etwas Persönliches angesehen, sie stehen daher nicht zur Disposition der Diskussion und dürfen nicht angezweifelt werden – deshalb ist man als jemand, der mit Gefühlen erfahren umgehen kann, auch weniger angreifbar als mit Ideen,

Konzepten und Theorien. – Wer würde aber bestreiten wollen, dass Wissen Sinn macht! Es ist reiner Un-Sinn, Wissen ausschließen zu wollen. Nicht nur etymolo-gisch sind Wissen und Können verwandt: In beiden, ‚kneißēn‘ und ‚können‘, engl. ‚know‘ und ‚can‘, steckt dieselbe indoeuropäische Wurzel ‚gn‘ (cf. lat. ‚cognos-cere‘ und griech. ‚gignoskein‘) und verweist auf die innere Zusammengehörigkeit (Hoad, 1986). Wer glaubt, etwas zu wissen, ohne das entsprechende Können zu benötigen, liegt ebenso falsch wie der, der meint, er könne etwas und brauche dazu kein Wissen.

28 Traditionell als „Spezifische Störungs-/Krankheitslehre“ bezeichnet.

gehandelt. Er hat seine Art zu therapieren weiterentwickelt und modifiziert (beispielsweise nach dem Wisconsin-Projekt und den Erfahrungen mit Encounter-Gruppen), auch wenn er das nicht systematisiert und klassifiziert hat. Er hat deutlich, „mit einiger ‚Furcht und Zittern‘“, „wegen des schweren Gewichts der gegenteiligen klinischen Meinung“ behauptet, dass „die wesentlichen Bedingungen der Psychotherapie in einer einzigen Konfiguration bestehen, *selbst wenn der Klient oder Patient sie sehr verschiedenartig anwendet*“ (Rogers 1957a/1991, 179; Hervorh. pfs).

Der zweite Teil des Satzes wird oft übersehen, obwohl er ganz wesentlich ist und die Aufgabe anzeigt: nämlich zu verstehen, wie Klienten die Beziehung unterschiedlich verwenden. Auch hier ist die Aufgabe: Zurück zum Klienten! Unterschiedliche Arten, die Beziehung zu gestalten, in-*form*-ieren den Therapeuten, unterschiedlich in der Beziehung zu sein und unterschiedlich zu „antworten“. Das ist entscheidend, weil jede Beziehung einzigartig ist. Jeder Klient verdient die Antwort und die Beziehung, die er braucht, und nicht – was aufgrund der Beziehungsbedingungen eigentlich selbstverständlich ist – irgendeinen im Vorhinein festgelegten „Interventionstypus“.

Gleichzeitig brauchen wir Konzepte, die uns helfen, unsere therapeutischen Erfahrungen zu reflektieren, weil es sinnvoller ist, auf der Basis kritisch reflektierten Wissens und wissenschaftlich untersuchter Konzepte zu handeln als aufgrund zufälligen oder willkürlich angewandten Wissens. Deshalb ist es wesentlich, sorgfältig begründete und überlegte, genuin entfaltete Konzeptionen und Theorien zu entwickeln. In diesem Sinn machen Prozessdifferenzierungen ebenso Sinn wie spezifische Konzepte, wenn sie uns helfen, unterschiedliche authentische und inauthentische Prozesse der Person besser zu verstehen.

Damit wird für Prozessdifferenzierung und prozessspezifische Konzepte plädiert und ebenso für störungsspezifische Konzepte im Sinn des Verstehens unterschiedlicher inauthentischer Prozesse. Gleichzeitig ist dies jedoch deutlich von störungs*zentrierten* Konzeptionen abzugrenzen. Sie sind im Gegensatz dazu nicht Person-zentriert (vgl. Mearns, 2004: „Person-centered is not problem-centered“).

Es existiert bereits beträchtliches Wissen über solche Prozesse, die oft unter der Bezeichnung „störungsspezifisch“ firmieren. Zahlreiche Versuche wurden unternommen, charakteristische Prozesse zu beschreiben und zu verstehen. In den letzten Jahrzehnten haben viele Theoretiker und Forscherinnen große Anstrengungen unternommen, und es gibt beachtliche Literatur dazu, quantitativ und qualitativ. Aus verschiedenen Motivationslagen – vom Bedürfnis nach (staatlicher bzw. sozialversicherungsrechtlicher) Anerkennung über den kollegialen Austausch bis zum Versuch, das Verständnis Personzentrierter Therapie weiterzuentwickeln – wurden zahlreiche Konzeptionen entwickelt.

Die experienzielle Bewegung etwa verdient Anerkennung für die hartnäckige Betonung der Notwendigkeit solcher Konzepte. Die Arbeit von Hans Swildens (1991; 2004), Ute und Johannes Binder (1991; 1994; Binder, 2004), Margaret Warner (1998) und Garry

Prouty (Prouty, Van Werde & Pörtner, 2002), um nur einige zu nennen, hat substanziell zu unserem Verständnis personzentrierter Prozesse und zur Entwicklung personzentrierter Theorie beigetragen.

Darüber hinaus wurde viel Zeit dafür aufgewendet, einen Weg zu finden, sich mit den vorherrschenden Konzeptionen aus der Medizin, besonders der Psychiatrie, den anderen therapeutischen Orientierungen und den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitssysteme auseinanderzusetzen. Es scheint klar zu sein, dass eine bloße Übernahme solcher anderer Denksysteme mit der Personzentrierung kaum vereinbar ist. Als Folge davon wurden nicht wenige Versuche unternommen, traditionelle Modelle in personentrierte Kategorien zu übersetzen. Auch wenn wir diese traditionellen Konzeptionen nicht ignorieren können und sie daher verstehen müssen und auch, wenn wir oft gezwungen sind, sie zu gebrauchen, um mit Kollegen und Institutionen kommunizieren zu können oder einfach um an Sozialversicherungsgelder heranzukommen, bin ich überzeugt davon, dass sie keineswegs mit dem personalen Menschenbild übereinstimmen.

Es liegt nun an mir, mit „einiger Furcht und Zittern“ „wegen des schweren Gewichts der gegenteiligen klinischen Meinung“ – und weil das als Resultat dieser Untersuchung enttäuschend sein mag –, festzuhalten, dass aufgrund der vorangehenden Überlegungen, deutlich wird: Wir haben bislang schlicht keine genuin personentrierte Systematik, eine, die den Kriterien personentrierter Anthropologie und Epistemologie, wie sie beschrieben wurden, entspricht. Mehr noch: Ich bin nicht überzeugt davon, dass all das Wissen, das wir über Prozesse in Klienten, das wir angesammelt haben, uns erlaubt zu behaupten, dass wir mittlerweile genug über ihr Erleben wissen, um systematische Konzeptualisierungen über spezifische Prozesse ausarbeiten zu können. Wir stehen da noch ziemlich am Anfang mit unserem Verständnis.

Diagnosen?

Die Frage der Diagnose ist immanent mit der Frage nach Konzeptspezifität verknüpft. Auf dem Gebiet der traditionellen Medizin kann vernünftige Behandlung nicht ohne genaue Diagnose geplant und durchgeführt werden. Das schließt die Prognostik wahrscheinlichen Fortschritts und möglicher Heilung und deshalb die Verschreibung der Behandlung mit ein. Solche Diagnosen werden üblicherweise mithilfe der Terminologie von Symptomen oder Ätiologien ausgedrückt.

Für die Psychotherapie war Rogers (1951a/1973, S. 205–212) jedoch davon überzeugt, dass psychologische Diagnosen nicht nur überflüssig sind, sondern schädlich und unklug, weil sie den Ort der Bewertung und Verantwortung in den Therapeuten als den (oft sogar alleinigen) Experten verlegen – was weitreichende soziale Implikationen für die Kontrolle der Vielen durch wenige Selbsternannte hat. Dies ist zugleich ein weiterer Hinweis darauf, wie sehr seine Theorie zugleich Gesellschaftskritik darstellt.

Rogers (1957a/1991, S. 180f) war sich voll der Radikalität seiner Aussagen bewusst: „Es wird *nicht* behauptet, dass es für die Psychotherapie notwendig ist, dass der Therapeut eine genaue psychologische Diagnose des Klienten besitzt. Auch hier macht es mir Unbehagen, einen Standpunkt zu vertreten, der so sehr von meinen klinischen Kollegen abweicht. Je mehr ich Therapeuten beobachtet habe und je genauer ich Forschungsergebnisse studiert habe, desto mehr bin ich zu dem Schluss gezwungen, dass solche diagnostischen Kenntnisse für die Psychotherapie nicht wesentlich sind.“

Rogers' Alternativmodell sieht den Klienten als den Experten für sein Leben, weil er der Erfahrene ist: „In einem sehr bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose, und diese Diagnose ist ein Prozess, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als im Intellekt des Kliniklers.“ (Rogers, 1951a/1973, S. 208) Das zeigt auf, dass das grundsätzliche Problem der Diagnose darin besteht, wer als der Experte, als der Erfahrene angesehen wird.²⁹

„Expertus potest dicere“ – der Erfahrene hat etwas zu sagen. Aus *Person*-zentrierter Perspektive sind beide Experten, aber in unterschiedlichem Sinn. Wenn man es paradox ausdrücken will: Der Therapeut ist der Experte dafür, nicht Experte für das Leben eines anderen Menschen sein zu können.

Das griechische Wort „Diagnose“ kommt aus dem Griechischen: „δια-γι-γνοσκειν“ heißt „durch und durch erkennen, beurteilen“. Diagnose bedeutet demnach „unterscheidende Beurteilung“. Sie ist zunächst einmal die harte Arbeit des Klienten. Er arbeitet am Prozess des Unterscheidens: Der Klient versucht fortwährend – durch Erfahren und Reflektieren – herauszufinden, welche Aufgabe als nächste drankommt, was als Nächstes im Prozess der Persönlichkeitsentwicklung notwendig ist – freilich nicht alleine, sondern als gemeinsame Arbeit in der therapeutischen Beziehung.

Diagnose ist also nötig – allerdings bedeutet sie in einem personenzentrierten Sinn etwas anderes als üblicherweise. Und obwohl das völlig gegen das traditionelle und weit verbreitete Verständnis geht, kann aus *Person*-zentrierter Sicht Diagnose sinnvollerweise nicht eine symptomorientierte oder ätiologisch orientierte Diagnose, sondern nur eine phänomenologische Prozessdiagnose sein, die Schritt für Schritt durch den gemeinsamen Prozess des Erlebens und Reflektierens von Klient und Therapeut entfaltet wird. Wie die Therapie braucht die Diagnose beide Modi und beide (bzw. in Gruppen alle) in die Beziehung involvierten Personen, wodurch ein *kodiagnostischer Prozess* entsteht.³⁰

Zusammengefasst: Obwohl relativ viel personenzentriertes „störungs“-spezifisches Wissen existiert und es phänomenologische Beschreibungen gibt, die wertvolle Beiträge zur personenzentrierten Persönlichkeits- und Therapietheorie liefern, ist eine genuin personenzentrierte systematische Beschreibung inauthentischer Prozesse nur in Ansätzen vorhanden und eine genuin personenzentrierte Systematik der Prozess-Spezifität fehlt gänzlich.

Spezifische Ausbildung?

Brauchen wir dafür eine spezifische – eine prozessspezifische – Ausbildung? Eine der Begründungen, die üblicherweise für die Bedeutung „störungsspezifischen Wissens“ angegeben wird, ist die Ausbildung unerfahrener angehender Therapeuten. Hier erscheint es äußerst wichtig, nicht der Ansicht Vorschub zu leisten, dass einem Mangel an Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit, Kompetenz und Erfahrung mit Regeln, Handwerkszeug, Techniken oder Training bestimmter Verhaltensweisen beizukommen wäre. Ausbildung muss vielmehr – ebenso wie es in der Therapie geschieht – Persönlichkeitsentwicklung fördern. Sie muss das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten unterstützen, statt personale Beziehungen durch Techniken zu ersetzen, und sie muss das Vertrauen in die eigenen Erfahrungen und die Befähigung heben, sie sorgfältig zu reflektieren.

Dagegen wird oft der Einwand erhoben, das würde die Ausbildungsteilnehmer überfordern, persönliche Einstellungen könnten als solche nicht gelernt werden und deshalb sei ein Skill-Training nötig. Meine Erfahrung hat mich anderes gelehrt: Wie es in der Therapie notwendig ist, die Wünsche des Klienten nach einfachen Lösungen *nicht* zu erfüllen, *nicht* nachzugeben und ihn statt dessen herauszufordern, ebenso ist es in der Ausbildung: Es gilt, die Ausbildungsteilnehmer in förderlicher Weise herauszufordern, ihre eigenen Wege der Beziehungsgestaltung und des Kommunizierens zu finden bzw. zu erarbeiten.

Unter anderem ist also eine prozessspezifische Ausbildung aus personenzentrierter Sicht ebenso notwendig wie problemzentriertes Training unangebracht ist.

Somit ist abschließend festzuhalten: Empathieorientierte (im Gegensatz zu interventionsorientierter) Therapie, beruht auf einem erkenntnistheoretischen Paradigmenwechsel, der eine fundamentale Gegenposition zu den *traditionellen* Vorstellungen von Diagnose und Klassifizierung mit sich bringt: Es ist der Klient, der sein Leben und die Bedeutung seiner Erfahrungen bestimmt und so den Therapeuten „in-form-iert“, das heißt: in Form bringt zu verstehen. Der Therapeut ist nichts weniger als herausgefordert zu riskieren, gemeinsam mit dem Klienten eine einzigartige Beziehung zu erschaffen – durch gemeinsames Erleben und Reflektieren, durch gemeinsames Konstruieren von Alternativen und damit gemeinsames Antworten auf die

29 „Experte“ kommt vom lateinischen Nomen „expertus“ mit der Bedeutung „erprobt, bewährt“. Das zugrunde liegende Verb „experiri“ bedeutet „versuchen, erproben“. (Etymologieduden, 1963)

30 Neben der bereits erwähnten Literatur vgl. zum Thema vor allem auch Patterson, 1948 (das Bedürfnis nach Diagnostik kommt von den Grenzen der Therapeuten), Shlien, 1989 (Diagnose ist im personenzentrierten Kontext schädlich, weil sie auf einem anderen Menschenbild beruht) und Bozarth, 2002 (Argumentation gegen den „Spezifitätsmythos“).

existenzielle Situation („co-experiencing“, „co-reflecting“, „co-constructing“ und „co-responding“).

Dazu sind Konzepte und Wissen, also „Erkennen“, ebenso nötig wie „Präsenz und kreative Offenheit („Nicht-Wissen“), also „Anerkennung“. Es gibt bereits personenzentriertes „störungs“-spezifisches Wissen. Es gibt kaum eine personenzentrierte *systematische* Beschreibung inauthentischer Prozesse. Und es gibt (noch) keine genuin personenzentrierte prozessspezifische Systematik.

Humanistische Wissenschaftstheorie: Auf dem Weg zu einer wahrhaft menschlichen Wissenschaft

Es gibt also noch viel zu tun. Wir sind noch nicht in der Lage, ein authentisch personenzentriertes System aufzustellen. Daher kann ich zu diesem Zeitpunkt der Entwicklung des Paradigmas auch nur anbieten, Kriterien zu nennen, denen eine solche systematische Konzeption entsprechen muss. Zum Schluss deshalb einige vorläufige Thesen als Kriterien für eine genuin personenzentrierte Konzeption³¹ unterschiedlicher Prozesse von Persönlichkeitsentwicklung.

1. *Personal*: Solche Konzeptionen müssen auf der Basis personaler Anthropologie gebildet werden, d. h. auf der Grundlage dialogischen Denkens bzw. der Begegnungsphilosophie. Unter anderem bedeutet das, dass solche Konzeptionen das Denken in Beziehungskategorien wie in substanzialen Kategorien einschließen muss. Natürlich muss es Prozessdenken sein. Die Grundlage bildet ein Konzept personaler Authentizität, nicht ein Störungskonzept. Es gründet auf Wachstum, was wiederum die Aktualisierung von Potenzial einschließt. Weil es Vergangenheit und Zukunft ebenso umfasst wie die Gegenwart, also Denken in lebenslangen Kategorien bedeutet, ist es auch von ätiologischem Wert.

2. *Phänomenologisch*: Die Konzeptionen müssen phänomenologisch sein, d. h. sie müssen „zurück zum Klienten“ als Person. Ein solcher Ansatz geht davon aus, dass relevant ist, was die Person zeigt und nicht bloß, was analysiert oder erklärt werden kann. Personenzentrierte Konzepte müssen so erfahrungsnah wie nur möglich sein; sie dürfen nicht hinter den phänomenologischen Radikalismus von Rogers zurückfallen.

3. *Falsifizierbar*: Daher muss es möglich sein, die Konzeptionen des Therapeuten über den Klienten und seinen Prozess oder Teile von ihnen zu falsifizieren. Konzeptionen sind nützlich, wenn sie einen Prozess anregen, der dazu führt, dass sie durch bessere ersetzt werden. Es muss fortwährend möglich sein, bestimmte

Konzepte durch Erfahrung zu revidieren. Es ist diese Form der Orthopraxie, die ständig die Orthodoxie herausfordert.

4. *Hermeneutisch*: Die Konzeptionen müssen hermeneutisch generiert sein. Damit ist die ursprüngliche Bedeutung von Hermeneutik gemeint: nämlich die Bedeutung zu rekonstruieren, die der Autor eines beschädigten Textes im Sinn hatte. Es muss auch klar sein, dass dieses Verstehen letztlich um des Klienten, nicht um des Therapeuten willen geschieht, dass Verstehen ohne Wissen um den kulturellen Kontext unmöglich ist und dass es nicht möglich ist, alle Vorurteile abzulegen. Die Aufgabe existenzieller Hermeneutik ist vielmehr, sich der Vorurteile und des Vorverstehens der eigenen Existenz bewusst zu werden und dies transparent zu machen (siehe oben, 3).

5. *Existenziell*: Personenzentrierte Konzeptionen müssen existenziell sein, d. h. sie müssen eine Beziehung zur ganzen Existenz einer Person haben und darüber hinaus zur menschlichen Existenz als solcher (vgl. dazu Cooper, 2003).

6. *Gesellschaftskritisch*: Solche Konzeptionen müssen Gesellschaftskritik einschließen. Sie müssen sich kritisch mit Macht und Kontrolle auseinandersetzen, mit Interessen und Expertentum. Sie müssen von Natur aus emanzipatorisch sein. Deshalb muss transparent sein, wessen Interessen die Konzeptionen dienen und wer von ihnen profitiert.

7. *Genuin humanistische Forschung anregend*: Die Konzeptionen müssen eine Art von Forschung anregen, die dem Forschungs-„Gegenstand“, dem Menschen als Person nämlich, angemessen ist (Rogers, 1985a/1986). Selbstverständlich müssen solche Konzeptionen für empirische Forschung offen sein, auch wenn deren Ergebnisse die eigenen Annahmen nicht bestätigen. Wichtiger aber ist, dass die personenzentrierten Forscher Empirizismus und Positivismus überwinden und in der Lage sind, Zugänge zur Forschung zu initiieren, die wirklich an der Person orientiert sind, etwa intensive Fallstudien oder kreative Forschungsvorhaben, wie etwa, um ein Beispiel zu nennen, Elliotts (2002) Hermeneutic Single Case Efficacy Design.³²

Um diese Kriterien zu erfüllen, ist es notwendig, dass alle Richtungen der „personenzentrierten und experienziellen Familie“ zusammenarbeiten.

31 Eine Konzeption wird hier verstanden als ein konsistentes System von Konzepten.

32 Vgl. zur Unbrauchbarkeit der traditionellen Evaluierungsmethoden aus der evidence-based medicine für die Psychotherapie („störungsspezifische randomisierte Studien“), die den Menschen nicht als solchen untersucht, sondern in Funktionsstörungen aufteilt, und der psychotherapeutischen Beziehung als bio-psycho-sozialer Interaktion nicht gerecht wird, und der Forderung nach hermeneutischer Interpretation sensu Habermas (1985) jetzt auch Zurhorst (2005).

Zurück zum Klienten!

„Zurück zum Klienten“ bedeutet zurück zum Menschen. Wir brauchen eine humane Wissenschaft, um zu verstehen, was in und zwischen Menschen vorgeht. Wenn die Bewegung vom Klienten zum Therapeuten geht, dann ist es in einem klientenzentrierten Ansatz notwendig, zum Klienten als der erstrangigen Wissens- und Verstehensquelle „zurück“ zu gehen. Therapie ist mehr als eine Sache von Therapeutenvariablen; sie ist eine Angelegenheit der Selbstheilungskräfte des Klienten. Das schließt einen epistemologischen Paradigmenwechsel ein, der zu einer fundamentalen Gegenposition zur traditionellen Diagnose und Klassifikation führt. Es ist der Klient, der sein Leben und die Bedeutung seiner Erfahrungen bestimmt und so den Therapeuten „in-form-iert“. Der Therapeut ist aufgefordert, sich selbst zu öffnen und es zu riskieren, *Teil einer einzigartigen Beziehung zu werden, die beide gemeinsam entwerfen und – kein geringeres Risiko – gemeinsam zu reflektieren.*

Warum gibt es alle diese Diskussionen und Auseinandersetzungen um störungsspezifische Konzepte? Einer der Hauptgründe ist, jenen zu antworten, die den Vorwurf erheben, dass der Personzentrierte Ansatz ihre Kriterien für wissenschaftliche Arbeit und Forschung nicht erfülle – Kriterien, die von Menschen aufgestellt wurden, die von einem völlig anderen Menschenbild ausgehen (wenn sie überhaupt von einem Menschenbild ausgehen und nicht nur von Aspekten des Verhaltens). Wenn wir versuchen, uns diesen Kriterien anzupassen, geben wir unsere Identität auf und verwerfen den radikalen Paradigmenwechsel zur Person im Zentrum. Wir mögen vorübergehend einigen Applaus bekommen, würden aber im Gegenzug den Grund dafür aufgeben, ein selbstständiger Ansatz zu sein, weil wir unseren einzigartigen Standpunkt aufgeben würden, das einzigartige Angebot und die ethische Herausforderung, einzig und wirklich die Person in den Mittelpunkt zu stellen. Wir würden in eine Allgemeine Psychologie verschwinden.³³

Es ist hingegen wahrlich kein Grund vorhanden, uns von den Exponenten einer modeorientierten und in letzter Konsequenz un-menschlichen Psychologie beeindruckt zu lassen, die von selbsternannten Experten dominiert wird.

Die Alternative ist jedoch keine leichte Aufgabe. Wir stehen vor dem Unterfangen, dem Mainstream zu begegnen, indem wir in neuen Kategorien antworten. Wir sehen uns der Aufgabe gegenüber, hart an der Entwicklung eines humanen, wirklich Person-zentrierten Verständnisses von Wissen, Wissenschaft und Forschung zu arbeiten, personzentrierte Konzeptionen dessen, was psychische Störungen genannt wird, inklusive.

Wir stehen vor der Herausforderung, ein Verständnis von uns selbst zu entwickeln, das jenseits der Kategorien von Ordnung bzw. Norm und Störung liegt – nichts weniger als eine kompromisslose Fortsetzung jener Gesellschaftskritik, die Carl Rogers mit seiner Persönlichkeits- und Therapietheorie verfolgt hat.

³³ Es gibt genug Beispiele, wo das geschehen oder fast geschehen ist. Dazu braucht man sich nur etwa die historische Nähe der „Gesprächstherapie“ zur Verhaltenstherapie in Deutschland anzusehen und die späteren Versuche, im Zuge des Anerkennungsverfahrens und andernorts aus psychoanalytischer Perspektive zu argumentieren.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung (Hrsg.). (1984). *Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft*. Wien: Deuticke.
- Binder, U. (2004). Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen. Vortrag Subsymposium „Störungsspezifische Konzepte“, Symposium „Gestaltende und vermittelnde Prozesse. Selbstorganisation in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie“. Salzburg.
- Binder, U. & Binder, J. (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung – Psychosomatisches Erleben – Depressives Leiden*. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. & Binder, H.-J. (Hrsg.). (1994). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Bohart, A. C. (2003). How does empathy facilitate? Vortrag. 6. Personenzentrierte und Experienzielle Weltkonferenz. Egmond aan Zee.
- Bozarth, J. D. (2002). Empirically supported treatments: Epitome of the “specificity myth”. In J. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century* (S. 168–181). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Cooper, M. (2003). Between freedom and despair: Existential challenges and contributions to person-centered and experiential therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 43–56.
- Cornelius-White, J. H. D. (2004). Maintain and enhance. An integrative view of person-centered and process-differentiated diagnostics. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 268–276.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12, 1–20.
- Etymologieduden (1963): *Duden. Bd. 7: Das Herkunftswörterbuch*. Mannheim: Bibliografisches Institut.
- Fehringer, C. (2003). Brauchen wir Störungswissen, um personenzentriert arbeiten zu können? Vortrag PCA, Wien.
- Freud, S. (1926). Die Frage der Laienanalyse. Unterredungen mit einem Unparteiischen. In S. Freud, *Studienausgabe. Ergänzungsband* (S. 271–349). Frankfurt/M.: S. Fischer.
- Gadamer, H.-G. (1999). *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Bd. 1*. Tübingen: Mohr.
- Geller, S., Schmid, P. F. & Wyatt, G. (2003). A dialogue on therapeutic presence: A precondition, a meta-condition or fourth condition in person-centered therapy? 6. Personenzentrierte und Experienzielle Weltkonferenz. Egmond aan Zee.
- Grant, B. (1990). Principled and instrumental nondirectiveness in person-centered and client-centered therapy. *Person-Centered Review*, 5 (1), 77–88.
- Grant, B. (2004). The imperative of ethical justification in psychotherapy. The special case of client-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 3 (3), 152–165.
- Greenberg, L. (2004). Being and doing. Person-centeredness, process guidance and differential treatment. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (1), 52–64.
- Habermas, J. (1985). *Zur Logik der Sozialwissenschaften*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Heinerth, K. (2002). Symptomspezifität und Interventionshomogenität. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 1, 23–26.
- Hoad, T. F. (Ed.) (1986). *The concise Oxford dictionary of English etymology*. Oxford: Clarendon Press.
- Husserl, E. (1950). *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge. Gesammelte Werke, Bd. I*. Den Haag: Martinus-Nijhoff.
- Iossifides, P. (2001). Understanding the actualizing tendency through the recent events. Vortrag. Internationales Kolloquium zum hundertsten Geburtstag von Carl Rogers. Wien.
- Joseph, S. & Worsley, R. (Eds.) (2005). *Psychopathology and the person-centered approach*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2002). Die verschiedenen Strömungen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Einleitung. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 65–72). Wien: Springer.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte.
- Levinas, E. (1983). *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*. Freiburg: Alber.
- Mearns, D. (1996). Working at relational depth with clients in person-centered therapy. *Counselling*, 7 (4), 306–311.
- Mearns, D. (1999). Person-centred therapy with configurations of self. *Counselling*, 10 (2), 125–130.
- Mearns, D. (2002). Further theoretical propositions in regard to self theory within person-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1, 14–27.
- Mearns, D. (2004). Person-centered is not problem-centered. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 88–101.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Patterson, C. H. (1948). Is psychotherapy dependent upon diagnosis? *American Psychologist*, 3, 155–159.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* (S. 19–40). Heidelberg: Asanger.
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (2002). *Pre-therapy*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Client-Centered Therapy*. München: Kindler. (Original erschienen 1971 *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1965b). A humanistic conception of man. In R. Farson, Richard (Ed.), *Science and human affairs* (pp. 18–31). Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Rogers, C. R. (1957a/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünewald. (Original erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103.)
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG, 1987. (Original erschienen 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Vol. III* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill.

- Rogers, C. R. (1961a/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett. (Original erschienen 1973: *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1962a/1977). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In: Rogers, C. R., *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 180–196), München: Kindler. (Original erschienen 1962: The interpersonal relationship: The core of guidance. In C. R. Rogers & B. Stevens, *Person to person: The problem of being human* (pp. 89–104). Moab: Real People.)
- Rogers, C. R. (1963d/1998). Auf dem Weg zu einer Wissenschaft der Person. In M. Kilp & U. Straumann, Ursula (Hrsg.), *Reader. Kommunikation und Interaktion in der Arbeitswelt*, Frankfurt/M.: Fachhochschule. (Original erschienen 1963: Towards a science of the person. In T. W. Wann (Ed.), *Behaviorism and Phenomenology* (pp. 109–140). Chicago: University of Chicago Press.)
- Rogers, C. R. (1965b). 'A humanistic conception of man'. In R. Farson (Ed.), *Science and human affairs* (pp. 18–31). Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Rogers, C. R. (1985a/1986). Zu einer menschlicheren Wissenschaft des Menschen. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1, 69–77. (Original erschienen 1985: Toward a more human science of the person. *Journal of Humanistic Psychology*, 25 (4), 7–24.)
- Sachse, R. (2004). From client-centered to clarification-oriented psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 19–35.
- Sanders, P. (2005). Principled and strategic opposition to the medicalisation of distress and all of its apparatus. In S. Joseph & R. Worsley (Eds.), *Psychopathology and the person-centered approach*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (1992). „Herr Doktor, bin ich verrückt?“. Eine Theorie der leidenden Person statt einer Krankheitslehre. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 83–125). Köln: EHP.
- Schmid, P. F. (1994). *Personenzierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. I. Solidarität und Autonomie*. Köln: EHP.
- Schmid, P. F. (1996). *Personenzierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. II. Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Schmid, P. F. (1998a). *Im Anfang ist Gemeinschaft. Personenzierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, P. F. (1998b). 'Face to face': The art of encounter. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-Centred Therapy*, (pp. 74–90). London: Sage.
- Schmid, P. F. (1999). Personenzierte Psychotherapie. In G. Sonneck & T. Slunecko (Hrsg.), *Einführung in die Psychotherapie* (S. 168–211). Stuttgart: UTB für Wissenschaft – Facultas.
- Schmid, P. F. (2000). "Encountering a human being means being kept alive by an enigma" (E. Levinas): Prospects on further developments in the Person-Centered Approach. In J. Marques-Teixeira & S. Antunes (Eds.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy* (S. 11–33). Linda a Velha: Vale & Vale.
- Schmid, P. F. (2001a). Personenzierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personenzierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 57–95). Wien: Facultas.
- Schmid, P. F. (2001b). Authenticity: the person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In G. Wyatt (Ed.), *Congruence* (pp. 217–232). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001c). Acknowledgement: the art of responding. Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional personal relationships in therapy and beyond. In J. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Unconditional positive regard* (pp. 49–64). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001d). Comprehension: the art of not-knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centred relationships. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Empathy* (pp. 53–71). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- 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, G. & P. Sanders (Eds.), *Contact and perception* (S. 182–203). 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, 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. Personenzierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien: Springer.
- Schmid, P. F. (2002e). Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personenzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie. *PERSON*, 1, 16–33.
- Schmid, P. F. (2002f). Was ist personenziert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung. In C. Iseli, W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 219–254). Köln: GwG.
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counselling: Criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 104–120.
- Schmid, P. F. (2004a). *Personale Begegnung. Der personenzierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge* (4. Aufl.). Würzburg: Echter.
- Schmid, P. F. (2004b). Souveränität und Engagement. Zu einem personenzierten Verständnis von „Person“. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (5. Aufl.) (S. 15–164). Mainz: Grünewald.
- Schmid, P. F. (2004c). Back to the client. A phenomenological approach to the process of understanding and diagnosis. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 36–51.
- Schmid, P. F. (2005a). Authenticity and alienation. Towards an understanding of the person beyond the categories of order and disorder. In J. Steven & R. Worsley (Eds.), *Psychopathology and the person-centered approach* (pp. 75–90). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2005b). Facilitative responsiveness: Non-directiveness from an anthropological, epistemological and ethical perspective. In B. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity: Reassessing person-centered theory and practice in the 21st century* (pp. 74–94). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. & Mearns, D. (2005). Being-with and being-counter; A person-centred view on in-depth interaction in the therapeutic relationship.

- Keynote lectures, 4th World Conference for Psychotherapy. Buenos Aires.
- Shlien, J. M. (1989). Boy's person-centered perspective on psychodiagnosis. A response. *Person-Centered Review*, 4, 157–162.
- Spielhofer, H. (2003). Störungsspezifische Konzepte in der Personzentrierten Psychotherapie. Vortrag. PCA. Wien.
- Spielhofer, H. (2005). Selbststrukturen bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten. *In diesem Heft*.
- Swildens, H. (1991). *Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG.
- Swildens, H. (2004). Self-pathology and post-modern humanity: Challenges for person-centered psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 3, 4–18.
- Takens, R. J. (2001). *Een vreemde nabij. Enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Takens, R. J. & Lietaer, G. (2004). Process differentiation and person-centeredness: A contradiction? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 77-87.
- Thorne, B. (2003). *Carl Rogers* (2nd edn.). London: Sage.
- Tudor, K. & Worrall, M. (2005). *Clinical Philosophy*. In print.
- 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. (2000). Person-centered 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. (2002). Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personzentrierter Theorie. *PERSON 1*, 45–58.
- Zurhorst, G. (1993). Eine gesprächspsychotherapeutische Störungs-/Krankheitstheorie in biographischer Perspektive. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* (S. 71–78). Heidelberg: Asanger.
- Zurhorst, G. (2005). Evaluierungsmethoden aus der Pharmaforschung gehen am Kern Humanistischer Psychotherapien vorbei. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 1, 13–16.

Autor

Peter F. Schmid, Univ.Doz. HSProf. Mag. Dr., Begründer personzentrierter Ausbildung in Österreich, Personzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder der Akademie für Beratung und Psychotherapie des Instituts für Personzentrierte Studien (IPS der APG); Faculty Member Saybrook Graduate School and Research Center, San Francisco. Zusammenarbeit mit Carl Rogers in den achtziger Jahren; zahlreiche Fachpublikationen in mehreren Sprachen; Mitbegründer und Vorstandsmitglied im Personzentrierten und Experienziellen Weltverband (WAPCEPC), Mitherausgeber der internationalen Zeitschrift „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“.

Kontaktadresse:

*Peter F. Schmid
Koflergasse 4
A-1120 Wien
E-Mail: pfs@pfs-online.at; Website: pfs-online.at*

Robert Hutterer

Eine Methode für alle Fälle

Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen

Zusammenfassung: Der Artikel befasst sich kritisch mit dem Problem differenzieller Ansätze in der Klientenzentrierten und Personenzentrierten Psychotherapie. Zu den zentralen Aussagen gehören: (a) Ausgangspunkt; differenzielle Ansätze sind Antworten auf schwierige Therapiesituationen, schwere Störungen und „schwierige“ Klienten; sie zielen auf eine Erweiterung der therapeutischen Effektivität. (b) Differenzielle Ansätze stellen weniger Weiterentwicklungen und Verbesserungen der Klientenzentrierten Therapie dar, sondern sind Anpassungen an vielfältige Bedingungen der Praxis und Folge der Heterogenisierung der Anwendungsfelder, der Klienten und der Therapeuten. (c) Differenzielle Ansätze können der Kompensation von Einschränkungen therapeutischer Kompetenz dienen. (d) Eine differenzielle Strategie für die erfolgreiche Ausübung des Therapeutenberufes ist eine Strategie der Selbstselektion. Sie erfordert für den Praktiker eine „privilegierte Position“: Die Freiheit einer psychologischen Lebensführung, eine ökonomische Situation mit flexiblem finanziellem Einkommen, Rekrutierung und „Anziehung“ einer passenden Klientel, die Verankerung in einem Netzwerk kollegialer Kooperation.

Stichwörter: Differenzielle Psychotherapie, schwierige Therapiesituationen, optimale Individualisierung der Therapeut-Klient-Beziehung, differenzielle Strategie für einen beruflichen Erfolg als Therapeut.

Abstract: One method for all cases: Differential strategies in person-centred psychotherapy: Clarifications and problems. This article offers a critical exploration of differentiated strategies in client-centred therapy. Central propositions are: (a) Differentiated concepts are more of an adaptation to a number of practical conditions and a result of an increasing multiplicity of applications, clients and therapists than a further development or refinement of client-centred therapy. (b) Differentiated strategies can serve to compensate for limitations in therapeutic competence and to encourage a promise of success even in the case where there is insufficient implementation of client-centred core conditions. (c) Therapists self-selection is a differentiated strategy for the successful practice of the profession of psychotherapy. It requires a 'privileged position' for the practitioner: namely, the freedom to live a psychologically healthy life, the maintenance of an economically viable situation with a flexible income, the 'recruitment' and attraction of suitable clients (best fit strategies) and a secure position within a network of cooperative professional colleagues.

Keywords: Differentiated psychotherapy, difficult therapy situations, optimal individualization of therapeutic relationship, differentiated strategy for the successful practice of psychotherapy.

Einleitung und Problem

Die mehr als sechzigjährige Geschichte der Klientenzentrierten Psychotherapie¹ ist auch eine Geschichte ihrer Diversifikation. Besonders in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten haben sich die Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes gewandelt: Erfahrungen mit neuen Klientengruppen und Störungen im klinischen Bereich, Anwendungen im quasi- und außertherapeutischen Praxisfeldern (Erziehung, Sozialarbeit, Medizin, Wirtschaft etc.) haben die Erfahrungsbasis immens verbreitert. Epochale Änderungen, die mit den Schlagworten Globalisierung

und Neo-Liberalismus assoziiert sind, brachten die Psychotherapie in einen Kosten-Nutzen-Druck und unter einen Technologie-Anspruch, der speziell personenzentrierte Psychotherapieformen unter Spannung setzte. Neue allgemeine Trends in der Entwicklung der Psychotherapie wie die Marktpräsenz von immer neuen psychologisch-psychotherapeutischen Techniken und der Trend zu Integration machten die Klientenzentrierte Psychotherapie einerseits

1 In dem Artikel werden die Bezeichnungen für die psychotherapeutischen Methode „Klientenzentrierte Psychotherapie“, „Personenzentrierte Psychotherapie“ und „Gesprächspsychotherapie“ synonym verwendet.

zum Objekt methodischer Anleihen (wenn nicht sogar Ausbeutung), andererseits zum Anziehungspunkt eklektischer Verbindungen (Sanders, 2004). Spätestens seit dem Tod von Rogers 1987 häuften sich Äußerungen von Unzufriedenheit mit der traditionellen und „reinen“ Klientenzentrierten Psychotherapie und zunehmend selbstbewusster wurden Alternativen der Standardmethode. Diese Alternativen präsentierten sich als „Ergänzungen“, „Optimierungen“ oder „in Kombination“ mit anderen Verfahren. Derartige Entwicklungen wurden nicht selten beklagt (z. B. Mearns & Thorne, 1988), ihre Krisenhaftigkeit oft genug konstatiert (Hutterer, 1992, 1993; Swildens, 2002b; van Kalmthout, 2002) und schließlich auch mit Rettungs- und Ordnungsversuchen bedacht. (Lietaer, 2002; Schmid, 2002, 2003). Diskussionen und Fachartikel beschäftigen sich immer wieder mit der Frage, was eigentlich das Zentrale und Unverwechselbare der Klientenzentrierten Psychotherapie sei (z. B. Brodley, 1986), mit der Klärung und Korrektur von Missverständnissen des Konzepts (z. B. Barrett-Lennard, 1993) oder mit der Frage der „Legitimität“ von unterschiedlichen methodischen Orientierungen innerhalb des Klientenzentrierten Ansatzes (z. B. Stumm & Keil, 2002).

Ein guter Teil der Spannungen und Entwicklungsprobleme, die in der klientenzentrierten Bewegung feststellbar sind, scheint mit einer Problematik verbunden, die man an einer Auffassung von Rogers festmachen kann, welche er immer wieder wiederholt und bestätigt hat. Er betrachtete als zentrales Charakteristikum Klientenzentrierter Psychotherapie die Auffassung, dass die gleichen therapeutischen Prinzipien auf alle Personen anwendbar sind – unabhängig davon, wie diese diagnostisch einzuordnen sind: Dieselben therapeutischen Prinzipien gelten für alle Menschen, seien sie noch so verschieden. Oder wie es Shlien (2002, S. 402) prägnant zum Ausdruck brachte: „Klientenzentrierte Psychotherapie kennt nur eine Behandlung für alle Fälle“. Diese Auffassung dürfte eine Schlüsselfunktion für die Dynamik und Spannung innerhalb der personenzentrierten Bewegung insgesamt einnehmen, vor allem auch deshalb, weil sie in ihrer Nachhut eine Reihe weiterer sensibler Fragen berührt wie z. B. Art und Funktion von Diagnostik, Art und Ausmaß der Expertenrolle, das Verhältnis von Beziehung und Technik, die Bedeutung einer Problemzentrierung sowie die Funktion der Nicht-Direktivität, um die wichtigsten zu nennen (vgl. Takens & Lietaer, 2004b; Cornelius-White, 2004). Auf der Basis dieser Auffassung wurden die zentralen therapeutischen Prinzipien lange Zeit auf die so genannten core conditions (Kernvariablen: Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz) beschränkt und auf einer mittleren Abstraktionsebene beschrieben. Auch Rogers selbst hat in seinen meistgelesenen Werken diese Beschränkung verbreitet. Dies führte zu einer Reihe von Missverständnissen und kontraproduktiven Interpretationen. Höger (1989) hat auf die unzureichende Differenzierung zwischen therapeutischer Beziehung, therapeutischen Einstellungen und konkreten Verhaltensweisen bzw. abgrenzbaren Skills aufmerksam gemacht. Es entstand dadurch ein doppelt

missverständliches Bild von einer Klientenzentrierten Therapie, die ihre Methode auf das „Spiegeln von Gefühlen“ beschränkt – auf eine einfache Technik, die ungeachtet der Symptomatik oder des Störungsbildes unterschiedslos auf alle Klienten angewandt würde.

Die Praxis der Klientenzentrierten Psychotherapie war weit entfernt von diesen verzerrten Bildern: Weder die uniforme Verwirklichung von therapeutischen Einstellungen, noch die stereotype Anwendung einer simplen Spiegel-Technik sollten den Klientenzentrierten Psychotherapeuten² in der Praxis so recht und unkompliziert gelingen. Die vielschichtigen Anforderungen der therapeutischen Praxis, die Vielfalt von Bedingungen und Voraussetzungen, die Konfrontation mit jeweils neuen Störungsbildern und überraschenden Symptomen, die individuellen Eigenarten der Klienten in ihrer Ausdrucksweise und speziell auch die therapeutischen Misserfolge und Therapieabbrüche zwangen zu einer „unterscheidenden Anpassung“. Die differenzielle Praxis, die so entstand, war selten genug das Ergebnis einer reflektierten Anwendung eines wohlverstandenen klientenzentrierten Therapiekonzepts auf neue praktische Anforderungen. Denn immer wieder wurden auch Fehlauffassungen und Missverständnisse des Konzepts kolportiert und argumentiert. Aber all das zusammen schaffte ein Bewusstsein für die vielfältigen Probleme bei der praktischen Realisierung eines Therapiekonzepts, das von seinen Grundsätzen her anscheinend so einfach zu verstehen war. Auch Rogers stellte fest, es sei „das Grundsätzliche daran leicht fasslich“, dagegen die praktische Realisierung „eine schwierige und komplizierte Angelegenheit“ (Rogers, 1962a/1977, S. 188). Auch die allgemeine Psychotherapieforschung fokussierte auf dieses Problem und sprach von einem Uniformitätsmythos (Kiesler, 1966), dem psychotherapeutische Methoden aufsitzen, die ein und dieselbe Behandlungsmethode auf (diagnostisch) unterschiedliche Klientengruppen anwenden. Mit der Uniformität des therapeutischen Vorgehens wurden auch Therapieabbrüche in Zusammenhang gebracht (Grawe et al., 1994).

Das Prinzip „Eine Methode für alle Klienten“ wurde angesichts dieser Entwicklungen und Einwände immer unhandlicher. Insgesamt ist dadurch jedoch klar geworden: die Unterschiede zwischen Klienten müssen bei der Umsetzung der therapeutischen Bedingungen stärker beachtet werden. Man sprach in diesem Zusammenhang von einem „differenziellen Vorgehen“ in der Klientenzentrierten Therapie. Seit mehr als 30 Jahren gibt es eine Diskussion darüber. Truax (1966) hat erstmals auf differenzielle Aspekte in der Vorgangsweise von Rogers hingewiesen. Bastine (1970) dürfte der erste im deutschen Sprachraum gewesen sein, der das Thema aufgegriffen hat. Ein Ausgangspunkt für seine Überlegungen zur differenziellen Perspektive waren schwierige Gesprächssituationen im therapeutischen Prozess. Tschulin (1983) hat eine breitere Diskussion angeregt

2 In diesem Artikel werden männliche, weibliche und gelegentliche beide Geschlechterformen verwendet. Es sind immer beide Geschlechter gemeint.

(vgl. auch Tscheulin, 1992; Auckenthaler, 1994). Die Profilierung von erfahrungs- und erlebensorientierten Psychotherapien (*experiential psychotherapies*; vgl. auch Lietaer, 1992; van Balen, 2002) im Anschluss an Gendlin (1973, 1998) und Greenberg (Greenberg, Watson & Lietaer, 1998; Greenberg, Rice & Elliott, 2003) machte die differenzielle Fragestellung komplexer und spannungsreicher und brachte das Paradigma des Personenzentrierten Ansatzes deutlich in Bewegung (vgl. Hutterer et al., 1996). Heute gehört das Problem der differenziellen Vorgangsweise weltweit zu den wichtigsten Fragen, mit denen die Klientenzentrierte Psychotherapie konfrontiert ist (vgl. Takens & Lietaer, 2004). Die zentrale Problemstellung einer „differenziellen Perspektive“ innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie – wie und in welcher Weise können die therapeutischen Bedingungen realisiert und berücksichtigt werden, damit sie den individuellen Eigenheiten von verschiedenen Klienten gerecht werden? – wurde um weitere Faktoren wie Prozessverläufe und Störungsmuster erweitert. Die Komplexität der Fragestellung wird zusätzlich erhöht, wenn unterschiedliche Anwendungsbedingungen (Setting, Arbeitsbedingungen, ökonomische Situation, Zeitgeist, gesellschaftlich-politische Situation und kulturell dominierende Werte etc.) oder unterschiedliche Therapeutenpersönlichkeiten (hinsichtlich Einstellungen, Lern- und Erfahrungsbereitschaften, berufliche Sozialisation etc.) ins Spiel gebracht werden. Es wurde dadurch auch deutlich, dass diese Komplexität über eine (quantifizierende) Forschung allein nicht mehr sinnvoll zu bewältigen ist. Die differenzielle Problemstellung enthält darüber hinaus immens praktische Implikationen, die zentrale Aspekte der persönlichen und beruflichen Verwirklichung von Therapeuten sowie die Bedingungen der Berufsausübung der gesamten Profession berühren.

Zur Darstellung der weiteren Argumentation möchte ich vorerst zwei zentrale Entwicklungsbedingungen für die Entfaltung der differenziellen Fragestellung deutlicher beleuchten, um darauf hin auf die Vielfalt differenzieller Verfahren einzugehen. In weiterer Folge werden ich einige Klärungen und Problematisierungen durchführen, die die Komplexität differenzieller Praxis und Praktiken verdeutlichen sollen. Schließlich wird ein Vorschlag präsentiert, der die Verwirklichung differenzieller Praktiken mit der beruflichen Verwirklichung des personenzentrierten Praktikers verknüpft: eine differenzielle Strategie zur erfolgreichen Ausübung des Therapeutenberufes. Diese Strategie betrachte ich als Voraussetzung und Fundamentum jedes weiteren differenziellen Vorgehens.

Entwicklungsbedingungen differenzieller Strategien und Konzepte

Für die Entwicklung einer differenziellen Sichtweise innerhalb der klientenzentrierten Orientierung und für die Dynamik der Diskussion dazu betrachte ich vor allem zwei Bedingungen als einflussreich: die Position und Aussagen von Carl Rogers zu dem vorliegenden Problem

und die erfolgreiche Verbreitung des personenzentrierten Konzepts in vielen Anwendungsfeldern und auf vielen Ebenen. Die nähere Betrachtung dieser Faktoren wird es plausibel machen, warum es notwendig und unvermeidlich geworden ist, sich mit dem Problem differenziellen Vorgehens auseinander zu setzen und warum diese Auseinandersetzung spannungsreich verlaufen musste und muss.

Rogers' Beitrag zum Problem differenzieller Vorgangsweisen

Die Notwendigkeit den Beitrag von Rogers zur Diskussion differenzieller Vorgangsweisen zu betrachten und seine Aussagen dazu systematisch zu sammeln, ergibt sich für mich aus folgender Beobachtung: Auf Aussagen von Rogers wird in der Diskussion um eine differenzielle Vorgangsweise Bezug genommen – in Form einer „Anlehnung“ an sie, in Form einer Erweiterung oder Differenzierung oder in Form einer Abgrenzung. Deshalb soll hier in aller Kürze ein systematischer Versuch unternommen werden, relevante Aussagen von Rogers zum Problem differenziellen Vorgehens in Bezug zu setzen. Folgende Themen und Argumentationsfiguren werden von Rogers aufgegriffen.

Eine Methode für alle Personen

Bereits 1951 betont Rogers, „dass die klient-bezogene Therapie sehr weitläufig anwendbar ist – dass sie in gewissem Sinne tatsächlich auf alle Personen angewandt werden kann“ (Rogers, 1951a/1995, S. 214). Zu den charakteristischen Merkmalen der Klientenzentrierten Psychotherapie gehört laut Rogers „die Hypothese, dass auf alle Personen, seien sie nun als ‚psychotisch‘, ‚neurotisch‘ oder ‚normal‘ eingestuft, die gleichen psychotherapeutischen Prinzipien anwendbar sind“ (Rogers, 1975e/1977, S. 19). Auch in seinem bekannten Artikel „The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“ (Rogers, 1957a/1997) stellt er fest: „Zum Beispiel wird *nicht* behauptet, dass diese Bedingungen auf eine Art von Klienten passen, und dass andere Bedingungen notwendig sind, um eine psychotherapeutische Veränderung bei einer anderen Art von Klienten hervorzubringen [...] dass man mit Neurotikern in einer Weise, mit Psychotikern in einer anderen Weise arbeitet; dass bestimmte therapeutische Bedingungen für Zwangskranke, andere für Homosexuelle hergestellt werden müssen etc.“. Vielmehr betont er, „dass die wesentlichen Bedingungen der Psychotherapie in einer einzigen Konfiguration bestehen, obwohl der Klient oder Patient sie sehr unterschiedlich verwenden mag.“ (Rogers, 1957a/1997, S. 182)

Hinweise auf eine differenzielle Perspektive: eine Fußnote

In einer Fußnote zu der obigen Äußerung stellte Rogers allerdings fest, dass diese Auffassung durch eine Studie in Frage gestellt

wurde. In dieser Studie wurden Unterschiede zwischen Klienten in Beziehung zum Erfolg einer Therapie festgestellt. Einwände waren Rogers also bekannt. Diese Studie war für Rogers allerdings nicht ausreichend, er wollte weitere Untersuchungen abwarten. Rogers hatte auch Hinweise auf differenzielle Prozesse, wenn er „die geringere Wahrscheinlichkeit einer tieferen persönlichen Reorganisation bei älteren Individuen“ (Rogers, 1951a/1995, S. 213) feststellt oder schreibt, „dass intrapunitive männliche Erwachsene größeren Nutzen aus der Erfahrung der klient-bezogenen Therapie ziehen können“ (Rogers, 1951a/1995, S. 214).

Bereits 1942 weist Rogers im Zusammenhang mit der Therapie von Klienten, die sich unfreiwillig in Therapie befinden, auf eine differenzielle Strategie hin: „Wenn der Klient sich so vollkommen widerstrebend gibt [...] dann Bedarf es eines gewissen Prozentsatzes an neutraler Unterhaltung, um das Schweigen nicht zu lange und zu peinlich werden zu lassen.“ (Rogers, 1942/1985, S. 144)

Eine differenzielle Lernerfahrung

Wichtig in diesem Zusammenhang sind auch Lernerfahrungen von Rogers im Rahmen des Schizophrenie-Projekts (Wisconsin-Projekt). Er wies auf Probleme und Schwierigkeiten hin in der therapeutischen Arbeit mit Schizophrenen. Er sprach z. B. von „Stunden völliger Stille, welche einem schwer zu schaffen machen können“ (Rogers, 1962c/1977, S. 165). Eine wichtige Lektion dieser Erfahrungen bezog sich wieder auf „unmotivierter Klienten“. Rogers zog aus diesen Erfahrungen klare Konsequenzen: 1. ... dass die Arbeit mit Personen, die keine Hilfe wollen, sich von der psychotherapeutischen Arbeit deutlich unterscheidet“ und 2. dass dieser Unterschied „ein neues Begriffssystem“ und „entsprechende Konzepte, Theorien und Techniken“ verlangt (Rogers, 1962c/1977, S. 167f). Diese Schlussfolgerungen bedeuteten eigentlich das Eingeständnis, dass die bisher gefundenen Erkenntnisse nicht uneingeschränkt verallgemeinerbar sind, sondern dass unter bestimmten Voraussetzungen (eingeschränkte Motivation) alternative Theorien und Überlegungen für ihn vorstellbar sind.

Echtheit und Erweiterung des Handlungsrepertoires

Eine Grundlage für differenzielle Aktivitäten ist für Rogers die Echtheit und das „reale Zugesein“ des Therapeuten und der Therapeutin. Die authentische Reaktion von Therapeuten und Therapeutinnen auf einen Klienten in einer spezifischen Situation kann je nach Persönlichkeit sehr verschieden sein und es können „die grundverschiedenen Therapeuten auf äußerst verschiedene Art und Weise gute Ergebnisse“ erzielen (Rogers, 1962c/1977, S. 170). Je nach Persönlichkeit des Therapeuten kann ein „ungeduldiges Vorgehen“ ebenso erfolgreich sein wie eine „sanfte, wärmere Zuwendung“. Rogers betont hier die individuelle Persönlichkeit des Therapeuten als Kontextvariable für Techniken, Ausdrucksformen und

Verhaltensweisen und formuliert mit einfachen Worten die klassische Fragestellung des Problems differenzieller Vorgangsweisen. Ein weiteres Lernergebnis für ihn betraf die Erweiterung des Repertoires von Verhaltensweisen: „Angesichts der Herausforderungen, mit solchen Schwierigkeiten bei der Arbeit mit dieser Gruppe von Schizophrenen fertig zu werden, haben wir neue förderliche Verhaltensweisen kennen gelernt.“ (Rogers, 1962c/1977, S. 171)

Unterscheidung von therapeutischen Einstellungen versus Verhalten/Technik

Rogers (1957a/1997, 1959a/1987) bezeichnete alle Arten zu reagieren als therapeutisch, wenn sich darin die drei therapeutischen Kern-Bedingungen manifestieren, unabhängig davon, in welchen konkreten Verhaltensweisen und „Techniken“ sich diese auch ausdrücken. Eine Schlussfolgerung, die häufig daraus gezogen wurde, war: Techniken und konkretes Verhalten sind sekundär gegenüber Einstellungen. Diese Unterscheidung zwischen Einstellungen und Verhalten/Techniken führte zur Auffassung, *eine größere Bandbreite von Verhaltensweisen* des Therapeuten können diese *Haltungen* kommunizieren. Gendlin (1962) sprach sogar von einer „unbegrenzten Reihe“ von Verhaltensweisen.

Konzeptferne Techniken können Kommunikationskanäle für therapeutische Bedingungen und personenzentrierte Qualitäten sein

Es gab eine weitere Folgerung dieser Unterscheidung von Einstellungen und Verhalten bzw. Techniken, die Rogers selbst formulierte: Das Kriterium für die therapeutische Qualität und Funktion einer Technik oder Verhaltensweise liegt darin, inwieweit sie als Kommunikationskanal für die Vermittlung und Implementierung der klientenzentrierten Haltungen (core conditions) dienen könne. Rogers (1957a/1997) hat aufgezeigt, dass auch „Techniken“ und methodisches Vorgehen anderer Therapieschulen danach bewertet werden können, ob sie diese therapeutische Qualität und therapeutische Funktion erfüllen.

Ein Klima für persönliches Wachsen – ohne Einschränkungen

Zu einem Zeitpunkt, zu dem Rogers bereits auf Erfahrungen mit vielfältigen Klientengruppen verweisen konnte, in der die klientenzentrierte Methode in jeder Gruppierung Ergebnisse über die gesamte Erfolgsskala brachte – „bemerkenswerte“ Erfolge, „teilweise“ und „vorübergehende“ Erfolge bis Misserfolge bzw. Erfolglosigkeit (Rogers, 1951a/1995, S. 213) – sieht er in dieser Varianz keinen Grund, die weitläufige Anwendbarkeit anzuzweifeln oder einzuschränken: Er geht davon aus, „dass der Versuch, der Anwendbarkeit einer solchen Therapie dogmatische Grenzen zu setzen, keinen Vorteil bringt“ (Rogers, 1951a/1995, S. 214). Die Art der angebotenen Beziehung, die selbst bei therapeutischer Erfolglosigkeit

keinen Schaden verursache, lässt ihn an der breiten Anwendbarkeit festhalten. Denn auch bei fehlendem unmittelbarem Nutzen bietet eine klientenzentrierte Vorgangsweise „ein gutes Klima für persönliches Wachsen“, „ein psychologisches Klima, das ein Individuum für ein tieferes Selbstverständnis, für eine Reorganisation des Selbst [...] nutzen kann“ (Rogers, 1951a/1995, S. 214; Hervorh. R. H.), ein derartiges Klima ist „nicht eine Möglichkeit, die für manche Gruppierungen von Nutzen ist, für andere jedoch nicht“ (Rogers, 1951, S. 230, Hervorh. und Übers. R. H.). Für Rogers bedeutet das Bereitstellen eines derartigen Klimas einen grundsätzlichen Standpunkt, der in jedem Fall Wert hat, selbst wenn die damit verbundenen Möglichkeiten nicht unmittelbar genutzt werden können. Denn dieses „Klima“ bietet eine Basis für weitere anwendungsspezifische Aktivitäten und Praktiken (z. B. medikamentöse Behandlung in der Medizin).

Wenn man die Aussagen von Rogers zusammenfassend interpretiert, dann scheint die Annahme nahe liegend, dass ihm das Problem differenzieller Vorgangsweise in der Praxis von Anfang an bekannt war. Eine systematische Reflexion und Untersuchung dieses Problems finden wir allerdings nicht bei ihm. Als Konsequenz der zunehmend breiten Rezeption des klientenzentrierten Ansatzes betonte er eher das abstrahierbare Gemeinsame und weniger das Differenzierende. Die Aussagen von Rogers zum Problem differenzieller klientenzentrierter Psychotherapie sind mehrdeutig und lassen daher mehrere Interpretationsmöglichkeiten offen. Sowohl Befürworter als auch Gegner oder Skeptiker von differenziellen Ansätzen können sich zur Bestätigung ihrer Auffassung auf Rogers berufen. Auch jene, die für das Verständnis und die Behandlung schwerer Störungen das klientenzentrierte Konzept mit anderen Theorien und Techniken verbinden, finden Anhaltspunkte bei Rogers, z. B. seine Schlussfolgerung, bei unmotivierten Klienten müssten neue Theorien und Praktiken herangezogen werden. Da gerade schwere Störungen auch häufig mit einer Beeinträchtigung der Therapiemotivation verbunden sind, ist gerade dieses Arbeitsfeld Gegenstand zahlreicher „Innovationen“. In dieser Mehrdeutigkeit und fehlenden Klärung liegen möglicherweise wichtige Gründe für die spannungsreiche und kontroverse Diskussion dieses Themas. Denn viele, die differenzielle Konzepte entwickeln, berufen sich mit unterschiedlichen Lösungen, jedoch mit hoher Überzeugung und hoher Identifikation auf Rogers oder auf klientenzentrierte Prinzipien und beanspruchen, eine legitime Interpretation und Version einer „Neo-Rogerianischen Psychotherapie“ zu vertreten.

Die erfolgreiche Verbreitung des Personenzentrierten Ansatzes

Eine gravierende Veränderung der Rahmenbedingungen für die weitere inhaltliche Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes und der Klientenzentrierten Psychotherapie war die erfolgreiche

Verbreitung der Ideen und Konzepte von Rogers. Diese Verbreitung verlief international, interkulturell und interprofessionell. Im klinischen Bereich kam es zu Anwendungen bei verschiedenen Klientengruppen (Borderline-Störungen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen etc.), neue Anwendungsfelder wurden erschlossen (Erziehung, Sozialarbeit, Wirtschaft etc.) und viele Berufsgruppen fanden Interesse am Personenzentrierten Ansatz (Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter, Pädagogen, Lehrer etc.). Historisch-epochale Entwicklungen in verschiedenen Berufsfeldern brachten dem Klientenzentrierten Ansatz neue Aufgabengebiete und Tätigkeitsbereiche wie etwa Supervision, Coaching, Mediation. Und nicht zuletzt wurden die Schriften von Rogers in etliche Sprachen übersetzt und damit auch unterschiedlichen Kulturen zugänglich gemacht.

Die gesetzlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle für die weitere Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie. Watson und Bohart (2001) haben darauf hingewiesen, dass es bei humanistischen und erlebensorientierten Therapieformen zu Adaptionen in einem Umfeld verwalteter Gesundheitsfürsorge gekommen ist. Dies zeigte sich in dem Umstand, dass unter dem Druck von Marktkräften spezifische Behandlungsformen auf spezifische Störungen zugeschnitten und Formen von Kurztherapien entwickelt wurden (Watson & Bohart, 2001). Der Anpassungsdruck, der speziell von der Forschung im Zusammenhang mit der Propagierung von empirisch gestützten Behandlungsformen ausging, schien mehr politisch und ökonomisch motiviert als wissenschaftlich begründet. Die Forschung nach den Standards der „Empirical Supported Treatments“ (EST) in den USA wurde von Bohart (2002) als Antwort auf eine sozio-ökonomische Einengung interpretiert. Insgesamt sind all diese Faktoren auch Indizien für eine zunehmende Domestizierung der Klientenzentrierten Psychotherapie (vgl. Hutterer, 2004). Weitere Beispiele zeigen, dass das klientenzentrierte Konzept immer wieder einem politisch-ökonomischen Anpassungsprozess unterworfen war, der die Heterogenität in Theoriebildung und Praxis erweiterte: Im Bemühen um Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland entstand der Eindruck, dass in vielen einschlägigen Publikationen das klientenzentrierte Konzept teilweise mit dem Bestreben sich anzupassen, „umgeschrieben“ wurde, und zwar unter starker Verwendung einer psychiatrisch-medizinischen Fachsprache. Auch das Interesse von Medizinern oder im medizinischen Bereich arbeitenden Professionellen – so wünschenswert es auch gesehen werden kann – hat nicht, wie es die oft idealisierend gepriesene Radikalität des Personenzentrierten Ansatzes hätte erwarten lassen, zu einer Revolutionierung der Medizin bzw. psychiatrischen oder medizinisch-therapeutischen Arbeit geführt. Eher umgekehrt; das häufig kritisierte „medical model“ (Diagnostik – Zielbildung – Technologien) hat deutliche Spuren im klientenzentrierten Konzept hinterlassen.

All diese Faktoren haben zu einer starken Heterogenisierung und Diversifikation des klientenzentrierten Konzepts geführt. Es

muss an dieser Stelle aber auch deutlich gemacht werden: *Die zunehmende Heterogenisierung der Klientenzentrierten Psychotherapie ist durch ihre Anziehungskraft für verschiedenste Berufsgruppen und Anwendungsfelder bzw. durch die Rezeption unter höchst unterschiedlichen Voraussetzungen auch Teil ihrer Erfolgsgeschichte.* Die Klientenzentrierte Psychotherapie ist unter sehr verschiedenen Rahmenbedingungen rezipiert, gelernt, interpretiert und angewandt worden. Es kann daher nicht verwundern, dass hier höchst unterschiedliche Voraussetzungen für die Bildung und Generierung von Erfahrungen zusammengekommen sind. Diese Erfahrungen wurden eine zentrale Grundlage für die weitere Entwicklung des Klientenzentrierten Ansatzes, für theoretische Einsichten und Konzeptbildungen sowie für methodische Strategien. Im Vergleich dazu möge man sich ins Bewusstsein rufen, wie homogen die Gruppe um Carl Rogers war, die auch mit einer relativ homogenen Gruppe von Klienten arbeitete (neurotische Erwachsene, College-Studenten). Carl Rogers hat die Klientenzentrierte Psychotherapie (damals „nicht-direktive Beratung“) in der Phase der Schulbildung auf der Basis von Erfahrungen mit einer spezifischen Klientel gemeinsam mit seinen Studenten und Mitarbeitern entwickelt (vgl. auch Barrett-Lennard, 1998). Das war eine überschaubare Gruppe von Pionieren mit einem relativ homogenen beruflichen Interesse (Psychologie und klinisch-therapeutische Praxis) im geistig-kulturellen Klima der USA der Vierziger- und Fünfzigerjahre. Als „Pioniere“ waren sie mit diesem Ansatz eng identifiziert. Zu keiner Zeit später war eine derartige Homogenität in der Erfahrungsbildung und Identifikation mit der Therapiemethode gegeben wie in der Pionierphase der Klientenzentrierten Psychotherapie. Man darf hier nicht unerwähnt lassen, dass es bereits in der Pionierphase der Klientenzentrierten Psychotherapie parallel eine „differenzielle Entwicklung“ gab: die Anwendung der nicht-direktiven Beratungsprinzipien in der Kindertherapie (Axline, 2003). Damit verbunden war einmal eine Differenzierung entwicklungspsychologischer Phasen (Kinder versus Erwachsene) sowie eine differenzielle Praxis hinsichtlich der Symbolisierung und des Ausdrucks psychischer Inhalte: die Mittel des kindlichen Spiels in der Kindertherapie im Unterschied zur Förderung des freien verbalen Ausdrucks in der Erwachsenentherapie.

Vielfalt, Varianten und Implikationen differenzieller Vorgangsweisen

Auf Grund der Heterogenisierung der Erfahrungsbildung ist die Entwicklung von differenziellen Konzepten unvermeidlich, und eine Auseinandersetzung mit differenziellen Konzepten und Vorgangsweisen in der Umsetzung klientenzentrierter Prinzipien ist notwendig geworden. Elaborierte Konzepte sind bei aller Nähe zu und Identifikation mit personenzentrierten Theorien auch durch spezifische Voraussetzungen und Rahmenbedingungen mitgestaltet,

unter denen sie entwickelt wurden (berufliche Sozialisation und theoretische Voreinstellung der Therapeuten, spezifische Ausdrucksformen und Störungsbilder von Klienten, Erfahrungsbereitschaft von Therapeuten, institutionelle Gegebenheiten, Werte und Anforderungen der Gesellschaft und der Berufswelt etc). Die individuelle Auseinandersetzung mit all diesen Rahmenbedingungen und Vorgaben führte zu komplexen Erfahrungen, deren Symbolisierung und Ordnung in spezifischen differenziellen Therapiekonzepten einen Ausdruck fand. Ausgehend von dieser Perspektive, kann man differenzielle Konzepte als Ergebnis einer Erfahrungsbildung und Sozialisation in einem bestimmten kulturellen und beruflichen Setting charakterisieren, die unter Wahrung der individuellen Eigenart (Lerngeschichte) von Therapeutinnen und Therapeuten entwickelt wurden. Sie sind Varianten psychotherapeutischer Praktiken, die auf der Basis einer persönlichkeitspezifischen Interpretation von Person- bzw. Klientenzentrierung entstanden sind. Sie sind Ausdruck der beruflichen Selbstverwirklichung von Therapeuten. Dabei kommt es zu einem komplexen Ausgleichsprozess zwischen Individuum und Umwelt im Sinne von Goldstein (1934), d. h. zu einer individuellen Verarbeitung verschiedener Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Anforderungen der beruflichen und kulturellen Umwelt. Auch die klassische nicht-direktive Therapie lässt sich nach diesem Schema interpretieren, nämlich als eine spezifische (historische) Form der Selbstverwirklichung von Personzentrierung bzw. Klientenzentrierung unter spezifischen Anwendungs- bzw. Entstehungsbedingungen.

In der Diskussion und Präsentation differenzieller Vorgangsweisen wird immer wieder der Klient, seine Psychopathologie, seine Persönlichkeitsstruktur und sein Erleben als Unterscheidungskriterium und Impetus für die Konzeptbildung genannt: Differenzielle Konzepte würden sich auf diese Unterschiedlichkeit von Klienten jeweils einstellen. Die hier entwickelte Perspektive nuanciert dagegen, dass die verschiedenen Voraussetzungen der Therapeuten und die verschiedenen Rahmenbedingungen ihrer therapeutischen Tätigkeit, aus denen heraus sie sich mit der Verschiedenartigkeit von Klienten in Praxis und Forschung auseinandersetzen, sich mit mindestens genauso schwerem Gewicht in der Konzeptbildung niederschlugen wie die Verschiedenartigkeit, die die Klienten einbringen. Diese Interpretation wird durch die zunehmende Vielfalt von Varianten differenzieller Konzepte nahe gelegt, deren Charakteristik sich keineswegs allein auf die Unterschiedlichkeit von Klienten zurückführen lässt.

Ein Teil dieser praktischen Variationen haben sich zu kommunizierbaren „Varianten“ differenzieller Konzepte entwickelt. Sie wurden auch als „methodische Akzentsetzungen“ bzw. als „unterschiedliche Ausprägungsformen der Behandlungsmethodik“ beschrieben (Frohburg, 2005). Diese Varianten werden hier beispielhaft genannt, um einen Eindruck von der Vielfältigkeit zu geben. Sind im Kontext differenzieller Ansätze zu diskutieren: Basisverhalten und differenzielles Vorgehen durch Konfrontation (Tscheulin, 1992);

Zielorientierte und Klärungsorientierte Gesprächspsychotherapie (Sachse, 1996, 1999); personenzentrierte Gespräche plus alternative therapeutische Angebote (Höder, 1992); Prozessorientierte Klientenzentrierte Psychotherapie (Swildens, 1991, 2002a); Prozess-Erlebens-Psychotherapie bzw. „process-experiential therapy“ (Elliott & Greenberg, 2002; Greenberg, Rice & Elliott, 2003); „störungsspezifische Perspektive“ in der Personzentrierten Psychotherapie (Finke und Teusch, 2002); „differenzielles Inkongruenzmodell“ (Speierer, 2002); „störungsspezifisches Verstehen“ (Binder & Binder, 1991; Binder 1993); Prätherapie (Prouty, 2002; Prouty, Van-Werde & Pörtner, 1998) und Focusing-Therapie (Gendlin, 1998; Wiltschko, 2002).

Die Vielfalt dieser Ansätze, die auf dieselben Störungen bzw. auf dieselbe Bandbreite von psychischen Beeinträchtigungen angewandt werden können, lässt nicht den Schluss zu, dass deren Entwicklung ausschließlich durch die Unterschiedlichkeit und Charakteristik von Klienten erfolgt ist. Bei einer ausschließlichen Orientierung an Störungsbildern oder Klientenmerkmalen hätte man sehr ähnliche Behandlungsformen und Praktiken für spezifische Störungen erwarten können. Die vorliegenden differenziellen Konzepte zeigen jedoch je nach Autor oder Entstehungszusammenhang selektiv unterschiedliche Perspektiven wie etwa eine existenzialistische Orientierung (Swildens), die Integration gestalttherapeutischer Techniken (Greenberg) oder kognitiv-behaviorale Einflüsse (Sachse), aus denen je unterschiedliche Praktiken für die Behandlung derselben Störung (z. B. Depression) erwachsen. Differenzielle Konzepte können als „Vehikel“ beschrieben werden, die es Therapeuten erlauben, unter Wahrung ihrer Eigenart und im Arrangement mit ihrer (professionellen) Umwelt klientenzentrierte Prinzipien zu verwirklichen. In diesem Prozess entstehen unterschiedliche Lösungen für dieselbe Aufgabe.

Implikationen differenzieller Varianten

Bei genauerer Betrachtung dieser „Lösungen“ für eine differenzielle Vorgangsweise lassen sich typische Argumentationsfiguren erschließen, die bei der Entwicklung von differenziellen Konzepten eine formgebende Rolle spielen:

Therapeutische Grenzerfahrungen: Schwierige Situationen, schwierige Fälle und schwere Störungen

Der Ausgangspunkt vieler Überlegungen und des Wunsches nach differenziellen Lösungen und methodischen Alternativen ist die Erfahrung einer Grenze in der therapeutischen Arbeit. Auf diese Grenzen wird über verschiedene Argumentationsfiguren Bezug genommen. Sie stehen oft im Zusammenhang mit schwierigen Therapiesituationen, mit so genannten „schweren Fällen“ und mit Therapien bei schweren Störungen. Es sind also jene Situationen,

die dem Klientenzentrierten Therapeuten Schwierigkeiten bereiten und Verunsicherung, Ratlosigkeit bzw. Einengungen hervorrufen. Aus praktischer Sicht muss hier angemerkt werden: Schwierige Gesprächssituationen sind für Therapeuten und Therapeutinnen gerade jene kritischen Ereignisse, in denen die Stabilität, Verlässlichkeit und Wahrhaftigkeit ihrer therapeutischen Einstellungen gegenüber einem konkreten Klienten herausgefordert werden. Therapeuten erleben sich in diesen Fällen in einer Situation, in der ihre akzeptierend-verstehende Haltung auf dem Spiel steht. Es können sich Zweifel, Unbeholfenheit, Ungeduld und Unruhe einstellen. Die Erfolgsaussicht wird in Frage gestellt. Differenzielle Konzepte bieten Praktikern möglicherweise einen Weg, mit der sie wieder ein Gefühl dafür entwickeln können, wie sie die Situation bewältigen können.

Leistungsanforderungen: Wirkungsbedürfnisse und Effektivitätsansprüche

Die Diskussion zum differenziellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie folgt häufig Argumentationsfiguren, die Leistungsanforderungen an die Therapiemethode thematisieren. Das Thema hat verschiedene Variationen: Es reicht von der Befriedigung von individuellen Wirkungsbedürfnissen, vom Erzielen von Wirkungen von Moment zu Moment, Erreichen von „Fortschritten“ und vom Erlangen von Mikro-Zielen im therapeutischen Prozess bis zu der Forderung nach hoher Effektivität in breiten klinischen Anwendungsfeldern. Das implizite Thema von elaborierten differenziellen Konzepten scheint höhere Effektivität für viele Klienten zu sein. Es geht um die Überwindung von Wirksamkeitsgrenzen. Die Vorstellung von Wirksamkeit beschränkt sich meist auf deutliche Erlebens- und Verhaltensänderungen und auf eine Symptomreduktion bei kürzerer Therapiedauer.

Technologische Variabilität: Erweiterung des therapeutischen Repertoires

Differenziellen Konzepte enthalten eine weitere auffällige Thematik: Als Folge der Effektivitätsansprüche in Verbindung mit praktischen Schwierigkeiten in der Umsetzung einer personenzentrierten Beziehung werden die Grenzen der technischen Variabilität sichtbar. Daher wird häufig eine Erweiterung des therapeutischen Handlungsrepertoires zum Thema gemacht. Eine Erweiterung des therapeutischen Repertoires, das über das klientenzentrierte Standardverhalten des emphatischen Verstehens hinausgeht, wird als Forderung und als Notwendigkeit in verschiedenen Varianten formuliert: 1. als bewusstes Überschreiten und Verlassen der „core conditions“; 2. als Ergänzung nach dem Motto, die „core conditions“ seien zwar notwendig, aber nicht hinreichend; 3. als erweiterte, aber authentische Ausdrucksform der „core conditions“.

Diese Faktoren spielen bei der Realisierung temporärer und idiosynkratischer Formen differenzieller Praktiken ebenso eine Rolle wie bei elaborierten differenziellen Konzepten. Sie wirken als „Schnittstellen“, über die eine unterschiedliche Verarbeitung der Erfahrungen und Rahmenbedingungen bei der Entwicklung differenzieller Praktiken oder Konzepte erfolgt. Dieser Entwicklungs- und Entstehungsprozess nimmt seinen Ausgang bei erlebten Schwierigkeiten in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung oder im Verlauf des therapeutischen Prozesses, die sehr unterschiedlich sein können. Diese Schwierigkeiten stehen im Konflikt mit oder Gegensatz zu Erfolgsansprüchen und Erfolgserwartungen (die ebenfalls sehr unterschiedlich sein können). Die Lösung dieser Spannung wird durch Erweiterung und Variation des therapeutischen Repertoires versucht. Die Praktiken, die dabei entstehen können, stellen – unabhängig von ihrer Wirkung und Angemessenheit – häufig idiosynkratische Handlungsformen dar, die kaum mit einer Idee von Verallgemeinerbarkeit verbunden werden. Andererseits finden wir hier auch Praktiken und Techniken, die nach einer Phase der Bewährung expliziert werden und als elaborierte Konzepte darstellbar sind.

Grenzen und Möglichkeiten differenzieller Konzepte: Interpretationen, Klärungen und Problematisierungen

Im Trend einer zunehmenden Professionalisierung der Psychotherapie sollen differenzielle Konzepte eine Vorbereitung des Berufspraktikers für die Anforderungen einer komplexen Praxis leisten. Ein wichtiges Anliegen einer differenziellen Fragestellung liegt in der Auslotung der Möglichkeiten und Grenzen der Klientenzentrierten Psychotherapie. Dabei entsteht der Eindruck, dass eine expansive Intention dieses Projekt dominiert, die speziell an den im letzten Abschnitt identifizierten „Schnittstellen“ zum Ausdruck kommen: Es geht um Überwindung praktischer Schwierigkeiten und die Bewältigung schwieriger praktischer Herausforderungen, um die Erfüllung von hohen Effektivitätsansprüchen und Leistungsansprüchen und um Erweiterung der technologischen Variabilitäten. Dieses expansive Motiv ist im Kontext konkurrierender Methoden, im Kampf um Marktanteile und um eine günstige gesundheitspolitische Positionierung verständlich. Grundsätzlich wäre aber auch eine andere „Entwicklungspolitik“ vorstellbar, z. B. eine selektive Konzentration auf Stärken der Klientenzentrierten Psychotherapie. Mit dieser expansiven Intention ist häufig eine Beschränkung der Problemstellung auf die Adaptivität des Therapeuten verbunden. Selektive Strategien bzw. die Rolle des Klienten bei der „differenziellen Abstimmung“ in der Therapeut–Klient–Beziehung werden selten bis gar nicht thematisiert. Einige Probleme und Grenzen einer expansiven Entwicklung sollen hier aufgezeigt und diskutiert werden

Reduktionismen und Dichotomisierungen: Die Grenzen der Urteilskraft

Die Diskussion zur Entwicklung von differenziellen Konzepten und störungsspezifischen Ansätzen ist teilweise schwierig zu führen und sehr anfällig für Missverständnisse. Sie operiert mit Dichotomien und Reduktionismen. Maslow (1977) hat diese Art der Diskussion unter dem Aspekt von „kognitiven Pathologien“ thematisiert. Sie könnten derzeit die Grenzen der Urteilskraft innerhalb der klientenzentrierten Bewegung darstellen. Zwei extreme Bilder der Klientenzentrierten Psychotherapie stehen einander gegenüber: auf der einen Seite die regelgeleitete Methode, die rational begründbar, empirisch erforschbar und technologisch anwendbar ist, auf der anderen Seite die kunstvolle Begegnung von Person zu Person, deren Verwirklichung allein auf den sensiblen und kreativen Praktiker angewiesen ist. „Being“ versus „Doing“, Problemzentrierung versus Personzentrierung, Erlebnisvertiefung versus Beziehungsvertiefung, Basisverhalten versus differenzielle Techniken sind einige Beispiele für Dichotomien, die dabei transportiert werden. Insgesamt ist die Auseinandersetzung mit differenziellen Konzepten durch mehrere Momente belastet.

- (1) Dichotomisierungen und Reduktionismen können über vermeintlich „sachliche“ Kontroversen auch zu massiven emotionalen Polarisierungen führen.
- (2) Die Lösungen, die zur Erweiterung des therapeutischen Repertoires bzw. zur Erweiterung des theoretischen Bezugsrahmens vorgeschlagen werden, bedeuten oft auch Abweichungen von den Standardmodellen und von Standardauffassungen der Klientenzentrierten Therapie (z. B. wenn direktive Formen der Interventionen vorgeschlagen werden).
- (3) Zentrale Konzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie werden salopp in Frage gestellt (z. B. die Aktualisierungstendenz). Bei vielen dieser Lösung und Argumente, die mit Überzeugungskraft vorgetragen werden, ist eine tiefere theoretische Begründung und Verankerung nicht nachvollziehbar. Ihre Vereinbarkeit mit dem klientenzentrierten Konzept beruht auf persönlichen Vorlieben und Rahmenbedingungen, die nicht vollständig reflektiert werden. Sie sind Adaptionen, die unter spezifischen Anwendungs- und Entstehungsbedingungen geformt und erprobt wurden. Diese Interpretation ist im ersten Teil dieses Artikels ausgeführt worden und stellt keinen grundsätzlichen Mangel von oder Kritik an differenziellen Konzepten dar, sondern ist eine bescheidenere Interpretation ihrer Originalität.
- (4) Differenzielle Konzepte wurden von Anfang mit kritischem Argwohn betrachtet. In der kritischen Diskussion wurde die Art, mit der neue Konzepte über bestehende Theorien hinausgehen, als methodologische Sorglosigkeit und Gedankenlosigkeit bezeichnet (Shlien; zit. nach Patterson, 2000) oder auf den reduktionistischen Charakter mancher Ansätze hingewiesen, wenn diese

die Kapazität des Klienten zur Selbstbestimmung unterschätzen (Raskin, 1986). Auch Prouty (2001) konstatiert einen phänomenologischen Reduktionismus, wenn das Erleben der Person und nicht ihr Selbst in den Mittelpunkt der therapeutischen Aufmerksamkeit gerückt wird.

- (5) Eine weitere Belastung der Diskussion liegt in dem Umstand, dass differenzielle Konzepte häufig Anleihen bei Techniken anderer Therapieformen nehmen. Hier kann leicht eine Reduktion von Therapeutenhaltungen auf Techniken unterstellt werden bzw. der Vorwurf eines technischen (oder willkürlichen) Eklektizismus gemacht werden. Howe (1980) hat etwa festgestellt, dass Klientenzentrierte Therapeuten bis zu 47 Prozent ihrer Interventionen durch Behandlungselemente anderer Therapieformen gestalten, was als Anfälligkeit Klientenzentrierter Psychotherapeuten für Eklektizismen interpretiert werden kann (Hutterer, 1993).
- (6) Mit dem Hinweis von Rogers (1957a/1997), dass Techniken „Kanäle“ für therapeutische Einstellungen sein können, wird ein technologischer Reduktionismus gerechtfertigt. Dabei wird übersehen, dass die Beziehung zwischen Haltungen und konkreten Verhaltensweisen bzw. Techniken nicht durch lineare Ableitungsregeln abgebildet werden kann. Hill (2001a) konnte in mehreren Forschungsarbeiten belegen, dass der therapeutische Wert von Techniken und Verhaltensweisen nicht isoliert beurteilt werden kann, denn „der Therapeut kann einem Klienten gleich gut durch offene Fragen, Paraphrasieren, Interpretation und Konfrontation helfen, Verhalten und Gefühle zu explorieren“ (Hill, 2001b, S. 82). Worauf es ankommt, sind Kontext, „Timing“ und die Intention von Techniken und konkreten Verhaltensweisen. Die gegenwärtige Diskussion zu differenziellen Vorgangsweisen berücksichtigt diese Mehrschichtigkeit der therapeutischen Beziehung und Komplexität therapeutischer Handlungen kaum in angemessener Weise (vgl. auch Auckenthaler, 1994).
- (7) Eine Belastung geht auch von Reglementierungen der Psychotherapie im Prozess ihrer Domestizierung aus (Hutterer, 2004). Denn Reduktionismen auf anwendbare Techniken und etikettierbare technologische Strategien werden durch bürokratische Tendenzen der Gesundheitsverwaltung ebenfalls gefördert. Denn sie lassen sich leichter in einen Leistungskatalog für eine Krankenkassenfinanzierung übersetzen.

Die unterschätzte Komplexität der Praxis: Unsicherheit, Wertkonflikte und Einzigartigkeit

Die Entwicklung differenzieller Konzepte folgt einer Heuristik, nach der erfahrene Praktiker eine „Ausformulierung des Wissens und der Erfahrungen“ ihres therapeutischen Vorgehens vornehmen und „implizit leitende Konzepte“ identifizieren, was schließlich in der expliziten „Beschreibung einer Therapietechnik“ kulminiert. Die

so gefundenen Konzepte würden die „Planbarkeit“, „Lehrbarkeit“, „präzise Identifizierbarkeit“ und Verwissenschaftlichung des therapeutischen Vorgehens erlauben (vgl. Finke & Teusch, 2002, S. 153f). Auch wenn vor einer rigiden und schematischen Umsetzung derartiger Konzepte in die Praxis gewarnt wird und auch der Intuition eine Bedeutung eingeräumt wird, thematisiert diese Auffassung kaum die explorativen Seiten professionellen Handelns. Selbst gut gemeinte Beiträge von gemäßigten „Technokraten“ folgen oft noch einer empirisch-rationalistischen Rhetorik, mit der eine Theorie-Praxis-Vorstellung suggeriert wird, die in folgenden Punkten fragwürdig ist:

- (1) Die Überzeugung, dass wesentliche *handlungsregulierende Prinzipien vollständig explizierbar* und als kognitive Orientierung für die Praxis verwendbar sind.
- (2) Die Vorstellung, dass Praxis durch die *Anwendung eines bereits vorhandenen Wissens* entsteht.

In diesem Bild werden die Konzepte über empirische Forschung verfeinert und gefestigt. Wissenschaftliche Forschung wird dabei als letzte und alles entscheidende Realitätsprüfung verstanden. Diese Auffassung erfreut sich auf akademischem Boden großer Beliebtheit. Sie ist zwar für die Forschung erfolgreich, für Zwecke der Anwendung allerdings sehr unpraktisch (vgl. auch Hutterer, 1996), was bereits Gegenstand einer elaborierten grundlegenden Kritik wurde (Bohart, 2002). Denn die damit verbundenen Technologie-Vorstellungen bei der Theorieanwendung beinhalten eine dramatische Unterschätzung der Komplexität therapeutischer Praxis. Sie suggerieren eine Berechenbarkeit, Präzision und Planbarkeit bei der Gestaltung der Praxis, die der offenen Situation in der Praxis kaum gerecht wird. Sie beruht auf der Voraussetzung, dass differenzielle Konzepte bereits alles beinhalten, was zu einer kompetenten Praxis und fachmännischen Ausführung erforderlich ist, und bereits alle „Zutaten“ für eine rationale Handlungsstrategie vorhanden sind. Therapeutisches Handeln in der Praxis könne sich daher vollkommen oder zumindest überwiegend auf bewusste Überlegung stützen. „Zuerst denken, dann handeln!“ ist das Prinzip der damit verbundenen Rationalität. Das Problem mit dieser Auffassung ist nicht, dass sie komplett falsch wäre, sondern dass sie „auf einem Auge blind“ ist. Es trifft einen Teil der praktischen Realität. Aber es ist irreführend, indem es die Illusion von Vollständigkeit, Rationalität und Handlungssicherheit weckt. Es ist interessant, dass die „Entstehungsgeschichte“ differenzieller Konzepte in der Regel einer gegensätzlichen „Rationalität“ folgte: „Zuerst handeln, dann denken!“ Denn erst die nachträgliche Reflexion auf umfangreiche Handlungserfahrungen konnte die „Vernünftigkeit“ und Angemessenheit eines differenziellen Konzepts offenbaren. In dieser alternativen Auffassung ist Handeln ein Mittel zur Erforschung der nicht-determinierbaren Zonen der Handlungssituation. Handeln produziert Informationen und Einschätzungen, die für die Klärung und Gestaltung weiterer Handlungsabläufe verwendet werden. Die Komplexität

der Situationsabläufe ist charakterisiert durch stillschweigende, implizite Orientierungen, Differenzierungen und Probehandlungen (Polanyi, 1962, 1966, 1985). Es werden neue Strategien während des Handelns gebildet, indem Handeln, Probehandeln und Selbstreflexion parallel ablaufen („Multitasking“). Es erfolgt ein „fliegender Wechsel“ zwischen kurzzeitigen bewussten Überlegungen und Richtungsentscheidungen einerseits und stillschweigenden Evaluationen und intuitiven Qualitätskontrollen andererseits. Reflexionen während des Handelns laufen in Form eines kurzzeitigen „Aufflackerns“ ab. Explizite Orientierungsversuche müssen schnell wieder implizit werden, damit sie überhaupt handlungsrelevant werden können. Die Gestaltung der Praxis erfolgt über Prozesse der Selbstregulation von eigenen Einstellungen, die immer wieder den Charakter von Improvisation aufweisen (Hutterer, 1996). Die vielfältigen Vorgänge zum Management komplexer Handlungssituationen wurden zusammenfassend als „reflexive Konversation mit der Situation“ bezeichnet (Schön, 1983, 1987). Die nicht-determinierbaren Zonen der Praxis, zu denen Unsicherheit, Einzigartigkeit und Wertkonflikte gehören, entziehen sich einer technischen Rationalität

Grenzen der Adaptivität

Differenzielle Konzepte orientieren sich an Unterschieden zwischen Klienten: Es geht darum, „inter- und intraindividuelle Unterschiede der Klienten (z. B. Problemlage und Persönlichkeit des Klienten, Verlauf und Stadien während der Behandlung, außertherapeutische Veränderungen) in regelhafter Weise zu berücksichtigen“ (Bastine, 1983, S. 66). Kiesler (1966) hat mit seiner Kritik am Uniformitätsmythos die Aufmerksamkeit auch auf Unterschiede zwischen Therapeuten gelenkt: Welche Behandlung Klienten erhalten, ist davon abhängig, an welche Therapeuten sie „geraten“. Diese Aussage ist keine Überraschung, wenn wir an Therapeuten unterschiedlicher therapeutischer Orientierungen denken, erfordert jedoch einige Klärungen, wenn wir sie auf die Unterschiede innerhalb der klientenzentrierten Praktiker beziehen: Welche unterschiedlichen Arten von „Behandlung“ können Klienten von Therapeuten, die sich am klientenzentrierten Konzept orientieren, erwarten? In welchem unterschiedlichen Ausmaß kann das klientenzentrierte Konzept in einer Beziehung mit konkreten Klienten adaptiert werden? Wie „dehnbar“ ist es und wo liegen die Grenzen dieser „Plastizität“? Als weitere Überlegung sind zwei Formen der Adaption zu unterscheiden: eine *ziel- und ergebnisorientiert* Adaption und eine *beziehungsorientierte* Adaption. Beide Formen der therapeutischen Vorgangsweise gehen von unterschiedlichen Aufgabenstellungen und damit verbundenen Herausforderungen aus.

(1) Adaptive Strategien, die ziel- und ergebnisorientiert vorgehen, streben nach Optimierung des therapeutischen Handelns mit Blick auf abgrenzbare Therapieziele. Der Therapeut setzt als Experte sein Bedingungs- und Änderungswissen ein, um

bestimmte therapeutische Prozesse zu gestalten und bestimmte Ergebnisse zu erzielen. Je nachdem welche Therapieziele und Prozessverfahren angestrebt werden, welches Änderungswissen auf Grund gegebener Rahmenbedingungen aktiviert wird, kann die Charakteristik der therapeutischen Vorgangsweise – die realisierten Techniken und Praktiken und der Interaktionsfluss – sehr unterschiedlich ausfallen. Das therapeutische Handeln folgt dabei einem rationalen Entscheidungsmodell. Das Bedingungs- und Änderungswissen wird durch Forschung zur Verfügung gestellt bzw. geprüft und ausgezeichnet. Biermann-Ratjen et al. (2003, S. 167) haben argumentiert, dass dieses adaptive Modell „mit wesentlichen Prinzipien des Klientenzentrierten Konzepts nicht kompatibel“ ist. Adaptive Strategien, die ziel- und ergebnisorientiert vorgehen, können auch genuin klientenzentrierte Praktiken dominant einsetzen. Dieser Umstand ändert aber nichts daran, dass diese Strategien ziel- und ergebnisorientiert bleiben.

(2) Beziehungsorientierte adaptive Strategien basieren auf einer grundlegend anderen Aufgabenstellung: Es geht nicht vordergründig um das Erzielen eines bestimmten Therapieergebnisses beim Klienten, sondern um die Realisierung einer bestimmten Qualität von Beziehung mit dem Klienten: Die Herstellung eines Kontaktes in einer fortwährenden und tragenden Interaktion, die wertschätzende Einfühlung in die Erlebniswelt von Klienten, eine glaubwürdige Präsenz sind jene Komponenten, die die therapeutischen Aktivitäten bestimmen. Die Berücksichtigung der Wahrnehmung der therapeutischen Präsenz mit den Augen von Klienten erweitert die Aufgabenstellung des Therapeuten um eine selbstreflexive Komponente. Je nachdem, mit welchen Inhalten, Ausdrucks- und Erlebnisformen von Klienten Therapeuten konfrontiert sind, können ihre Kontakt- und Einfühlungsbemühungen sehr unterschiedlich ausfallen. Die Unterschiedlichkeit entsteht durch die Einzigartigkeit der Beziehungen. Denn die adaptive Verwirklichung personenzentrierter Handlungsprinzipien kennt nur ein zentrales Kriterium: das empathische Bemühen um eine optimale Individualisierung in der therapeutischen Vorgangsweise. Dadurch können sich idiosynkratisch Interaktionsmuster in der Therapeut-Klient-Beziehung entfalten (Keys, 2003). Eine besondere Herausforderung stellt die Überwindung von einengenden Interaktionsmustern in der Therapeut-Klient-Beziehung dar. Die sensible Auseinandersetzung mit Klienten zur Wiedererlangung des vollen therapeutischen Potenzials und der Handlungsfreiheit des Therapeuten ist eine wichtige „differenzielle Aufgabe“. Eine zentrale differenzielle Komponente ist in der klientenzentrierten Psychotherapie die Inhaltsebene: Da sich der klientenzentrierten Therapeut jeweils individuell auf die verbale Exploration der unterschiedlichen Belastungen und Probleme von Klienten einstellt, ist der Inhalt ebenfalls eine Ebene eines differenziellen Zugangs. Dies ist so selbstverständlich, dass

es oft übersehen wird: Die Klientenzentrierte Psychotherapie beinhaltet bereits in ihrer Standardmethodik eine differenzielle Vorgangsweise. Insgesamt geht es um eine Vertiefung und qualitative Anreicherung der therapeutischen Beziehung. Die Handlungsorientierung im Zuge einer beziehungsorientierten Adaption folgt nicht einem rationalen Entscheidungsmodell mit expliziten Regeln. Rationale Aspekte des therapeutischen Handelns treten in den Hintergrund und sind stark überlagert von implizitem Wissen und einer subsidiären Handlungsorientierung (Polanyi, 1962). Implizites Wissen bleibt im Handlungsvollzug ein „sprachloses Wissen“ (Sextl, 1998), ermöglicht jedoch eine wirksame Handlungsorientierung in der Praxis. Es ist durch explizites Regelwissen nicht ersetzbar, auch wenn dieses noch so perfekt abgestimmt und durch Forschung fundiert ist.

Da beide adaptiven Strategien von unterschiedlichen Aufgabenstellungen ausgehen, erfordert auch die Frage der Grenzen einen unterschiedlichen Zugang. Die Grenzen der ergebnisorientierten Adaptivität liegen in der Grenze des vorhandene Bedingungs- und Änderungswissens, das für die Erreichung von Therapiezielen aktiviert werden kann (unter der Voraussetzung der Praktiker ist kompetent und schöpft es auch vollständig aus). Das durch empirische Forschung ausgezeichnete Bedingungs- und Änderungswissen, das dem Praktiker zur Verfügung steht, ist allerdings nicht beliebig und unbegrenzt erweiterbar. Biermann-Ratjen et al. (2003) haben auf den utopischen Charakter einer Forschung hingewiesen, die auf ein zunehmend differenzierteres Variablengeflecht und daraus resultierenden praktischen Entscheidungsregeln setzt (vgl. auch Stumm & Keil, 2002). Die Grenze einer beziehungsorientierten Adaptivität liegt in der Grenze des impliziten Wissens des Praktikers über die erfolgreiche Verwirklichung von personenzentrierten Beziehungsqualitäten. Dieses implizite Wissen ist im Grunde eine Funktion der Erfahrung (auch hier unter der Voraussetzung, diese Erfahrung wird vollständig ausgeschöpft). Dieses Erfahrungswissen (Maslow, 1977) ist personengebundenen Wissen und wie jede (professionelle) Biographie ebenfalls begrenzt: Die Endlichkeit des Lebens und die Gerichtetheit jeder individuellen Biographie erlaubt es keinem individuellen Therapeuten qualitativ und quantitativ unbeschränkt Erfahrungen zu machen. Von der Begrenztheit des Erfahrungswissens muss man ausgehen, auch wenn man seine Transferierbarkeit auf neue Anwendungssituationen in Rechnung stellt. Es erweitert lediglich den Anwendungsspielraum.

Die Plausibilität eines ziel- und ergebnisorientierten Modells beruht auf einem Denken im deduktiv-nomologischen Wissenschaftsmodell, das Kausalität und Verallgemeinerbarkeit von empirischen Regelmäßigkeiten ableitet. Wenn das Scheitern der klientenzentrierten Standardmethodik bei bestimmten Klientengruppen (z. B. bestimmten Störungen) immer wieder vorkommt oder spezifische Schwierigkeiten zur Regel werden und „systematisch“ erscheinen,

dann ist es plausibel, das gesamte Konzept zumindest für diese Klasse von Anwendungsfällen in Frage zu stellen (vgl. Bastine, 1970). Als Praktiker wissen wir aber, dass auch beim Einzelfall einer misslungenen Therapie ein Kausalgefüge und Wirkfaktoren am Werk sind, die sich allerdings in einer Weise entfalten, dass sich die von der Theorie erwartete Regelmäßigkeit (z. B. die Erfahrung bestimmter Beziehungs- und Prozessqualitäten beim Klienten, die Erfahrung bestimmter Veränderungen des Erlebens etc.) nicht einstellt. Das Verständnis des Einzelfalles verlangt daher ein tieferes Verständnis der Realität und der sie konstituierenden Strukturen und Prozesse, als es eine Interpretation von Kausalität und Gesetzmäßigkeit, die auf empirische Regelmäßigkeiten beruht, bieten kann (Bhaskar, 1978).

Adaptive Strategien als Mängelkompensation

Ein wichtiger Ausgangspunkt für differenzielle Ansätze waren Beziehungs- und Einstellungsschwierigkeiten von Therapeutinnen und Therapeuten. Von diesem Blickwinkel kann man unterschiedliche Einschränkungen des therapeutischen Potenzials auf Grund von Grenzen oder Präferenzen einer Therapeutenpersönlichkeiten oder bestimmter Therapeut-Klient-Konstellationen annehmen. In dieser Problemsituation kann leicht ein Motiv zur Bewältigung dieser Schwierigkeiten aktiviert werden, das auf Kompensation der erlebten Schwierigkeiten abzielt: Der Therapeut versucht, die Grenzen und Einschränkungen seiner Vorgangsweise (Mangel an therapeutischem Potenzial) auszugleichen, die er im Zusammenhang mit den Eigenheiten eines Klienten (Störung, bestimmte Merkmale) erfährt. Diese Kompensationsstrategien können vielfältig sein: mehr oder weniger reflektiertes „Experimentieren“ mit anderen Verhaltensweisen, Regression auf vorprofessionelles Handeln (Fragen, Ratschläge etc.), Integration anderer Techniken (sofern vorhanden) und Methodenkombination „nach Augenschein“ (Bastine, 1976, S. 162), zusätzliche Angebote (sofern vorhanden; z. B. im Sinne von Höder, 1992b). Adaptive Strategien können dazu legitimieren, neue Interventionstechniken, Methoden- und Strategiekombinationen anzuwenden (Biermann-Ratjen, 2003). Die Kompensationsstrategien sind auch wieder von Präferenzen, Weiterbildungserfahrungen und individuellen Grenzen abhängig. Implizit enthält ja die Situation des Praktikers, der Grenzen seiner therapeutischen Kompetenz erfährt, und zu einer alternativen Strategie greift, ebenfalls eine Kompetenzerfordernis. Der Therapeut, der bei der Realisierung der „core conditions“ Probleme, Einschränkungen und Mängel mit einem konkreten Klienten erfährt, müsste dann zumindest die alternativen therapeutischen Angebote, Praktiken oder Maßnahmen kompetent umsetzen können. Es wird dabei selbstverständlich angenommen, dass Kompetenzerfordernisse bei der Verwirklichung der Kompensationsmaßnahmen nicht auftreten werden, die bei der Realisierung der Standardmethode sehr wohl vorhanden sind.

Kurz ausgedrückt, was vermutlich der Erfahrung jedes Praktikers entspricht: In manchen Therapien gelingt es Therapeuten besser, die therapeutischen Bedingungen zu realisieren, bei anderen weniger gut: Differenzielle Konzepte erlauben es, Mängel bei der Realisierung therapeutischer Haltungen durch differenziellen Strategien und alternativen Techniken auszugleichen. Diese Einschränkungen können temporär, persönlichkeitsbedingt oder auch erfahrungsbedingt sein. Wir kennen alle Situationen, in den wir uns mit Klienten schwer tun, während ein Kollege damit überhaupt keine Schwierigkeiten hat. Wir kennen auch Zeiten unterschiedlicher Leistungsfähigkeit oder therapeutischer Offenheit, die sich in der Arbeit mit Klienten auswirkt. Solche Mängel können aber auch konstant sein: In diesem Fall spielen oft schwere Ausbildungsdefizite oder auch Missverständnisse des Therapiekonzepts eine Rolle. Von dieser Perspektive gesehen ist es auch legitim, die Frage zu stellen, ob ein differenzielles Konzept auf der Grundlage von Missverständnissen und Missdeutungen des klientenzentrierten Konzepts entwickelt wurde. Der in diesem Fall sinnvolle Vorschlag, explizit „differenzielle Konzepte“ zur Kompensation bestimmter Mängel oder einseitiger Berufssozialisation zu entwickeln, entbehrt nicht einer gewissen Ironie (nach dem Motto: „Klientenzentrierte Psychotherapie for Dummies“ – differenzielle Strategien für Psychologen/Mediziner/Pädagogen, die das klientenzentrierte Konzept nie richtig verstanden haben!)

Ein weiterer Typus von Einschränkungen des therapeutischen Potenzials liegt an strukturellen Grenzen: Unter den konkreten Bedingungen einer Gesellschaft und Kultur mag es schwierig sein, seine individuelle professionelle Situation als Klientenzentrierte Psychotherapeutin und Klientenzentrierter Psychotherapeut so zu gestalten, dass eine personenzentrierte Beziehung auf hohem Niveau bei einer Vielzahl von Klienten erreicht werden kann. Höder (1992a, S. 69) betont etwa: „Die meisten Therapeuten können die drei Eigenschaften über längere Zeit nur bei einem Teil ihrer Klienten aufrechterhalten. [...] Sie ist für viele Psychologen zu schwierig.“ Diese strukturelle Schwierigkeit kann nur teilweise dem individuellen Praktiker angelastet werden, sondern muss sinnvollerweise als Ausdruck der Auseinandersetzung mit gesellschaftlich-kulturellen Rahmenbedingungen gesehen werden. Diese erfordert eine eigene Diskussion, die tiefer in eine gesellschaftskritische Auseinandersetzung hineinführt, die destruktive Zeitgeist-Strömungen analysiert, wie z. B. eine massive und unkontrollierte Leistungs- und Erfolgsorientierung.

Klientenzentrierte „Hochleistungstherapie“: Erfolgs- und Leistungsorientierung

Bei der Elaboration von differenziellen Konzepten zeigt sich durchwegs eine Effektivitäts- und Leistungsorientierung. Diese ist einmal mehr, einmal weniger ausgeprägt, aber stets mit der Intention

verbunden, die Gesprächspsychotherapie zu einer Therapieform zu machen, die für alle Fälle gewappnet ist und für alle Eventualitäten der Praxis gerüstet ist. Diese Leistungsorientierung, Erfolgsansprüche und Effektivitätsforderungen sind auf verschiedenen Ebenen angesiedelt. Auf der Ebene der methodenspezifischen Versorgung bedeutet es: Das Angebot der klientenzentrierten Methode – genauer der Klientenzentrierten Therapeuten und Therapeutinnen – sollte so vielfältig und differenziert sein, dass sie bei vielen verschiedenen Klienten effektiv sein können. Diese Ansprüche sind auch im Kontext eines ökonomischen Erfolges in Konkurrenz zu anderen Methoden zu sehen. Die Leistungsorientierung ist aber nicht nur aus einem gesundheitspolitischen oder versorgungspolitischen Zusammenhang zu verstehen. Es spiegeln sich hierin auch die (materiellen) Interessen von Praktikern, die bei einer breiten Klientel erfolgreich sein möchten. Es geht also auch um den beruflichen Erfolg der Praktiker. Diese Leistungs- und Erfolgsorientierung ist bei differenziellen Konzepten zwar auffällig, aber vorerst ist daran nichts verdächtig. Eine Therapieform, die den Anspruch erhebt, einen Beitrag zu gesellschaftlichen Problemlösungen zu leisten und im Konzert der psychotherapeutischen Schulen einen angemessenen und bedarfsgerechten Platz einzunehmen, kommt vermutlich um ein gewisses Arrangement mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Ansprüchen und Werten nicht herum. Selbst dann nicht, wenn diese gesellschaftlichen Anforderungen weder konzeptkonform noch konzeptfördernd sind (Elliott, 2002). Die Diversifikation der Klientenzentrierten Psychotherapie wird ja in diesem Artikel auch als Ausdrucksform verschiedener Anwendungsbedingungen interpretiert, zu denen im weitesten Sinn auch das kulturelle und gesellschaftliche Setting gehören. Kritische Aufmerksamkeit ist allerdings erforderlich, wenn diese Leistungsorientierung bei der Entwicklung von Behandlungsformen mit klientenzentriertem Anspruch *eine dominante Funktion* erhält. Die massive Unterordnung unter ein Leistungs- und Effektivitätsprinzip kann die Charakteristik klientenzentrierter Therapieformen, die eine Balance zwischen Menschenbild, Methodik des Therapeuten und spezifischen Interaktionsmustern und Prozesserfahrungen von Klienten verlangt, deutlich verändern. Effektivität ist zwar ein wichtiges und unverzichtbares Qualitätskriterium eines Therapieverfahrens, allerdings nicht das einzige. Die Dominanz der Leistungs- und Effektivitätsorientierung zeigt sich im Zusammenhang mit einer differenziellen Vorgangsweise an verschiedenen „Symptomen“:

- (1) Ein ausgeprägtes „Wirksamkeitsbedürfnis“ kann beim einzelnen Praktiker zu der Intention führen, die therapeutische Behandlung selbst bei einem eingeschränkten Beziehungsangebot im Sinne des klientenzentrierten Konzepts nicht abzubrechen bzw. die therapeutische Behandlung fortzusetzen, auch wenn die therapeutischen Bedingungen der Empathie, Wertschätzung und Echtheit nur eingeschränkt realisierbar sind. Überspitzt formuliert: Klientenzentrierte Psychotherapeuten möchten (u. a. aus pragmatisch-ökonomischen Gründen) die Behandlung

- fortsetzen und mit Erfolg abschließen, auch wenn sie keinen optimale personenzentrierten Bedingungen herstellen können.
- (2) Auf den Ebenen der Konzeptbildung und Theoriebildung fließen in die Diskussion bisweilen appellative und moralisch-vereinnehmende Aussagen ein, in der die Dominanz der Leistungsorientierung zum Ausdruck kommt: „Klienten wollen, dass man ihnen optimal hilft und ihnen die beste verfügbare Therapie anbietet.“ (Sachse, Schlebusch & Sachse, 2004, S. 8) Nicht selten wird auch der Begriff „Klientenzentrierung“ neu definiert, um der Effektivität ein deutliches Gewicht zu geben. Diese Facette finden wir in Aussagen wie „eine suboptimale Methode anzubieten [...] ist nicht klientenzentriert“ (Sachse, Schlebusch & Sachse, 2005, S. 2). Darin wird die Bedeutung von „Klientenzentrierung“ durch eine völlige Unterordnung unter einen Effektivitätsanspruch neu definiert. „Zentrierung in der Erlebniswelt von Klienten“ kommt als Bestimmungsmerkmal gar nicht mehr vor.
- (3) Weiters kommt auch in der Forderung nach „hohen wissenschaftlichen Standards“ eine Dominanz der Leistungsorientierung zum Ausdruck. Sie beschränkt sich in der Regel auf die empirisch-quantitative Forschung und stilisiert diese als höchstes und letztentscheidendes Kriterium für die Güte eines psychotherapeutischen Verfahrens hoch. Die auf der Basis dieser Forschung entwickelten Konzepte werden gerne mit Merkmalen wie „Weiterentwicklung“, „Modernisierung“ und „Optimierung“ bedacht. In diesem Effektivitäts- und Leistungsdiskurs treten Forscher bisweilen lautstark als selbsternannte Sieger auf und entscheiden dann durch diese Selbsterhöhung und durch ihr Originalitätsgehabe den „Wettbewerb“ für sich.

Insgesamt ist eine leistungsbezogene Argumentation auf den ersten Blick bestechend und nicht selten entwaffnend. Speziell wenn sie sich mit der populistischen Botschaft verbindet: „Das Beste ist für meine Klienten gerade gut genug“. Die häufige Verwendung des Komparativs und Superlativs als bevorzugte Sprachformen unterstreicht die Leistungs- und Erfolgsweltorientierung, denn sie dient dem Vergleich zwischen verschiedenen Beteiligten und der Identifizierung von „Siegern“. Die Wettkampf-Metapher bestimmt ja auch seit geraumer Zeit die Diskussion innerhalb der Psychotherapieforschung.

Bei genauerem Hinsehen entpuppt sich diese massive Leistungs- und Erfolgsweltorientierung jedoch oft als einengendes und eingegrenztes Denken. In der Argumentation verbinden sich häufig ein radikaler Szientismus mit einem naiven Utilitarismus: Blind gegenüber den Voraussetzungen des eigenen Denkens erhält Wissenschaft – speziell naturwissenschaftlich orientierte, empirisch-quantitative Forschung – einen absoluten und bedingungslosen Wert. Alles, was ist und was sein soll (Realität und Wertsetzung), könne eindeutig durch Forschung bestimmt werden. Die Qualität einer Psychotherapiemethode entscheide sich allein durch ihre positiven Folgen und durch ihren Nutzen. Das Problem mit einer

sich als modern und zeitgemäß gebenden wissenschaftlichen Position ist nicht allein, dass sie eine Verweigerung von Selbstreflexion beinhaltet und im Grunde eine intellektuelle Katastrophe darstellt. Sie übersieht auch, dass die Bedeutung und der Wert der empirischen Psychotherapieforschung längst nicht mehr an eine wissenschaftliche Position gebunden sind (Manicas & Secord, 1984). Wissenschaft, die auf die Erforschung einer vielschichtigen Realität gerichtet ist, braucht einen mehrperspektivischen Zugang und eine Vielfalt von Methoden (methodologischer Pluralismus), mit denen die unterschiedlichen Erkenntniskräfte und -möglichkeiten des Menschen aktiviert werden können. Intelligentes Theoretisieren erhält dabei eine prominente Rolle sowohl in der Gestaltung der Forschung wie auch in der Gestaltung und Bewältigung der Praxis. Bei der Erforschung und Entwicklung von „Humantechnologien“ (wie z. B. Psychotherapieformen oder differenzielle Konzepte) geht es weniger um isolierbare Effektivitätsdetails, sondern um ein tieferes und komplexeres Verständnis der menschlichen Existenz – speziell um die Erschließung des Wirkpotenzials zwischenmenschlicher Interaktion unter Systembedingungen, die nur teilweise kontrollierbar und transparent sind (Bhaskar, 1978; Manicas, 1998; Kazi & Spurling, 2000)

Der aktive Klient: selektiv und adaptiv

Rogers hat dem Klienten im Prozess der Therapie stets eine besondere Rolle und Bedeutung gegeben. Er sieht ihn als inhaltlichen Führer und in einer aktiven Rolle bei der „Verwertung“ der therapeutischen Zuwendung und der Prozess Erfahrungen. Das therapeutische Beziehungsangebot sieht Rogers in Aktivitäten des Therapeuten, die der Klient „sehr unterschiedlich verwenden mag“ (Rogers 1957a/1997, S. 45). Der Ansatzpunkt für eine differenzielle Fragestellung liegt hier bei der je unterschiedlichen Nutzung der Interaktionserfahrungen und Therapeuten-Aktivitäten durch den Klienten selbst. Bohart und Tallman (1999) haben diese Perspektive konsequent weitergeführt. Demnach kommt dem Klienten eine aktiv differenzierende Rolle zu: Er verwendet die Antworten von Therapeuten, um sie auf den eigenen Kontext zu beziehen. Unabhängig davon, ob Therapeuten versuchen, zu verändern, Erleben zu aktivieren, zu begleiten oder empathisch zu verstehen, der Klient gibt diesen „Interventionen“ eine individuelle Bedeutung aus seinem eigenen Problemhorizont und verwendet sie für seine eigenen Zwecke (Bohart, 2004). Auch Gesprächsphasen, in denen Therapeuten nicht optimal reagieren, versuchen Klienten produktiv zu nutzen, das Beste für sich herauszuholen und einen Gewinn mitzunehmen. Was bedeutet es nun für die differenzielle Fragestellung, wenn man davon ausgehen kann, dass Klienten sich aktiv und differenzierend mit der Therapiesituation auseinandersetzen und diese für die eigenen Zwecke je individuell nutzen. Die Klientenzentrierte Psychotherapie ist von ihren methodischen Prinzipien her eine

individualisierende Therapie: Der Therapeut stellt sich inhaltlich und hinsichtlich seiner sozialen Feinfühligkeit auf die Individualität des Klienten ein. Diese stimmige Einstellung auf die individuelle Situation und Person des Klienten ist bei jedem Klienten eine Aufgabe und Herausforderung. Was gewinnt nun der Klient durch seine differenzierende Aktivität? Bei einer gelungenen Einstellung der Therapeutin und einer stimmigen Zuwendung verstärkt die Klientin die Individualisierung durch das stärkere Einbringen der eigenen Person und das intensivere Explorieren eigener Erfahrung. Die Klientin muss keine Energie verwenden, um die Situation ihren Zwecken entsprechend zu gestalten oder die Therapeutin zu bewältigen, sondern kann sich sofort, ungeschützt und ohne Umwege den eigenen Inhalten (Selbst, Gefühle) zuwenden. Im Falle einer eingeschränkten Individualisierung durch die Therapeutin entschärft die Klientin die eingeschränkte Stimmigkeit, indem sie versucht, die Situation für die eigenen Zwecke „herzurichten“, zu gestalten und zu bewältigen, um einen gewissen Nutzen für die individuelle Situation herauszuholen.

Eine Voraussetzung für die individuelle Nutzung könnte sein, dass Klienten einen gewissen Raum für die Variabilität ihres Erlebens und Verhaltens in der Therapiesituation zur Verfügung haben und Interaktionen oder Reaktionen vom Therapeuten nicht derart aufdringlich, einschränkend und zwingend sind, dass die Freiheit des Erlebens und Verhaltens verloren geht (Rennie, 2004). An diesem Punkt wird auch die Bedeutung der Nicht-Direktivität als Handlungsdimension sichtbar. Unter der Voraussetzung einer ausreichenden Freiheit des Ausdrucks in der therapeutischen Situation und einer zumindest minimalen Stimmigkeit und Passung der therapeutischen Zuwendung können Klienten eine Stil- und Fehlertoleranz gegenüber Therapeuten entwickeln, die eine ausreichende therapeutische Produktivität gewährleistet.

Der erfolgreiche Praktiker: Eine Strategie der Selbst-Selektion

In der Auseinandersetzung mit differenziellen Konzepten und Vorgangsweisen konzentrierte sich das Interesse dominant auf adaptive Strategien. Diese zielen auf eine „optimierte Psychotherapie“ mit Psychotherapeuten, „die das ganze Spektrum therapeutischer Möglichkeiten im Auge haben und fähig und bereit sind, sich mit ihrem Therapieangebot flexibel auf den jeweiligen Patienten einzustellen“ (Grawe et al., 1994, S. 730). In diesem Zitat sind unschwer der Anspruch und das Motiv zu erkennen, eine Art „Supertherapie“ bzw. einen „Supertherapeuten“ zu finden, der für alle Fälle der Praxis vorbereitet ist. In der bisher entwickelten Argumentation habe ich darauf hingewiesen, dass adaptive Strategien nur ein bestimmtes, aber begrenztes Ausmaß an Individualisierung (Differenzierung) ermöglichen können. Die Begrenzung

der adaptiven Möglichkeiten liegen einerseits in den Grenzen der Erforschung und Gestaltung von Komplexität (ergebnisorientierte Adaptivität), andererseits in den biographisch bedingten Grenzen individueller Erfahrung (beziehungorientierte Adaptivität). Die Adaptivität und Selektivität von Klienten entschärft diese Begrenztheit: Klienten versuchen aktiv, adaptiv und selektiv das gegebene Angebot ihrer Therapeuten für ihre Entwicklung zu nutzen und entwickeln dabei eine Stil- und Fehlertoleranz. Positiv formuliert: In einer konkreten Therapeut-Klient-Beziehung kann ein gewisses Ausmaß an Individualisierung durch das Potenzial an Adaptivität auf Seiten des Therapeuten und durch die je individuelle Nutzung des (bereits adaptierten) therapeutischen Angebots auf Seiten des Klienten erreicht werden. Damit ist das Potenzial an Individualisierung durch adaptive Strategien und das Ausmaß an Differenzierung, das erreicht werden kann, erschöpft. Der Supertherapeut wird auf diese Weise nicht „geboren“.

Die große Bedeutung konkreter Praxisbedingungen für die „Passung“ und das Zueinanderfinden von Therapeuten und Klienten, wozu auch die Individualität sowohl von Klienten, als auch von Therapeuten zählt, führen zu der Folgerung, dass adaptive Strategien zu kurz greifen und durch selektive Strategien ergänzt werden müssen – besser: auf selektive Strategien aufbauen müssen. Aus der bisherigen Überlegung lässt sich daher folgende These vertreten: Der beruflich erfolgreiche Psychotherapeut ist nicht der „adaptive Supertherapeut“, sondern der selektive Therapeut, der seine Stärken und Grenzen von vornherein berücksichtigt. Diese Selektivität ist das Fundamentum für eine verantwortungsvolle Praxis, auf der verschiedene individuell bevorzugte adaptive Strategien aufbauen können.

Die eben genannte These wird als abschließende Konklusion dieses Artikels nun erläutert und belegt.

Grenzen und Möglichkeiten selektiver Strategien

Da für die konkrete Durchführung einer Psychotherapie die Entscheidung für einen Therapeuten bzw. die Entscheidung für einen bestimmten Klienten erforderlich ist, sind selektive Strategien in der Praxis der Psychotherapie eine Tatsache. Die Art der Behandlung, Anzahl, Geschlecht und Verfügbarkeit von Psychotherapeuten in einem bestimmten Versorgungsgebiet sind unter anderem die Vorgaben, auf denen selektive Strategien aufbauen. Wir finden sie in Situationen, in der Klienten, mit denen ein Therapeut schwer „kann“, einem Kollegen weitervermittelt werden, also eine unterscheidende Auswahl (in diesem Fall Abwahl) des Therapeuten oder einer spezifischen Therapeut-Klient-Konstellation getroffen wird. In diese Kategorie fällt auch die Empfehlung an Klienten, mehrere Therapeutinnen und Therapeuten jeweils in einem Erstkontakt quasi „auszuprobieren“, um eine passende Konstellation zu finden. Die Grundlage dieser Empfehlungen ist die Überzeugung,

dass die Leistungsfähigkeit der Methode eng mit der „Passung“ und Eignung der individuellen Therapeuten für ihre Klienten verknüpft ist. Da diese Leistungsfähigkeit jeweils unterschiedlich sein kann, liegt hier der Ansatzpunkt einer differenziellen Strategie. So erhofft man sich, im Rahmen eines lokalen Versorgungsgebietes die Wahrscheinlichkeit für eine produktive Therapeut-Klient-Konstellation zu erhöhen. Sie wird oft defensiv – zur „Entsorgung“ eines Problem-Klienten – eingesetzt oder wie in der oben genannten Empfehlung in der Verantwortung des Klienten gesehen. Ihre Verwirklichung hängt von lokalen organisatorischen oder kollegialen Rahmenbedingungen ab. Vermutlich ist sie noch am ehesten in gut funktionierenden Gemeinschaftspraxen vorstellbar (egal ob diese methodenübergreifend oder methodenhomogen zusammengesetzt sind). Aber auch in dieser Situation dürfte die Kenntnis der Individualität des kooperierenden Kollegen die beste Orientierung für eine Zuweisung abgeben.

Eine Barriere für die Ausübung einer selektiven Strategie durch Klientenzentrierte Psychotherapeuten dürfte unter anderem das Element der Zurückweisung bzw. des Scheiterns sein. Tatsächlich kann eine selektive differenzielle Vorgangsweise die Erfahrung von Zurückweisung auf Seiten des Klienten bzw. die Erfahrung des Versagens auf Seiten des Psychotherapeuten hervorrufen. Dadurch wird aber auch deutlich, dass diese Strategie ein hohes Ausmaß an Sensibilität und Kompetenz verlangt. Rogers (1942a/1985) hat diese Situation unter dem Titel „Abschluss einer erfolglosen Beratung“ thematisiert. Abgesehen davon sind jedoch gescheiterte Therapiebeziehungen kaum Gegenstand von expliziter Erörterung, was angesichts der nicht seltenen Therapieabbrüche durch Klienten verwundert (vgl. Grawe et al., 1994). Aufgrund solcher und ähnlicher Phänomene und Umstände könnte die Einschätzung realistisch sein, dass speziell bei niedergelassenen Psychotherapeuten die Auseinandersetzung mit differenziellen Indikationsstellungen unbeliebt sein dürfte (Biermann-Ratjen et al., 2003). Speziell die selektive Variante ist hier betroffen: Klienten wegzuschicken oder an Kollegen zu überweisen, erzeugt ein psychologisches Problem und einen ökonomischen Nachteil. Gerade in diesem Umstand dürfte die Attraktivität von adaptiven Strategien auf der Basis einer Erweiterung der technischen Variabilität liegen: Die Hoffnung, ein „Supertherapeut“ zu werden verspricht vordergründig psychologische und ökonomische Vorteile. Ein weiterer Grund für die illusorische Vermeidung selektiver Strategien dürfte in der Missinterpretation der „guten Nachrichten aus der Welt der Forschung“ sein: Da die Klientenzentrierte Psychotherapie ein breites Indikationsprofil aufweist, wird fälschlicherweise angenommen, dass man sich als Praktiker die Indikationsfrage ruhig sparen kann. Aber gerade eine beziehungsorientierte Psychotherapieform wie die Klientenzentrierte Psychotherapie ist auf eine selektive differenzielle Strategie angewiesen.

Die „Ansprechbarkeit“ des Praktikers für einen Klienten

Um die Praxis transparent zu machen, müssen wir eine Unterscheidung zwischen der Klientenzentrierten Psychotherapie als Behandlungsmethode und -konzept und dem einzelnen Praktiker machen, der diese Methode verwirklicht. Das Behandlungspotenzial der Klientenzentrierten Psychotherapie wurde wie folgt beschrieben: „Die Gesprächspsychotherapie weist im Hinblick auf Art und Schwere der psychischen Störungen, die durch sie behandelt werden können, ein außerordentlich breites Indikationsprofil auf“. Und: „Aufgrund der vorliegenden empirischen Untersuchungen lässt sich zweifelsfrei feststellen, dass Gesprächspsychotherapie eine wirksame Behandlungsmethode für viele klinisch relevante psychische Störungen ist.“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 160) Es ist kaum anzunehmen, dass über einen adaptiven Zugang jede einzelne Psychotherapeutin und jeder einzelne Psychotherapeut eine optimale Individualisierung und Behandlung für alle Klienten, die von der Methode der Klientenzentrierten Psychotherapie effektiv behandelt werden können, erreichen kann. Ebenso ist es unrealistisch anzunehmen, dass es nur einen einzigen Gesprächs-therapeuten gibt, der in der Lage ist, alle psychischen Störungen, die im Indikationsprofil des klientenzentrierten Konzepts liegen, gleich gut und erfolgreich zu behandeln.

Für die „Wirksamkeit“ des einzelnen Praktikers kommen selektive Kriterien ins Spiel, die in der individuellen Persönlichkeit des einzelnen Psychotherapeuten liegen. Dazu gehören persönliche Charakteristika (z. B. Belastbarkeit, Offenheit für bestimmte Probleme, Frustrationstoleranz etc.), Lebensgeschichte und Lebensstil, (theoretische) Interessen, Vorlieben und Wertorientierung und vor allem die Erfahrung mit der erfolgreichen Realisierung des personenzentrierten Konzepts. Analog zur Ansprechbarkeit von Klienten für die Klientenzentrierte Psychotherapie (Biermann-Ratjen et al., 2003) kann man auch von einer Ansprechbarkeit von Praktikern für bestimmte Klienten-Persönlichkeiten, Störungen oder Problemlagen ausgehen. Die Ansprechbarkeit des Psychotherapeuten für einen Klienten ist eine Erfahrung im unmittelbaren Kontakt mit dem Klienten und vollzieht sich auf der Ebene der emotionalen Resonanz wie etwa die Erfahrung von Respekt und Wertschätzung, die Einfühlbarkeit von berichteten Erlebnisinhalten, das Empfinden von Nähe. Es sind jedenfalls persönlich-individuelle Momente, deren Berücksichtigung Selbstbeobachtung und einen selbstreflexiven Bezug zur eigenen Persönlichkeit erfordern.

Effizienz – Effektivität – beruflicher Erfolg

Da die Frage der differenziellen Vorgangsweise auch sehr eng mit dem „Erfolg“ der Klientenzentrierten Psychotherapie und den Grenzen des Erfolgs zu tun hat, ist eine weitere Unterscheidung hilfreich. Die üblichen Erfolgskriterien für eine Psychotherapiemethode sind Effizienz (die tatsächlich erreichte bzw. erreichbare

Wirkung) und Effektivität (der ökonomische Mitteleinsatz, das Verhältnis von Aufwand und Erfolg). Auf praktischer Ebene wird ein weiteres Kriterium wichtig: der berufliche Erfolg des Praktikers. Denn für den individuellen Praktiker „reduziert“ sich das Problem der differenziellen Vorgangsweise auf die Frage: Wie kann man als Klientenzentrierte Psychotherapeutin, als Klientenzentrierter Therapeut in der therapeutischen Arbeit mit Klienten erfolgreich sein? Der persönliche Erfolg des einzelnen Praktikers bei der Ausübung eines therapeutischen Berufs setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen. Neben häufigen Therapieerfolgen und der damit verbundenen persönlichen Befriedigung ist hier auch ein geringes Risiko für Therapieabbrüche oder lang dauernde unproduktive Therapeut–Klient–Beziehungen zu nennen. Weiters gehören Arbeitsfreude und Sicherheit bei der ausgeübten Tätigkeit sowie das Gefühl dazu, kompetent zu sein; weiters Leichtigkeit bei der beruflichen Problembewältigung, Anerkennung durch Berufskollegen und insgesamt das Empfinden, eine den eigenen Fähigkeiten entsprechende berufliche Tätigkeiten auszuüben. Nicht zuletzt ist auch die ökonomische Dimension zu nennen: Die finanzielle Abgeltung, das erwartete Einkommen ist eine wichtige Rahmenbedingung für persönliche Sicherheit und produktive Arbeit mit Klienten.

Auch bei diesem Punkt macht die Unterscheidung zwischen Konzept bzw. Methode und individuellem Anwender einen Sinn. Denn auch wenn die Methode der Klientenzentrierten Psychotherapie durch Forschung eine breite Anwendbarkeit und ein breites Indikationsprofil belegen kann, ist damit über das Ausmaß des beruflichen Erfolges, den einzelne Praktiker haben, nicht viel gesagt. Es ist eine Frage individueller Berufsausübung, wie der einzelne Psychotherapeut das Potenzial der Methode ausschöpft, damit er seine individuellen Möglichkeiten und Stärken in die Gestaltung des Settings und der psychotherapeutischen Arbeit einbringen kann. Auch wenn es möglich ist, unter bestimmten Untersuchungsbedingungen mit der Klientenzentrierten Psychotherapie bei verschiedenen Klientengruppen und Störungen effizient und effektiv zu sein, können Klientenzentrierte Psychotherapeuten unter spezifischen Praxisbedingungen z. B. eine hohe Abbrecherquote „produzieren“. Und dieses Phänomen ist nicht allein mit einer inkompetenten Vorgangsweise zu erklären. Es ist plausibel, dass Klientenzentrierte Psychotherapie als beziehungsorientierte Therapieform besonders anfällig für berufliche Misserfolge wie unproduktive Therapieverläufe und Therapieabbrüche ist, *wenn selektive Strategien in der differenziellen Indikation nicht genutzt* werden. Einige Ergebnisse einer Studie über Burnout bei klientenzentrierten Praktikern und Praktikerinnen liefern einige Anhaltspunkte (Volgger, Laireiter & Sauer, 2004). Demnach könnten Faktoren wie die mangelnde Kontrolle über die Auswahl von Klienten sowie bestimmte vermeidende Umgangsformen mit therapeutischen Problemen wie „auf günstige Wendung warten“, „Abbruch der Therapie“ und „Probleme aufschieben“ emotionale Erschöpfung fördern. Damit sind aber gerade Aspekte einer Situation beschrieben, die bei unproduktiven Therapien

trotz Bemühens um Individualisierung (adaptiver Aspekt) entsteht, wenn eine etwaige konsensuale Beendigung der Therapie bzw. eine Überweisung an Kollegen (selektiver Aspekt) verschleppt oder gar nicht ins Auge gefasst wird. Weitere Anhaltspunkte für die Bedeutung einer selektiven Strategie finden sich in folgenden Befunden: In den Fällen, in denen Behandlungsdauer oder Therapeutenwahl aufgrund von Regelungen der Krankenkassen bzw. Institutionen beschränkt war, war der Behandlungserfolg geringer (Seligman, 1995; vgl. Hutterer, 1997). Die Möglichkeit der alternativen Therapeutenwahl wirkte sich günstig auf die Abbruchquote und den Therapieerfolg aus (Schäfer, 1992).

Selektivität und Individualität von Therapeuten

Warum braucht eine beziehungsorientierte Therapieform eine selektive Indikationsstellung? Warum sind selbst für hoch kompetente und sehr erfahrene Therapeuten manche Klienten, die in ihrem Behandlungsspektrum liegen, nicht „geeignet“? Eine Antwort auf diese Frage gibt die Anwendung der Theorie des impliziten Wissens auf zwischenmenschliche Beziehungen und Humantechnologien (Polanyi, 1962). Für eine beziehungsorientierte Therapieform ist die Individualität der beteiligten Personen entscheidend. Jede Person hat Besonderheiten, die wir in der Alltagssprache ganzheitlich als „Ausstrahlung“ erfassen und bezeichnen. Zur individuellen Ausstrahlung tragen viele Momente bei: das Erscheinungsbild und Ausdruck, Gefühlsleben, der Erfahrungshintergrund, Biographie etc. Neben nachvollziehbaren biographischen und charakterlichen Momenten kommt die Individualität und Unverwechselbarkeit einer Person vermutlich auch auf einer impliziten Ebene zum Ausdruck: Es sind viele Details oder eine Kombination von persönlichen Details, die im Hintergrund als Hilfsmittel wirken (subsidiär) und die Individualität konstituieren. Das Empfinden von Einzigartigkeit kommt vermutlich nur deshalb zustande, weil diese individuelle Kombination von Subsidiären nicht zur Sprache kommt. Selbst Personen die einander lang und intensiv kennen, können diese Unverwechselbarkeit oft nur durch sprachloses Erkennen ausdrücken („Ja, so ist er/sie“). Dieser implizite Anteil ist weder beschreibbar, noch imitierbar. Auch in einer zwischenmenschlichen Beziehung ist dieser implizite Anteil gegeben: Bei manchen Personen sagen wir, wir hätten sofort „einen Draht“ zu ihnen gehabt oder es sei „der Funke übersprungen“, ohne diese Erfahrung inhaltlich beschreiben zu können. Viele Menschen in Freundschafts- und Liebesbeziehungen brauchen lange Zeit, um zu verstehen, warum sie zueinander gefunden haben und ihre Beziehung weiter aufrecht ist, ohne das Rätsel vollständig zu lösen. Es scheint sogar, dass ein Teil dieser Unverwechselbarkeit der Beziehung implizit bleiben muss, um sie aufrecht zu erhalten. Dieses Gefühl für die Unverwechselbarkeit einer Person können wir nicht mehr spüren, wenn die Beziehung verloren geht. Wir wundern uns dann oft, dass wir eine andere Person als etwas Besonderes wahrgenommen haben.

Klientenzentriert Psychotherapeuten haben in der Regel auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer Theorie eine gewisse Offenheit für diesen unaussprechlichen Aspekt von Beziehung. Das „Sich-Einlassen“ auf die Einzigartigkeit, schaffen wir nur, wenn wir unsere eigene Einzigartigkeit implizit ins Spiel bringen können (Echtheit und Authentizität). Aus demselben Grund ist diese Fähigkeit auch begrenzt und nicht bei beliebigen Personen mit derselben Qualität abrufbar. Das mag der Grund sein, warum wir uns nicht mit einem beliebigen und unbegrenzten Kreis von Personen auf eine intensive und tiefe therapeutische Beziehung einlassen können, sondern selektiv sein müssen, wenn wir unsere therapeutische Leistungsfähigkeit optimal ausschöpfen wollen. Das bedeutet nicht, dass wir nur mit wenigen Personen therapeutisch wirksam werden können, sondern dass es einen „unumgehbaren Resonanzeffekt zwischen zwei Personen gibt“, der zwar durch Ausbildung und Erfahrung erweiterbar, aber nicht aufhebbar ist (Schäfer, 1992, S. 35). Auch in der Wahrnehmung von Klienten und Klientinnen sind viele persönliche Details für die „Attraktivität“ von Therapeuten entscheidend. Diese Verbindung zwischen Individualität und Selektivität kommt auch in der folgenden Untersuchung zu Vorschein.

In einer explorativen Studie des Autors (Hutterer, 2006) im Sinne eines qualitativen Experiments erhielten zwölf Klientinnen im Rahmen einer Universitätslehrveranstaltung je ein klientenzentriertes Gespräch von ca. 45 Minuten Dauer bei drei Personenzentrierten Therapeutinnen. Die Klientinnen hatten die Aufgabe, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Therapeutinnen sowie hilfreiche weniger hilfreiche Gesprächssituationen im Anschluss an die Gespräche zu identifizieren. Dazu wurden eine Reihe von methodischen Hilfsmitteln und Instrumenten verwendet, um Daten über die Gespräche zu generieren, die Grundlage für die Auswertung waren. Dabei zeigten sich folgende Muster:

- (1) Die Gemeinsamkeiten der Therapeutinnen wurden erwartungsgemäß mit Merkmalen einer klientenzentrierten Grundhaltung charakterisiert: einfühlend, interessiert, Anteil nehmend, aufmerksam, menschlich, Gefühle ansprechend etc. Diese Gemeinsamkeiten wurden als deutlich im Vordergrund wahrgenommen.
- (2) Trotz dieser Gemeinsamkeiten wurden viele Unterschiede in Details beschrieben. Diese Details bezogen sich auf den persönlichen Stil (lebhaft, temperamentvoll, verbal und physisch aktiv, ruhig, zurückgezogen) oder persönliche „Eigenheiten“ der Therapeutinnen (verwendet eine Bildersprache, gestikuliert viel), auf Aspekte, die wir in der Alltagssprache ganzheitlich als „Charakter“, „Ausstrahlung“ oder „Temperament“ bezeichnen. Weitere Unterschiede bezogen sich auf Aspekte der Interaktion, die mit Timing und Tempo beschreibbar sind (Umgang mit Gesprächspausen, häufiges versus fehlendes Unterbrechen des Redeflusses von Klienten etc.).
- (3) Manche der Gemeinsamkeiten und der Unterschiede wurden von den Klientinnen jeweils individuell unterschiedlich als störend, andere als hilfreich empfunden. So fühlten sich einige durch das

„Spiegeln“ und „Wiederholen“ der Klientenäußerungen wohl und „richtig“ verstanden, und konnten ihren Gefühlen freien Lauf lassen. Andere fühlten sich „total genervt“, „nicht ernst genommen“, andere nur dann verstanden, wenn eine „Wiederholung“ mit den eigenen Worten der Therapeutin erfolgte.

- (4) Trotz der dominanten Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung einer klientenzentrierten Grundhaltung eröffnete jede Therapeutin einen unterschiedlichen „Erfahrungsraum“. Bei einer Therapeutin bekam man viele Anregungen durch die bilderreiche Sprache und konnte sich manchmal aber auch überfordert fühlen. Bei einer anderen erhielt man einen großen Freiraum und konnte sich vielfältig und flüssig äußern, aber manches Mal ging es mehr in die Breite als in die Tiefe. Bei der dritten Therapeutin konnte man sehr nahe an die eigenen Gefühle kommen, aber man musste sich an diesen Stil einmal gewöhnen.

Die Erkenntnis, die die Klientinnen in diesen Gesprächen gewonnen haben war, dass es eine äußerst große Bedeutung hat, die „richtige“ Therapeutin zu finden und sich nicht mit der ersten, nicht völlig zufrieden stellenden Wahl, abzufinden.

Strategien der Selbstselektion

Was bedeutet nun diese These vom „selektiven Therapeuten“, der seine Grenzen und Stärken von vornherein berücksichtigt. Diese Form der Selektivität ist im Grunde eine Selbst-Selektivität und beruht auf zwei Elementen: 1. Das „Angebot“ an Kompetenz beschränkt sich auf die eigenen Stärken und ist eine Art von bewusster Selbstbeschränkung, die dem Prinzip folgt, sich selber dort aus dem Spiel nehmen, wo man nicht erfolgreich sein kann. 2. Das Beziehungsangebot beruht auf einer Bewusstheit der eigenen Individualität und Besonderheiten, die für eine bestimmte Art von Klientel eher geeignet ist als für andere.

Eine Strategie der Selbstselektion ist eine differenzielle Strategie für die erfolgreiche Ausübung eines psychotherapeutischen Berufes. Man könnte sie mit folgendem Handlungsprinzip positiv beschreiben: „Arbeiten Sie nur mit Klienten, bei denen Sie erfolgreich sein können, die von der Therapie mit ihnen optimal profitieren können und denen gegenüber Sie eine optimale personenzentrierte Beziehung entwickeln können“. Oder anders formuliert: „Arbeiten Sie mit jenen Klientinnen und Klienten, die mit ihnen als Therapeut bzw. Therapeutin eine günstige Prognose haben“.

Diese Empfehlung wirkt vermutlich vorerst nicht besonders originell. Aber sie beinhaltet ein anspruchsvolles „Programm“. Denn sie erfordert die Gestaltung der eigenen beruflichen Praxis bzw. zumindest einen Teil der eigenen Lebensführung auf Basis der Bewusstheit der eigenen Stärken und des eigenen Potenzials sowie der eigenen Grenzen. Das vielleicht Verblüffende liegt in der Einsicht, dass dieser „Erfolg“ nur zu erreichen ist, wenn man sich als

Psychotherapeut oder Psychotherapeutin in eine „privilegierte Position“ bringt. Das „Privileg“ liegt in der Forderung, die berufliche Situation so gestalten zu können, dass die eigenen therapeutischen Fähigkeiten optimal zum Ausdruck kommen können. Das hat auch eine wichtige berufspolitische Komponente, weil dazu auch eine angemessene Bezahlung und günstige Arbeitsbedingungen etc. gehören. Ein Beispiel soll das erläutern: Ein Therapeut, arbeitet immer wieder mit Klienten, in die er sich nur eingeschränkt einfühlend, bei denen er keinen ausreichenden Respekt empfinden und keine kongruente Beziehung fördern kann. Er ist oft überfordert mit der Problematik seiner Klientinnen und Klienten. Er hat zwar auch einige andere Klienten, bei denen eine personenzentrierte Beziehung gelingt, aber die weniger optimalen überwiegen. Er kommt beruflich und/oder privat immer wieder in Situationen, in der durch Stress und Belastungen seine therapeutische Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Er ist trotz dieser Einschränkungen und Mängel nicht in der Lage, für ihn „schwierige“ Klienten an Kollegen bzw. Kolleginnen abzugeben, weil er die Einkünfte für den Lebensunterhalt benötigt oder es keine Möglichkeit der Kooperation gibt. Hier wurde eine sehr ungünstige Ausgangssituation für therapeutische Arbeit beschrieben. Der Therapeut wird nur wenige Erfolgserlebnisse haben (seine Klienten auch). Warum ist in diesem Beispiel der Therapeut weit entfernt von einer privilegierten Position?

- (1) Sein privates bzw. berufliches Leben bietet einen ungünstigen Rahmen für Psychohygiene und psychische Gesundheit.
- (2) Er hat eingeschränkte Kenntnisse der eigenen Stärken und Schwächen als Therapeut.
- (3) Er ist nicht in der Situation, Klienten anzuziehen oder auszuwählen, die von seinen Stärken profitieren können.
- (4) Er ist in der ökonomisch ungünstigen Situation, dass er allein durch seine Arbeit als Therapeut seinen Lebensunterhalt bestreiten muss (bzw. der Verlust von Klienten würde auch einen Einkommensverlust nach sich ziehen).
- (5) Er besitzt keine Arbeitssituation, die ein kollegiales Netzwerk für Austausch und Zusammenarbeit bietet.

Diese Punkte sind als *Risikofaktoren für eine kompetente therapeutische Arbeit* anzusehen. Sich in eine privilegierte Position zu bringen, bedeutet, alle oder die meisten dieser Risikofaktoren auszuschalten oder zu entschärfen. Man kann deshalb auch von einer „differenziellen Strategie“ für eine erfolgreiche Ausübung des Therapeutenberufes sprechen:

- (1) Psychohygiene und psychische Gesundheit: Welche Maßnahmen und Aktivitäten kann ich durchführen um meine psychische Gesundheit zu fördern? Welches psychohygienische Potenzial hat mein Lebensstil, haben meine Lebensumstände?
- (2) Therapeutische Stärken: Wo liegen meine Stärken, wo meine Grenzen? Wie kann ich meine Stärken pflegen? Mit welchen Klientengruppen arbeite ich gerne und kann ich kompetent arbeiten?

- (3) Passende Klientel: Wie und über welche Maßnahmen kann ich Klienten „anziehen“ oder „kanalisieren“, die auf meinen therapeutischen Stil günstig ansprechen? Für welche Problematik meiner Klienten bin ich offen? Auf welche reagiere ich defensiv?
- (4) Ökonomische Entlastung: Was kann ich unternehmen, um nicht von den Einnahmequellen durch meine Klienten abhängig zu sein?
- (5) Ein kollegiales Netzwerk: Wie kann ich ein Netzwerk von Kollegen aufbauen für die Zuweisung von Klienten, für kollegiale Supervision?

Diese Faktoren sind individuell sehr verschieden und müssen von Therapeuten „differenziell“ erkannt und gestaltet werden. Im Rahmen der Ausbildung und Weiterbildung müssten ausreichend Lernerfahrungen enthalten sein, um es angehenden Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zu ermöglichen, eine „privilegierte Position“ in diesem Sinne zu erreichen. Die Einnahme einer „privilegierten Position“ in Verbindung mit einer Strategie der Selbstselektion zugunsten einer erfolgreichen Ausübung des Therapeutenberufes dürfte zwar nicht sehr beliebt und angesehen sein; es gibt jedoch ein berühmtes Beispiel, das den Sinn und die Notwendigkeit selektiver Strategien in einer beziehungsorientierten Therapieform wie der Klientenzentrierten Psychotherapie prägnant illustriert: Virginia Axline soll einmal gefragt worden sein, warum sie denn nicht mit den Eltern jener Kinder arbeite, die sie therapeutisch betreut, wo wir doch wüssten, dass Störungen bei Kindern oft eng mit den Erfahrungen im Elternhaus zusammenhängen. Sie soll darauf geantwortet haben: „Ich mag die Eltern nicht, die gestörte Kinder haben“.

Literatur

- Auckenthaler, A. (1994). Was wirkt in der klientenzentrierten Psychotherapie? Zur Abgrenzung der „therapeutischen Kernbedingungen“ vom „therapeutischen Basisverhalten“. *Psychologie in der Medizin*, 5(4), 28–31.
- Axline, V. (2003). *Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. München: Ernst-Reinhardt.
- Barrett-Lennard, G. T. (1993). Understanding the person-centered approach to therapy: A reply to questions and misconceptions. *The Person-Centered Approach and Cross-Cultural Communication: An International Review*, Vol. 2, 99–113.
- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Helping systems: Journey and substance*. London: Sage.
- Bastine, R. (1970). Schwierige Situationen in der Gesprächstherapie. Vortrag, gehalten am 17.10.1970 in Utrecht. Hektographiertes Vortragsmanuskript.
- Bastine, R. (1983). Therapeutisches Basisverhalten und differenzielle Psychotherapie – Kritische Anmerkungen zum Beitrag von Dieter Tschulin. In D. Tschulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie*. Weinheim: Beltz.
- Bhaskar, R. (1978). *A realist theory of science*. Stanford: Harvester Press.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer. BITTE DIE AUFLAGE ANGEBEN
- Binder, U. & Binder, J. (1991). Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung, psychosomatisches Erleben, depressives Leiden. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. (1993). Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Personzentriert*, 2, 5–135.
- Bohart, A. C. (2002). A passionate critique of empirically supported treatments and the provision of an alternative paradigm. In J. C. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 258–277). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: the process of active self-healing*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cornelius-White, J. H. D. (2004). Maintain and enhance: An integrative view of person-centered and process-differentiated diagnostics. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (4), 268–276.
- Elliott, R. & Greenberg, L. S. (2002). Process-experiential psychotherapy. In D. J. Cain & J. S. (Eds.), *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice* (pp. 279–306). Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R. (2002). Render unto Caesar: Quantitative and qualitative knowing in research on humanistic therapies *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1 (1&2), 102–117.
- Elliott, R., Greenberg, L., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th edn., pp. 509–539). New York: Wiley.
- Finke, J. (1996). Störungsspezifische Behandlung als Voraussetzung stationärer Gesprächspsychotherapie bei schweren psychischen Störungen. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung*. Köln: GwG Verlag.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien, New York: Springer.
- Frohburg, I. (2005). Methodische Akzentsetzungen in der Gesprächspsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 22–28.
- Gendlin, E. T. (1962). Client-centered developments and work with schizophrenics. *Journal of Counseling Psychology*, 9, 205–212.
- Gendlin, E. T. (1973). Experiential psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 317–352). Itasca: Peacock.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der lebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer.
- Goldstein, K. (1934). *Der Aufbau des Organismus*. Haag: Martinus Nijhoff. (Übersetzung ins Englische 1939: *The organism*. New York: American Book Co; Neuauflage 1995 durch Zone Books: New York).
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebensorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Lietaer, G. (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Hill, C. E. (Ed.). (2001a). *Helping skills: The empirical foundation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C. E. (2001b). Effects of therapist response modes in brief psychotherapy. In C. E. Hill (Ed.), *Helping skills; The empirical foundation* (pp. 61–86). Washington, DC: American Psychological Association.
- Höder, J. (1992a). *Gesprächspsychotherapie. Was sie kann, wie sie wirkt und wem sie hilft*. Mannheim: PAL Verlagsgesellschaft.
- Höder, J. (1992b). Wie können wir Therapien verkürzen? In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie & Psychotherapie. Jahrbuch 1992* (S. 85–97). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierten Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 197–222). Heidelberg: Asanger.
- Howe, J. (1980). *Integratives Handeln in der Gesprächstherapie*. Weinheim, Beltz.
- Hutterer, R. (1992). Personenzentrierte Psychotherapie zwischen Psycho- boom und Identitätskrise. In R. Stipsits & R. Hutterer (Hrsg.) *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 71–82). Wien: WUV.
- Hutterer, R. (1993). Eclecticism: An identity crisis for person-centred therapists. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers*. London: Sage.
- Hutterer, R. (1996). Die Consumer Reports Studie: Längere Psychotherapien sind effektiver! Neuere Ergebnisse der Psychotherapieforschung und einige gesundheitspolitische Implikationen. *Psychotherapie-Forum*, 4 (1): Supplement, 2–6.
- Hutterer, R. (1996). The core conditions between theory and practice. Critical remarks to a successful, but unpractical theory. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (1996), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 405–411). Wien: Lang.
- Hutterer, R. (2004). Die Domestizierung der Psychotherapie. Kritische Bilanz der Legalisierung und Professionalisierung eines unmöglichen Berufs. In K. Firlei, M. Kierein, M. Kleteka-Pulker (Hrsg.), *Jahrbuch für Psychotherapie und Recht III* (S. 77–84). Wien: WUV.

- Hutterer, R. (2006). 12 Klientinnen und 3 Therapeutinnen. Differenzielle Vorgangsweise im qualitativen Experiment. In Vorbereitung.
- Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P. F., Stipsits, R. (1996). *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion*. Wien: Lang.
- Kazi, M. A. F. & Spurling, L. J. (2000). Realist evaluation for evidence-based practice. Paper presented at the European Evaluation Society's Conference, Lausanne.
- Keys, S. (2003). *Idiosyncratic person-centred therapy*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 100–136.
- Lietaer, G. (1992). Von „nicht-direktiv“ zu „erfahrungsorientiert“. In R. Sachse, G. Lietaer & W. B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung* (S. 11–22). Heidelberg: Asanger.
- Lietaer, G. (2002). The client-centered/experiential paradigm in psychotherapy: Development and identity. In J. C. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 1–15). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Manicas, P. (1998). Explaining the past and predicting the future. *Journal for Behavioral Sciences*, 42 (3), 398–405.
- Manicas, P. & Secord, P. F. (1983). Implications of the new philosophy of science: A topology for psychology. *American Psychologist*, 38, 4 (April, 1984), 399–413.
- Maslow, A. H. (1977). *Die Psychologie der Wissenschaft. Neue Wege der Wahrnehmung und des Denkens*. München: Goldmann.
- Mearns, D. & Thorne, B. (1988). *Person-centred counseling in action*. London: Sage.
- Patterson, C. H. (2000). *Understanding psychotherapy: Fifty years of client-centered theory and practice*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Polanyi, M. (1962). *Personal knowledge: Towards a post-critical philosophy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension* [The Terry Lectures delivered at Yale in 1962]. Garden City, N.Y.: Doubleday.
- Polanyi, M. (1985): *Implizites Wissen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Prouty, G. (2001). Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz? *Person*, 5 (1), 52–57.
- Prouty, G., Van-Werde, D. & Pörtner M. (1998). *Prae-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rennie, D. L. (2004) Reflexivity and person-centered counseling. *Journal of Humanistic Psychology*, 44 (2), 182–203.
- Rogers, C. R. (1942a/1985). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt/M.: Fischer. (Original erschienen 1942: *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1951a/1995) *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Original erschienen 1951: *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1957a/1997) Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung. *Psychotherapie Forum* 5, 3, S 177–185. (Original erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103).
- Rogers, C. R. (1962a/1977). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In: C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 180–196). Kindler: München. (Original erschienen 1962: The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 32, 416–429).
- Rogers, C. R. (1962c/1977). Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 161–180). Kindler: München. (Original erschienen 1962: Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15).
- Rogers, C. R. (1975e/1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 15–52). Kindler: München. (Original erschienen 1975: Client-centered psychotherapy. In: A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Benjamin (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, II, Vol. 2* (pp. 1841–1843). Baltimore, MD: Williams and Wilkins).
- Sachse, R., Schlebusch, R. & Sachse C. (2004). Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie. <http://www.ipp-bochum.de/download/gpt-2-kop.doc> [Aufgerufen am 26. 2. 2005].
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sanders, P. (2004). Mapping person-centred approaches to counseling and psychotherapy. In Sanders, P. (Ed.), *The tribes of the person-centred nation* (S. 149–163). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Schäfer, H. (1992). Klärende Zwischengespräche und alternative Therapeutenwahl durch die Klienten. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch 1992 für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Band 3* (S. 24–37). Köln: GwG-Verlag.
- Schmid, P. F. (2002). The necessary and sufficient conditions of being person-centered: On identity, integration and differentiation. In J. C. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 36–51). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counseling. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2 (2), 104–120.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist* 50 (12), 965–974.
- Sexl, M. (1995). *Sprachlose Erfahrung? Michael Polanyis Erkenntnismodell und die Literaturwissenschaften*. Frankfurt/M.: Lang.
- Shlien, J. (2002). Symposium on psychodiagnosis: (iii) Boy's person-centered perspective on psychodiagnosis: A response. In D. J. Cain (Ed.), *Classics in the person-centered approach*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Stumm, G. & Keil, W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–62). Wien, New York: Springer.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Störungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Swildens, H. (2002a). Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 187–208). Wien, New York: Springer.
- Swildens, H. (2002b). Where did we come from and where are we going? The development of person-centered psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1 (1&2), 118–131.
- Takens, R. J. & Lietaer, G. (2004a). Process differentiation and person-centeredness: Introduction to the special issue. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (1), 1–3.

- Takens, R. J. & Lietaer, G. (2004b). Process differentiation and person-centeredness: A contradiction? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (2), 77–87.
- Temaner Brodley, B. (1986). Client-centered therapy – What is it? What is it not? Paper presented at the First Annual Meeting of the Association for the Development of the Person-Centered Approach, Chicago, 1986.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology* 71, 1–9.
- Tscheulin, D. (1983). *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine Differentielle Gesprächstherapie*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interaktion*. Göttingen: Hogrefe.
- Van Balen, R. (2002). Die Entwicklung des Experienziellen Ansatzes. In W. Keil und G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 209–230). Wien, New York: Springer.
- Van Kalmthout, M. (2002). The future of person-centered therapy: Crisis and possibility. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1 (1&2), 132–143.
- Volgger, B., Laireiter, A-R. & Sauer, J. (2004). Burnout bei PsychotherapeutInnen. Eine Studie bei Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen in Österreich. *Person*, 5 (1), 125–136.
- Watson, C. & Bohart, A. (2001). Humanistic-experiential therapies in the era of managed care. In K. J. Schneider, J. F. T. Bugental & J. F. Pierson (Eds), *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice* (pp. 503–517). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wiltschko, J. (2002). Focusing und Focusing-Therapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 231–264). Wien. New York: Springer.

Biografie:

Ao. Univ. Prof. Dr. phil Robert Hutterer, geb. 1951, Universitätsprofessor und Institutsvorstand des Instituts für Bildungswissenschaft der Universität Wien, Arbeitsschwerpunkte: Humanistische Psychologie und Pädagogik, Personenzentrierte Psychotherapie, Beratungsforschung, Wissenschaftsphilosophie und Methodologie; Personenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder und Präsident der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP).

Korrespondenzadresse:

Dr. Robert Hutterer
 Institut f. Bildungswissenschaft der Univ. Wien
 Garnisongasse 3
 A-1090 Wien
 E-Mail: robert.hutterer@univie.ac.at

Christian Fehringer

Brauchen wir Störungswissen, um personenzentriert arbeiten zu können?

Zusammenfassung: Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, ob wir Störungswissen brauchen, bzw. unter welchen Bedingungen wir welches Wissen wann und wozu benötigen, und welche Kriterien für die Entscheidungen relevant sind. Komplexe biologische, psychische oder soziale Systeme weisen Merkmale von Vernetztheit und Rekursivität aller beteiligten Komponenten und Prozesse auf und gewinnen damit ihre Autonomie. Personen befinden sich in einem permanenten Prozess der selbstorganisierenden Bedeutungs- und Informationserzeugung: Sie konstruieren ihre Wirklichkeit in ständigen Wechselwirkungsprozessen mit der Umwelt. Neben personenzentrierten Ideen ist für diese Arbeit das Konzept der Autopoiese wesentlich. Damit verbunden sind konstruktivistische Überlegungen und Gedanken zur Kybernetik zweiter Ordnung, die „Objektivität“ durch Beobachtung zweiter Ordnung ersetzt. Wir beobachten wie andere zu ihren Unterscheidungen kommen und was dadurch sichtbar oder unsichtbar wird. „Wissen“ repräsentiert also nicht Dinge, sondern Unterscheidungen. Auf unser Tätigkeitsfeld bezogen heißt das, wir bekommen es nicht mit den Problemen an sich zu tun, sondern nur und ausschließlich mit den Problem-Sichtweisen der Klienten in Bezug auf ihre Situation.

Stichwörter: Autopoiese, Konstruktivismus, Kybernetik, Störungswissen.

Abstract: Do we need knowledge of psychopathology in order to be able to work in a person-centred way? This article looks at the question of whether we need knowledge of psychopathology, that is, under which conditions we need which kind of knowledge when and for what, and which criteria are relevant for our decisions. Complex biological, psychological or social systems provide evidence that all involved components and processes are interconnected and recursive, and thus gain autonomy. Persons are in a permanent process of developing meaning and information in a self-organised way: They construe their reality in continuous processes of interaction with their environment. Apart from person-centred ideas, the concept of autopoiesis is also relevant to this article. Connected with this are constructivist reflections and thoughts on second order cybernetics, which replaces “objectivity” by second degree observation. We observe how others come to their decisions and what then becomes visible or invisible. So, “knowledge” does not represent objects, but distinctions. That means that in our work we are not dealing with the problems themselves, but only and exclusively with the way clients look at their problems in their personal situation.

Keywords: Autopoiesis, constructivism, cybernetics, psychopathological knowledge.

Einleitung

Seit der Erfindung des Wortes „Psychotherapie“ gibt es zwar ein unausgesprochenes Einverständnis, dass es so etwas wie Psychotherapie gibt, aber eine eindeutige Definition die den wissenschaftlichen Ansprüchen aller genügt, fehlt bisher. Worüber reden Therapeuten¹ verschiedener Ausrichtungen, wenn sie von ihrer Therapie sprechen? Vom Durcharbeiten kindlicher Traumata, von konkreten Verstärkungsplänen, vom empathischen Begleiten emotionaler Erlebnisinhalte oder vom Bedeutungsgehalt umfassender sozialer Systeme? Beim Versuch einer Definition ist es unerlässlich, sich der

verschiedenen Ebenen des Erlebens gewahr zu sein. Revensdorf (1991, S. 12f) beschreibt sie als existentielle, psychologische, kognitive, emotionale, und handelnde Ebene, sowie als Ebene der Primärfamilie und als Ebene des sozialen Kontexts.

Wenn nicht präzise bestimmt werden kann, was Psychotherapie ist, wenn effektive psychotherapeutische Strategien ihre Wirkung nur in besonderen sozialen Situationen entfalten, was bedeutet dann die Frage nach Störungswissen, nach der Effektivität psychotherapeutischer Verfahren? Definitionen sind schwer zu erstellen, bleibend ist das Bedürfnis zu beschreiben, was Psychotherapeuten tun – oder zu tun meinen.

Womit Psychotherapie auch immer beauftragt ist, sie soll jedenfalls auch Effektivität garantieren, um in Verhandlungen mit Kassen fundiert argumentieren zu können. Slunecko (1994) weist

1 Die weibliche Form ist inkludiert.

darauf hin, dass die Verhaltenstherapie den Preis für die größte Effektivität nicht zuletzt deswegen so regelmäßig gewinnt, weil ihre wissenschaftstheoretische Verwandtschaft zu den herkömmlichen empirischen Designs am größten ist. Slunecko stellt auch die grundlegende Frage nach dem Gegenstand von Psychotherapie, danach, was denn Psychotherapie eigentlich ist? Wird mit dem „Was“ nach der platonischen Idee von Psychotherapie gefragt, wie das Strotzka (1978, S. 4)² tut, oder ist phänomenologisch nach dem Wesen der Psychotherapie zu fragen, d. h. wie sie erlebt wird, um welchen Seinszustand es sich dabei handelt. Im ersten Fall sprechen wir „über“ die Psychotherapie, als ob wir einen Standpunkt oberhalb oder außerhalb von ihr einnehmen, im zweiten Fall begehen wir uns weiter in die Psychotherapie hinein und würden einen phänomenologischen Ausgangspunkt nehmen (Slunecko, 1994).

Zur Frage des Kontextes von Theorie und Praxis

Mein Anliegen in diesem Beitrag ist eindeutig: Ich trete dafür ein, die Essenz des therapeutischen Prozesses, die therapeutische Beziehung, vom Kontext des Klienten und von seinen Möglichkeiten her zu erarbeiten. Das bedeutet, sich der Subjektivität der Erfahrung des therapeutischen Prozesses zu stellen und persönlich Erfahrenes zur Sprache zu bringen. Die persönliche Erfahrung wird von der Person existenziell und als Gesamtes erlebt und hat ihre Geschichte. Sie ist eingebettet in den jeweiligen Lebenskontext und liegt damit außerhalb der naturwissenschaftlichen Disziplinen, die auf Wiederholbarkeit, Nachprüfbarkeit und Austauschbarkeit gerichtet sind. Persönliche Erfahrung aktualisiert sich in einzelnen Wahrnehmungen. Dieser je einzigartige Prozess wird in den exakten Wissenschaften ausgespart, weil diese stets und ausschließlich am Resultat interessiert sind, an einem Ergebnis, das sich wieder und wieder ablesbar wiederholt. Dieser ausgeprägte naturwissenschaftliche Ansatz relativiert sich zwar in der Regel durch phänomenologisch-hermeneutisches Herangehen auch im Kontext der medizinisch geprägten Psychotherapie, aber allein der Sprachgebrauch in den verschiedenen Kliniken ist trotz dieser phänomenologischen Herangehensweise eindeutig, wenn diagnostiziert wird, dass die Klientin z. B. diese oder jene Störung *hat*, und der Behandlungsplan daher so oder so zu sein hat.

Aber vermutlich ist diese Antwort zu einfach und mein Anliegen zu naiv. Denn psychotherapeutische Grundlagenforschung heißt, den Prozess der Verwissenschaftlichung der Psychotherapie, ihren Weg von der Praxis zur Theorie, nachzuzeichnen und zwar mit all den Veränderungen, die sich daraus ergeben. Slunecko (1994) weist darauf hin, dass solange Psychotherapie als so etwas wie ein Handwerk verstanden wird, sie ein Beurteilungskriterium des Handwerks heranziehen kann: den Erfolg, die Effektivität in der Lebenswelt. Aber das wäre nur ein Aspekt. Theorie kann sich jedoch nicht allein über Erfolg legitimieren, ihr stellen sich andere Beurteilungskriterien; traditionelle wie Widerspruchsfreiheit und Falsifizierbarkeit, modernere wie Reflexions- und Diskursfähigkeit. In der laufenden Diskussion werden die Beurteilungsniveaus aber relativ unreflektiert vermischt bzw. gegeneinander ausgespielt. In aller Regel wird in der gängigen Evaluationsforschung das Beurteilungskriterium des Handwerks für das der Wissenschaft ausgegeben, bzw. zur wissenschaftlichen Legitimierung herangezogen (Slunecko, 1994, S. 128ff). Aufgabe einer Grundlegendiskussion ist es auch, jene charakteristische Verkürzung bewusst zu machen, die sich aus der Fokussierung auf das Erfolgskriterium ergibt. Bei dieser Art von Effizienzorientierung an Heilungsziffern handelt es sich um eine erstarrte Form von Praxisverständnis – um ein Praxisverständnis, das eben die therapeutische Tätigkeit wegdenkt, die das gemeinsame Gestalten einer bedeutsamen Beziehung, in der Veränderungspotentiale vorhanden sind, ausblendet und das nur das Resultat im Auge hat. Praxis lässt sich aber nicht nur im Endergebnis auflisten, sondern umfasst eine Abfolge von subtilsten Prozessen, die man über das Endprodukt niemals Teil für Teil rekonstruieren kann (Slunecko, 1994, S. 131).

Eine weitere Facette des Theorie-Praxis Problems beschreibt Reiter (1995, S. 193ff), wenn er darauf hinweist, dass es in dieser Auseinandersetzung nicht nur um interpersonelle Konflikte geht (zwischen Forschern auf der einen und Praktikern auf der anderen Seite), sondern recht häufig auch um intrapersonelle Schwierigkeiten, wenn Forscher therapeutisch tätig sind oder Therapeuten forschen. Dieser Konflikt zwischen den Anforderungen zweier Systeme mit verschiedenen Leitunterscheidungen (Wissenschaft versus therapeutische Praxis) innerhalb einer Person ist jedoch kein Thema wissenschaftlicher Kommunikation, sondern wird überwiegend von psychischen Systemen abgearbeitet (Reiter, 1995, S. 194). Praktiker sind mit der Bewältigung kritischer Schwellen und Gefährdungen menschlicher Lebensführung befasst. Und obwohl im Bereich von Psychotherapie eine zunehmende Verwissenschaftlichung von Handlungsgrundlagen zu beobachten ist, meint Reiter, dass es keine problemlose Anwendung von wissenschaftlichem Wissen geben kann. Aus dieser oft ignorierten Tatsache leitet sich das besondere Spannungsverhältnis von Theorie und Forschung auf der einen und Praxis auf der anderen Seite ab. Intuition, Urteilsfähigkeit, Risikofreudigkeit und Verantwortungsübernahme stellen oft unabdingbare und wichtige Komponenten in Situationen dar,

2 Eine Beschreibung mit großer Akzeptanz bietet Strotzka (1978, S. 4), der Psychotherapie folgendermaßen definiert: „Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Beziehung notwendig.“

in denen Nichtwissen und Unsicherheit vorherrschende Merkmale sind. Reiter vertritt die Auffassung, dass die zunehmende Verwissenschaftlichung von Praxis ein Dilemma mit sich bringt. Die zunehmend komplexer werdende Wissensbasis macht es unmöglich, ein unproblematisches Verhältnis zur Handlungspraxis zu unterhalten, da in den Handlungsvollzügen mitrealisiert wird, auf wieviel Nichtwissen und Ungewißheit sie beruhen. Weitere wesentliche Kennzeichen moderner Professionen sind ihre zunehmende Klientenorientierung und die Durchsetzung des Primats des Handlungsbezuges. Letzterer führt dazu, dass die Relation Handeln/Nichthandeln zum entscheidenden Bezugspunkt der Orientierung des Professionellen in der Beziehung zum Klienten wird. Wie in der Medizin kann auch in der Psychotherapie und in der psychosozialen Beratung vom „einheitsstiftenden Vorrang des Handelns“ gesprochen werden (Reiter, 1995, S. 196).

Und noch ein Hinweis ist angebracht. Luhmann (1990) sieht für das „harte“ Wissenschaftssystem, in dem auch die Medizin angesiedelt ist, als binären Code „wahr/falsch“ festgelegt; das System therapeutischen Handelns folgt aber einer anderen Sinnorientierung. Am Beispiel der Medizin, sagt Luhmann, könne gezeigt werden, wie schwierig oder unmöglich es ist, therapeutisches Handeln in theoretisch befriedigender Weise einem codierten Typ von Kommunikation zuzuordnen, um nicht die Diskursebenen ständig zu (ver-)wechseln.

Luhmann führt dies darauf zurück, dass das System der Krankenbehandlung keine Theorie über sich selbst entwickelt hat und dass es in diesem Teilsystem der Gesellschaft um mehr geht als um das Gelingen von Kommunikation, nämlich um die Veränderung organischer und psychischer Systeme, also um Systeme in der Umwelt sozialer Systeme. Zu hinterfragen ist auch die Sinnhaftigkeit einer zweiwertigen Logik in diesem Zusammenhang. Die Metapher von „Gesundheit“ und „Krankheit“ bestimmt die Wahrnehmung, greift aber zu kurz, weil sie nur einen Kampfkontext skizziert: Krankheit muss bekämpft werden, Krebsgeschwüre, Tumore müssen ausgemerzt werden, eine bestimmte Symptomatik soll weg. Reiter (1995, S. 196f) befasst sich mit der Frage, ob Medizin daher nicht sinnvollerweise im Funktionssystem der Wirtschaft untergebracht werden sollte. Aber welche Konsequenzen hätte diese Entwicklung, wenn Psychotherapie ebenfalls ausschließlich im Funktionssystem der Wirtschaft, nach Kriterien des Wissens hinsichtlich einer bestimmten Ursache und damit eines linear kausalen Wissens bezüglich der Behandlungsstrategie, bedacht werden müsste?

Welchen Rahmen bietet der Personzentrierte Ansatz?

Die Personzentrierte Psychotherapie hat eine andere Herangehensweise. Sie versucht die Potenzialität der Person auf der Basis ihrer Anliegen und unter Würdigung der bisherigen Lebensstrategien zu

verstehen, ohne in die Versuchung oder unter den Zwang zu geraten, zu pathologisieren, Störungen zu definieren, und ein durch den Sprachgebrauch verdichtetes Wissen der Person überzustülpen.

Eckstein (1989, S. 39) argumentiert in diesem Sinn mit Jaspers, der in der Pathologisierung von Personen eine Festschreibung sieht, weil die Feststellung des Wesens eines Menschen einer Erledigung gleichzusetzen ist, die bei näherer Betrachtung abwertend ist und überdies die Kommunikation abbricht. Nicht unerwähnt sei hier zusätzlich, dass eine therapeutische Beziehung zudem eine grundsätzliche Gleichwertigkeit voraussetzt, um nicht zwei Klassen von Menschen entstehen zu lassen, nämlich Gestörte und Nicht-Gestörte.

Psychotherapie kann unter personzentrierten Prämissen aber auch als Frage der Lebenskunst beschrieben werden. Wenn jemand in Unruhe über sein Leben und sich selbst gerät, fragt die Person: „Wie lebe ich richtig? Welche Art zu leben entspricht mir? In welchen Zusammenhängen lebe ich? Wie lassen sich Zusammenhänge, wie lassen sich Beziehungen herstellen, in denen ich leben kann?“ „Wer bin ich?“ ist die Frage nach dem Selbstverständnis der Person, die wählt und sich selbst gestaltet. Brauchen Therapeuten dafür Störungswissen?

Gibt es befriedigende Antworten auf diese Fragen, die einander wechselseitig bedingen, wo eine endgültige Klärung kaum möglich sein dürfte. Es werden Antworten auf Fragen gesucht, die im therapeutischen Raum erörtert werden können, aber in der Lebenspraxis erprobt und verantwortet werden müssen. Es stellt sich der Sinn der Gestaltung eines Lebens in Frage. „Wozu auch überhaupt gestalten?“ wird gefragt. Die Frage nach dem „Wozu“ ist eine in Therapien oft gestellte Frage. Hier kann an eine Unterscheidung von Aristoteles erinnert werden. Aristoteles beschreibt zwei menschliche Handlungstypen, die sich wie Bauen und Wohnen zueinander verhalten. Das Bauen geschieht um des Hauses willen und kommt mit dessen Fertigstellung an sein Ende. Aristoteles nennt solches Tun *Poiesis* – Herstellung. Das Wohnen geschieht hingegen nicht um eines anderen willen, sondern erfüllt sich in sich selbst. Aristoteles nennt solches Tun *Praxis* – Lebensvollzug. Man kann erkennen, worin die restriktive Wirkung der oft gestellten Frage „wozu?“ besteht. Sie reduziert Praxis zur *Poiesis* – also das Leben auf ein Leben zur Herstellung. Welches Wissen brauchen Therapeuten für die Aushandlungen dieser existenziellen Themen? Brauchen sie Störungswissen? Wie heißen diese Störungen?

Mein Anliegen hier besteht darin, altgediente und bewährte Argumente zu präsentieren, die Personzentrierte Psychotherapie aus der Verankerung der Medizin herauszulösen vermögen und durch geeignetere Modelle wie Beziehung, Gespräch, Begegnung, aber auch Kommunikationsmuster, Diskursgenauigkeit und Narrative zu ergänzen. Konkret bedeutet die Aufgabe kontextangemessen eine differenzierende – oder besser: viele differenzierende – Antworten den unterschiedlichsten Kontexten entsprechend zu finden. Das kann bedeuten, dass personzentriertes therapeutisches Arbeiten

kein Störungswissen benötigt, auch kein Wissen über Lösungen, aber es kann in bestimmten Zusammenhängen durchaus nützlich sein, erworbenes Wissen und wissenschaftliche Vorstellungen über bestimmte Phänomene anbieten zu können. Die Frage ist also nicht, ob wir Störungswissen brauchen, sondern *unter welchen Bedingungen wir welches Wissen für wen, wann und wozu brauchen.*

Der Kontext von Störung und Krankheit

Ich möchte daran erinnern, dass der Störungsbegriff im medizinischen Kontext defizitorientiert und zugleich mechanistisch ist. Tatsächlich scheint es aber sinnvoll und notwendig, diesen Begriff beizubehalten, um den Diskurs nicht noch komplizierter werden zu lassen. Festzuhalten ist auch, dass der Begriff „Störung“ im ICD-10 einen deutlichen Fortschritt darstellt, im Vergleich zur althergebrachten Psychopathologie und deren Krankheitseinheiten.

Die Autoren der ICD-10 verabschieden sich von absoluten Entitäten und verwenden deskriptiv-phänomenologische, an Beobachungskriterien orientierte Bezeichnungen. Stigmatisierende Begriffe wurden aus dem Diagnoseinventar eliminiert. Alte Krankheitseinheiten wurden aufgelöst, um wiederum mehr psychische Einzelphänomene beobachten zu können und sie beschreibend zu erfassen. Diese Entwicklung wurde mit Beginn der 80-er Jahre eingeleitet. Der Begriff „Krankheit“ wurde durch den Begriff der „Störung“ ersetzt; das verdeutlicht die Bestrebung, diagnostische Begriffe als Mittel der Kommunikation einzusetzen. Die Resonanz auf die ICD-10 ist uneindeutig und reicht von „viel zu wenig radikal“ bis zur Einschätzung, dass sie „unerträglich vage und verwaschen“ sei. Mir wurde von Kollegen und Kolleginnen berichtet, dass in bestimmten Kliniken in der BRD und in Österreich wegen der Neuerungen der ICD-10 auf den Kodex verzichtet wird. Man darf dabei auch nicht vergessen, dass der deutschsprachige Raum sich als das Kernland der europäischen Psychiatrie und damit der Endogenitäts-Hypothese versteht.

Die Begriffe „Störung“ und „Krankheit“ bedeuten in der Medizin zuallererst, dass eine Abweichung von einer sonst normalen Funktionsweise vorliegt. Die Frage ist nur, wer das definiert. Es gibt keine konsensfähige wissenschaftliche Gesundheitstheorie. Gesundheit wird zum nicht hinterfragbaren Wert, zum Grundrecht erhoben, doch es bleibt unklar, was im Einzelfall als „krank“ oder „gesund“ zu bewerten ist. Es gibt vor allem in der Psychotherapie kein allgemein akzeptiertes Kriterium der Normalität. In der Medizin stellt sich die Situation anders dar: Da ist es sinnvoll von Abweichungen von der Normalität zu sprechen. In der Psychotherapie gelten andere – gesellschaftliche wie subjektive – Voraussetzungen.

Und noch etwas ist von wesentlicher Bedeutung: Gesundheit wird immer mehr zum nicht hinterfragbaren Wert, zum Grundrecht erhoben. Gesundheit als höchstes Gut ist aber auch nicht mehr abwägbar. Für das höchste Gut muss alles getan werden. Wir leben

in einer Zeit der real existierenden Gesundheitsreligion, in der erstarrte (Finanzierungs-)Systeme „effizient“ gemacht werden müssen, um Gesundheit auch wieder bezahlbar zu machen. Krankheiten, Störungen müssen beseitigt, bekämpft werden. Eine effektive Lösung, basierend auf gesichertem Wissen, mit qualitätssichernden Nebenmaßnahmen muß gewährleistet sein. Aber ist eine Sehnsucht nach ständig verlängertem Leben und immer währendender Gesundheit je finanzierbar?

Um also etwas als eine Störung zu erkennen, muss ein Wissen über den ungestörten Verlauf vorliegen. Aber Menschen sind keine Maschinen. Dort genügt es, den Aufbau und die Funktionsweise zu kennen, um Störungen zu orten und zu reparieren. Menschen setzen sich aber aus verschiedenen, komplex und rekursiv miteinander agierenden Systemen zusammen. Weder eine präzise Kenntnis über den prinzipiellen Aufbau des „Wesens Mensch“, noch präzise Beobachtungen über die Funktions- bzw. Arbeitsweise versetzen uns in die Lage, zu einer gegebenen Zeit, in einem bestimmten Kontext den aktuellen Zustand einer Person zu erfassen. Es kann daher bei einer Person weder die klare Feststellung einer etwaigen Störung noch die Durchführung einer „Reparatur“ erwartet werden.

Was bedeutet daher das bisher Gesagte? Wenn man selbst in der organischen Medizin mit unvorhersagbaren Variationen und komplexen Wechselwirkungen zu rechnen hat, die im Einzelfall alles Wissen um Krankheit und Gesundheit auf den Kopf stellen können, wie steht es um die Chancen im Bereich des Psychischen und in bestimmten sozialen Kontexten, um zu einem überdauernden Wissen von Störungen und den damit verbundenen Lösungen zu gelangen? Eine bisherige Psychopathologie mit ihrer Vielfalt an geschichtlich entstandenen Krankheitsbildern hält einer wissenschaftstheoretischen Überprüfung kaum stand und hilft auch nicht weiter.

Nehmen wir jene theoretischen Vorschläge ernst, die als *Autopoiese*³ oder Selbstorganisationstheorie formuliert werden und in der Chaostheorie angedacht sind, muss von der verständlichen Sehnsucht Abschied genommen werden, eines Tages über ein solides, überdauerndes Wissen darüber zu verfügen. Wir haben es zu jeder Zeit mit sich wandelndem Wissen zu tun, mit der Herausforderung, keine sichere Basis zu haben, aber trotzdem in existentiellen

3 Das Konzept der Autopoiese (griech.: autos = selbst, poiein = machen) wurde von den Neurophysiologen Maturana und Varela eingeführt. Das Ziel der beiden war es, die Organisation lebender Systeme zu erklären, indem jene Organisationsform beschrieben wird, die ein System als eine autonome Einheit konstituiert, welche im Prinzip alle für lebende Systeme charakteristischen Phänomene generieren kann, sofern die notwendigen historischen Voraussetzungen gegeben sind (Maturana, 1982, S. 141ff). Autopoietische Systeme erzeugen durch ihr Operieren fortwährend ihre eigene Organisation. Ablaufende Prozesse beziehen sich auf sich selbst. Diese Systeme koppeln sich über ihren Kontakt mit der Umwelt an ihr Medium an und sind dadurch überlebensfähig. Die Umwelt greift aber nicht steuernd ein, sondern stellt ihre Komplexität lediglich zur Verfügung. Das bedeutet, dass jeder Umweltkontakt ein autopoietisches System zu Selbstkontakten aktiviert. Daher entscheidet das System, nicht die Umwelt, welche „Informationen“ erzeugt und als bedeutsam bewertet werden (S. 191ff).

Situationen handeln zu müssen. Als ein Beispiel für die Komplexität therapeutischer Kontexte kann die Geschichte des kleinen Mädchens, mit dem ich an einer Klinik arbeitete, dienen.

Das knapp achtjährige Mädchen war stationär aufgenommen worden, da es ständig das elterliche Haus demoliert hatte. Das Mädchen hatte Tapeten zerrissen, Fensterscheiben zerschlagen, Wände, Türen und Türstöcke beschmiert und elektrische Leitungen beschädigt. Das Kind bekam von den an der Klinik tätigen Experten eine Vielzahl von Diagnosen mit dazupassenden fundierten Begründungen, der jeweiligen theoretischen Ausrichtung entsprechend. Ich konnte mit dem Kind ein paar Wochen arbeiten, ohne dass sich irgendeine Veränderung oder Besserung eingestellt hat. Das Mädchen ruinierte weiterhin das Haus der Eltern bei Wochenendbesuchen. Meine Beziehung zu dem Kind entwickelte sich gut und wir unterhielten uns, spielten, machten Spaziergänge. Das ärztliche Personal der Klinik war erstaunt, dass das Kind in der Therapie so unauffällig war. Eines Tages spielten wir eine Szene auf einem Bauernhof, auf dem viele Kinder und Erwachsenen zusammenlebten und der Großvater immer mit Instandhaltungsarbeiten des Hofes beschäftigt war. Im Zuge dieses Spiel stellte sich Folgendes heraus: Die Ursache für die unerklärlichen Vandalenakte des Mädchens lag darin, dass der Großvater nach dem Tod seiner Frau gesagt hatte, dass er jetzt noch ein paar Reparaturen im Haus fertig stellen werde und dann auch sterben kann, weil er seiner Frau nachfolgen möchte. Für das Mädchen war es daher folgerichtig, den Tod des geliebten Großvaters dadurch zu verhindern, dass sie ihm ständig neue Arbeit verschaffte. Indem es möglich war, diese Situation für das Mädchen aufzuklären, konnte auch seine vermeintliche Zerstörungswut beendet werden.

Im medizinischen Kontext wurden wissenschaftlich fundierte, sehr differenzierte Diagnosen von den Ärzten entworfen, mögliche Störungen benannt, um das Kind behandeln zu können. Aber all dieses Wissen blieb ohne therapeutische Resonanz. Eine Überlegung in diesem Zusammenhang sollte also auch in die Frage münden, was wann, wozu und für wen, und auch wie lange etwas als förderliches Wissen zu betrachten ist, und wo ein situativer Index in Erwägung zu ziehen ist.

Kurzer Exkurs über den Umgang mit Wissen

Ich möchte nochmals Überlegungen von Niklas Luhmann erwähnen. Nach Luhmann (1990) ist Wissen immer aktuell und immer nur im Beobachten von Beobachtern gegeben. Symbole für Dauer und Beständigkeit wirken praktisch als Kürzel, welche die Operationen psychischer und sozialer Systeme mit Hilfe von Konstanzunterstellungen erleichtern. Versteht man Beobachten als aktuelle, vorübergehende Operation, verliert auch Wissen die Eigenschaft von etwas, das man „haben“ und „behalten“ kann. An die Stelle solcher Bestandsvorstellungen tritt die Frage, wer was unter welchen

Bedingungen aktualisiert. Damit tritt an die Stelle der Frage „Was ist?“ die Frage „Wie wird selektiert?“ Eine Diagnose kann daher auch als geographischer Hinweis gesehen werden: Welche Klinik ist mit welchem Forschungsprojekt befasst, und welches Erkenntnisinteresse ist vorhanden?

Luhmann sieht ein zentrales Merkmal der Operationen, die zum Aufbau von Konstanz führen, in deren Wiederholbarkeit. Dies bewirkt einen sinnstiftenden Prozess mit doppeltem Effekt. Verschiedenes wird auf Identisches reduziert, und dies kann wiederum im Folgenden auf andere Situationen generalisiert werden. Als Ergebnis dieses doppelseitigen Prozesses von Identifizierung und Generalisierung entsteht nach Luhmann eine „konkrete Vertrautheit mit der Welt“. Wissen bündelt somit Beobachtung, bringt gegen Enttäuschung abgesicherte Erwartungen hervor und sorgt so für eine ausreichende Kontinuität. Damit ist freilich nichts über die Güte oder gar Wahrheit des Wissens gesagt, sondern nur etwas über dessen *Operationalität*. Die weiterführende Frage, ob Wissen wahr oder unwahr ist, beschäftigt dann die Wissenschaftergemeinde. Diese befindet sodann über die Kriterien der Wiederholbarkeit über die Akzeptanz von Erwartungen.

Luhmann unterscheidet einen normativen und einen kognitiven Erwartungsstil. Beim normativen Erwartungsstil werden die Erwartungen auch im Enttäuschungsfall durchgehalten; beim kognitiven Erwartungsstil werden sie im Enttäuschungsfall korrigiert. Kognitiv stilisierter Sinn kommt als Wissen vor, normativ stilisierter Sinn als Recht.

Um mit den Irritationen im Enttäuschungsfall umzugehen, gäbe es nach Luhmann zwei Metaregeln. Die eine lautet, die Struktur zu ändern, damit die Irritation eingepasst werden kann. Im anderen Fall heißt es, die Struktur fest zu halten und die Störung zu externalisieren. Die Störung erscheint somit als Korrektur bedürftiges Vergehen der Umwelt. Spätestens an dieser Stelle verdeutlicht sich ein immanentes Problem des Wissens: Ist es auf Konstanz ausgerichtet, muss es normativ gehandhabt werden; bleibt es offen, bietet es wenig Sicherheit.

Dieser kurze Ausflug in die Gedankenwelt Luhmanns, der die immanente zeitliche Begrenztheit von Wissens deutlich macht, bedeutet für mein Thema hier, dass Wissen immer neu aktualisierte Randbedingungen bereitstellt, um das Denken und Handeln von Moment zu Moment zu orientieren. So gesehen, kann es uns nicht mehr um die Frage gehen, ob Wissen als solches akzeptabel ist oder nicht, sondern darum, welches Wissen wir wann und für welche Zwecke akzeptieren wollen. Dieser Frage liegen Entscheidungsprozesse zu Grunde, nicht zuletzt auch jene, auf welche Weise wir mit unserem Wissen umgehen wollen. Dabei bewegen wir uns zwischen zwei Extremen: Bewahren wir unser Wissen um jeden Preis oder sind wir bereit, es zur Disposition zu stellen? Mit Bezug auf unser Fach ist zu entscheiden, ob wir Störungswissen als bewahrungswürdige und so normative Sinnggebung betrachten wollen oder ob wir in der Tradition des personenzentrierten Denkens verbleiben und jedes Wissen als

bloß aktuelle, bestmögliche Orientierung unseres Handelns in einer bedeutsamen Beziehung handhaben wollen. Das bedeutet natürlich nicht, um es nochmals deutlich zu sagen, dass sich Therapie in einem theoriefreien Raum abzuspielen hat. Es ist aber der Hinweis angebracht, dass „Wissen“ von Krankheitsmodellen, von theoretischen Konstrukten, über die „wissenschaftliches“ Einverständnis herrscht, sehr wohl die Einstellung Klienten gegenüber bestimmt, bevor man die Person überhaupt noch wahrgenommen hat.

Im Hinblick auf eine klinische Theorie und die Gestaltung der therapeutischen Praxis schließen sich hier wichtige Fragen in Bezug auf „Bewahren“ oder „zur Disposition Stellen“ an. Nämlich erstens, auf welcher Grundlage wird welcher Erwartungsstil gewählt und zweitens, auf welche Weise wird mit Irritationen und Enttäuschungen umgegangen? Die Beantwortung dieser Fragen findet oft auf der Basis von Wertungen statt und verweist auch auf die Bereiche der Ethik und auch des Gewissens. Dort vereinen sich zu guter Letzt die zwei genannten Stile um kontinuierlich absichernde Erwartungen zu bilden, nämlich Wissen und Norm. Angesichts der Nichtentscheidbarkeit geht die Unterscheidung nach „wahr/unwahr“ in jene nach „erwünscht/unerwünscht“ über, und beide werden zum Kontext der jeweils anderen. Wir kennen die Redewendung „nach bestem Wissen und Gewissen“ zu handeln. Das ist auch der Bereich in dem sich drei zentrale Elemente von Krankheitstheorien, nämlich Beschreibung, Erklärung und Bewertung, deutlich machen und auch vermischen (Retzer et al., 1989, S. 214ff).

Zur Frage der Verantwortlichkeit im Umgang mit Wissen im therapeutischen Prozess

Es ist ein Balanceakt. Es soll darum gehen, mit offenen Augen mit den Konzepten des Bewahrens und des Zur-Disposition-Stellens umzugehen und deren Sinn und Nutzen auszuloten. Und eben auch nicht aus den Augen zu verlieren, dass es sich um Modellbildungen zum Nutzen der Klienten handelt, und nicht um die Wahrheit einer bestimmten therapeutischen Richtung, die zu verteidigen ist. Fundiertes Grundwissen über Krankheitsphänomene zum Zweck der Kommunikation im Behandlungs- bzw. Arbeitskontext, gehört zum Muss eines jeden Psychotherapeuten. Wissen um die Grundlagen der Psychotherapie ist aber differenzierter zu betrachten. Denn dieses Wissen kann sowohl nützlich als auch verführend sein. Es kann nützlich sein, wenn es einen passenden Rahmen für das Handeln bietet, es kann verführend sein, wenn es zu objektivierenden normativen Generalisierungen verleitet.

Es gibt Situationen, in denen Wissen aus pragmatischen Gründen genutzt werden kann, denn alles andere würde Zeit, Geld und Energie kosten. Die Frage, die sich stellt, heißt nicht, ob solches Wissen auch vor dem Hintergrund personenzentrierten Denkens anwendbar und vertretbar ist, sondern vielmehr, auf welcher Basis die Entscheidung dafür zu fällen ist. Es wäre vermessen zu behaupten,

dass eine noch so erfolgreiche Anwendung solchen Wissens auf eine einfache Umsetzung von Störungswissen in Lösungswissen zurückgeht; dass theoretische Überlegungen, wie denn diese Störungen und deren Behandlung zu verstehen seien, hierdurch endgültig geklärt wären. Der Anspruch zu klären, wie denn Störungen verstanden werden könnten, ist jeder therapeutischen Theorie eigen, aber therapeutischer Erfolg begründet trotzdem niemals die wissenschaftliche Wahrheit einer klinischen Theorie. Was uns diese Wissensmodelle liefern, ist eine manualisierte Pragmatik, die in vielen „geeigneten“ Fällen nützlich ist. In anderen, wohl komplexeren Situationen ist das nicht der Fall. Im Endeffekt weiß man nie im Voraus, ob und welches Wissen und ein damit verbundenes Handeln wirkt, welches Vorgehen bei bestimmten Klienten welche Auswirkungen haben wird.

Die Person als bio-psycho-soziales Wesen ist immer in ihrem höchstpersönlichen Kontext zu sehen. Daran hat sich der therapeutische Zugang zu orientieren. Bei magersüchtigen Jugendlichen hat der Grad und der Kreislauf der entwickelten Unterernährung vorrangige Bedeutung. Es ist auf die persönliche „Gestimmtheit“ zu achten, es ist mit zu überlegen, ob Medikation angebracht erscheint. Weiters ist zu schauen, wie die gezeigte Symptomatik in der je individuellen Entwicklungsgeschichte verstanden werden kann. Ein jugendlicher Klient von mir sah zum Beispiel seine Magersucht, mit der er auch sein Wachstum kontrollierte, im Verlauf der Therapie als notwendige „Auszeit“, um für eine neue Anforderungsstufe, das Erwachsenwerden mit all seinen Konsequenzen, gewappnet zu sein. Oder eine junge Frau erzählte nach einer Vielzahl von Gesprächen vom „Ursprung“ ihrer Essstörung: Sie wollte der Neurodermitis-Erkrankung ihrer Schwester, die in der Familie eine zentrale Bedeutung bekommen hatte, etwas entgegen halten, was genauso wichtig genommen wird. Diese Strategie war erfolgreich, der Preis aber hoch. Es kann daher in der Therapie versucht werden, in der je individuellen Entwicklungsgeschichte eine Metapher für das Geschehen zu finden, eine neue Erzählung in der sich der Klient wiederfindet und sich auch bewegen kann.

Bei der posttraumatischen Belastungsstörung wird immer wieder darauf hingewiesen, dass schwere Traumata subkortikal ablaufen und nachhaltige Veränderungen im limbischen System hinterlassen. Daher ist eine besondere Therapieform vonnöten: die EMDR-Technik (Shapiro, 1998). EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist eine von Francine Shapiro entwickelte klinische Behandlungsmethode von Trauma-Opfern. Es ist ein integratives Therapiemodell, das verhaltenspsychologische, kognitive, psychodynamische, körperorientierte und systemische Elemente umfasst. Die Methode nutzt Augenbewegungen und andere Techniken der Rechts-Links-Stimulation um die Aufarbeitung beunruhigender Gedanken und Erinnerungen zu ermöglichen. Es gibt dazu beeindruckende Sofortergebnisse, genauso wird aber auch auf die Psychosegefahr dieser Technik hingewiesen, wenn sie nicht in einem höchst sensiblen, multidimensionalen Therapiekonzept eingebunden ist.

Es gibt kein Patentrezept. Klienten sprechen auf ein durchdachtes Therapiekonzept an, genauso wie auch eine massive Entlastung durch ein paar Gespräche feststellbar ist oder wie das schützende Klima einer Station Entlastung bringen kann. Was am meisten hilft, ist in der Regel das, was der individuellen Situation am ehesten entspricht. Was an angesammeltem Wissen dazu hilfreich sein kann, ist vermutlich auch von Therapeut zu Therapeut verschieden. Wesentlich ist auch, wie stimmig und authentisch Therapeuten mit ihren Konzepten umzugehen vermögen.

Die Idee, theoretische Konstrukte seien in der Praxis direkt anzuwenden und umsetzbar, um „die Sache in den Griff zu kriegen“, ist illusorisch. Wo es um die Unberechenbarkeit nichtlinearer, komplexer, doppelt kontingenter Beziehungsdynamik geht, ist hinsichtlich instruktiver Interventionen Bescheidenheit geboten. Anzuerkennen ist, dass es in einer psychosozialen Praxis darum geht, mit Personen, die einer je eigenen autopoietischen Struktur unterliegen, zu verhandeln, und dass deren Verhalten sich als Ergebnis einer inneren Dynamik ständig in nicht prognostizierbarer Weise verändern kann. Nicht nur Personenzentrierte Therapeuten verweisen ausdrücklich auf die Relativität klinischer Vorerfahrungen mit ähnlich gelagerten Fällen und damit auf die Einzigartigkeit jeder neuen Begegnung zwischen Therapeut und Klient. Nichts ist so praktisch und damit so verlockend wie eine gute Theorie, und die Versuchung, einer erfolgreichen, funktionierenden Theorie Wahrheitsstatus einzuräumen, ist ebenfalls sehr verführerisch.

Ich teile die Ansicht von Autoren, dass es kein endgültiges Expertenwissen des Therapeuten hinsichtlich psychischer Entwicklung gibt (Cecchin, Lange & Wendel, 1992). Das wesentliche Kriterium für die Beurteilung von Geschichten im therapeutischen Prozess scheint ihre Überzeugungskraft im Sinn von Kohärenz und Kontinuität im Rahmen der bisherigen Lebensgeschichte der Klienten zu sein. Max Frisch (1975, S. 45) schreibt in seinem Roman „Mein Name sei Gantenbein“: „Jeder Mensch erfindet sich früher oder später eine Geschichte, die er für sein Leben hält.“ oder an anderer Stelle: „Ein Mann hat eine Erfahrung gemacht, jetzt sucht er die Geschichte seiner Erfahrung“ (S. 8). Wenn man diese Idee für therapeutisches Arbeiten übersetzt, bedeutet es die Formulierung eines Unterschieds zwischen einem Ereignis, einer Erfahrung und einer Geschichte, die man sich selber darüber erzählt. Durch dieses Erzählen wird die Person zum Autor der eigenen Geschichte(n), und erlebt die Möglichkeit, sich nicht nur als ein Erleidender seines Lebens wahrzunehmen. In einer radikal konstruktivistischen Sichtweise gibt es keine Unterscheidung von Wirklichkeit und Erzählung. Die Person ist Autor ihrer Geschichte und letztlich die Geschichte selbst, die sie und andere von ihr erzählen. Mit dieser potenziellen Geschichtenvielfalt kann ich in meinen Therapien gut arbeiten.

Nicht zu vergessen ist, dass auch im Einsatzbereich von Psychopharmaka Wissen geboten ist. Und zwar nicht nur beim verschreibenden Mediziner sondern beim Psychotherapeuten selbst. Schwer leidenden Klienten die Medikation zu verweigern, ist in der Regel

ein Kunstfehler. Trotzdem ist auch hier Umsicht und Abwägung geboten. Denn auch hier deckt sich das Wissen um die wahrscheinliche Wirkung im Allgemeinen keineswegs eindeutig mit der spezifischen Wirkung im Einzelfall. Das Wissen der Psychiatrie ist in aller Regel ein pragmatisches, ein aus der Not des Handlungsdruckes gewachsenes Wissen. Dennoch wird es als Folge einer langjährigen Wiederholungspraxis zuweilen als regelrechtes Wissen gewertet. Bei allem normativen Druck ist es nötig, offen zu bleiben für Unerklärbares. Üblicherweise wird in der Psychiatrie aber so verfahren, als verfüge man über kognitives Wissen, und man übersieht, dass es sich um normatives Wissen handelt. Eine differenzierende Betrachtung, die sich der Kontextbezogenheit und Temporalität unseres Wissens bewusst ist, ist angebracht.

Resümee

Ich verstehe diesen Beitrag als ein personenzentriertes Argumentieren dafür, dass behutsames, flexibles, problem- und personbezogenes Einbeziehen von „allgemeinem Wissen“ über Menschen und deren Lebensproblemen in dem Ausmaß stattfindet, wie es nötig ist, ohne im Einzelfall die Einzigartigkeit der Person aus den Augen zu verlieren. Es erscheint sinnvoll, in manchen Bereichen Identisches zu entdecken. Es sollten daraus aber nicht Generalisierungen und Typologisierungen vorgenommen werden.

Was können Personenzentrierte Therapeuten von Störungswissen erwarten? Vor allem Verständigung, Orientierung und eine gewisse Absicherung untereinander und damit Teilnahme an einem gemeinsamen Diskurs. Wesentlich ist, dass Wissen permanent einem Wandel unterzogen ist. Man „hat“ es nicht, sondern man wendet es an. Die Frage ist nicht „Was ist?“, sondern vielmehr „Wie wird was ausgewählt und verwendet?“ Dies führt geradewegs in den Bereich der persönlichen Verantwortlichkeit derjenigen, die „Wissen“ anwenden und im günstigen Fall in einen gemeinsamen Diskurs darüber einbringen. Wir sind herausgefordert, wirksam und verantwortungsvoll zu handeln, ohne immer genau zu wissen, was unser Handeln im Einzelfall auslösen wird. Kausale Erklärungen können in den Naturwissenschaften legitim und angemessen sein, aber nur dann, wenn der Beobachter genau weiß, für welchen Phänomenbereich sie gelten sollen (Ludewig, 1993, S. 71). Aus dieser Entscheidungsverantwortung hilft kein noch so etabliertes Wissen heraus, zumindest nicht in der therapeutischen Arbeit mit Menschen. Wollen wir professionell arbeiten, führt kein Weg daran vorbei, unser Wissen zu nutzen, ohne zu vergessen, dass dieses Wissen immer nur vorläufigen Charakter hat.

Personenzentrierte Psychotherapie argumentiert auf gegebener wissenschaftlicher Basis; sie „hat“ Wissenschaft zur Verfügung, um sich in der *scientific community* mitteilbar und verhandlungsfähig zu machen. Personenzentrierte Psychotherapie gibt der Wissenschaft jeden möglichen und erdenklichen Raum, aber sie kann Wissenschaft

bei Bedarf auch beiseite lassen. Ihre Praxis als Lebenspraxis, zu der auch philosophische Selbstbesinnung gehört, überschreitet die zu engen Grenzen bestimmter Formen von Wissenschaftlichkeit.

Es geht nicht ohne Lehrbuchwissen, aber Personenzentrierte Psychotherapie lebt vermutlich eher von den Nebenwirkungen; vom nebenher laufenden Austausch von Weltansichten, vom Aushalten des Noch-nicht-Lösbaren, vom „richtigen“ Wort zur „rechten“ Zeit, das einem wie zufällig einfällt, von humorvollen Momenten, vom spontan entstehenden Witz, von unerwarteten intellektuellen wie emotionalen Erkenntnissen. Personenzentrierte Psychotherapie bedarf keiner Behandlungstechnik, sondern der Fähigkeit, sich gemeinsam mit dem Klienten der Frage zu stellen, welches Leben wie zu leben wert wäre. Ihr Wesen liegt eher in der erzählerischen Anregung, als in der medizinischen, zielgerichteten Intervention. Diese Art, therapeutisch zu arbeiten, spricht unsere Klienten als Person an, weil wir ihnen keine erstarrten Behandlungspläne auferlegen. „Wer nur einen Hammer hat, konstruiert die ganze Welt als Nagel“, lautet ein Sprichwort. Das sollte Therapeuten nicht passieren. Es geht nicht ums Beobachten, sondern ums Dabei-Sein. Für das Höchstpersönliche einer Person scheinen freie Erzählformen, Bilder, Metaphern die geeigneten Ausdrucksformen zu sein. Sich das Leben zu erzählen, wechselseitig Bilder dazu zu entwerfen, ist eine Form der Empathie, und es ist ein eindrucksvolles Angebot der Teilnahme am Leben des anderen.

Zum Schluss formuliere ich zusammenfassend erneut mein Anliegen: Psychotherapie ist nicht Teil der Medizin mit ihrer Leitmetapher des Kampfes gegen die Krankheiten. Psychotherapie hat in ihrer Praxis eine philosophische Dimension, nämlich in der Arbeit an der eigenen Person, an den eigenen Auffassungen, Bedeutungsgebungen, höchstpersönlichen Wahrgebungen. Psychotherapie ist, wie in personenzentrierter Praxis oft schon hingewiesen wurde (Land, 1992), eher eine Kunstform, in der Lebensereignisse nicht mit objektiver Präzision wiedergegeben werden, sondern vom Klienten in

porträtierender, essayistischer Weise dargestellt werden können; mit dem Vorteil, dass der Künstler, der Klient, natürlich darin auch selbst mit enthalten ist. Eine höchstpersönliche Erzählung wandelt unverbundene Ereignisse in persönliche Erlebnisse um, indem sie eben nicht eine pedantische, sondern eine phantastische Beschreibung nutzt und damit ein sinnlich wirksames Bild entstehen lässt. Ein Klient beschreibt dies sehr anschaulich, wenn er aus diesem sinnlich erlebten Bild seine bisher bloß „gedachten“ zukünftigen Möglichkeiten leibhaftig zu spüren beginnt. Narrative sind nicht Feststellungen von Wahrheiten, sondern individuelle, kognitiv-imaginative Vorstellungen und sprachliche Darstellungen, die deutlich machen, dass Therapie vermutlich nie in allgemeiner Weise definiert werden kann, aber immer in individueller Weise umsetzbar ist. Narrative gewinnen ihre Bedeutung aus dem Wechselspiel von Wahrnehmung und Ausdruck, aus der Symbolisierung, der hörbaren und spürbaren Differenz, die in der therapeutischen Beziehung, im therapeutischen Dialog stattfindet. Es gibt keine objektiven Interpretationen einer Lebenserzählung. Jede neue Interpretation erzeugt neue Verstehensweisen und bewirkt eine Kontextveränderung. Identität wird nicht postuliert, sondern wird in Frageform gebracht. „Ein Satz, ein Wort, hat keine Bedeutung (...), die ihm gleichsam von einer von uns unabhängigen Macht gegeben wurde, so dass man eine Art wissenschaftlicher Untersuchung anstellen könnte, um herauszufinden, was das Wort wirklich bedeutet. Ein Wort hat die Bedeutung, die ihm jemand gegeben hat“ (Wittgenstein, 1984, Bd. 5, S. 52).

Der Klient braucht die Chance, gegen unsere Theorien Recht zu behalten. Vermutlich liegt die bedeutendste therapeutische Aufgabe darin, unser Wissen nicht dafür zu nutzen, das letzte Wort zu haben, sondern es ist vielmehr unsere Phantasie herausgefordert, immer wieder ein nächstes Wort zu finden. Denn: „Nur im Fluss des Lebens haben die Worte ihre Bedeutung“ (Wittgenstein, 1984, Bd. 7, S. 468).

Literatur

- Aristoteles, (1970). *Metaphysik. Schriften zur Ersten Philosophie*. Stuttgart: Reclam
- Cecchin, G., Lange, J. & Wendel, R. (1992). Vom strategischen Vorgehen zur Nicht-Intervention. Für mehr Eigenständigkeit in der systemischen Praxis. *Familiendynamik*, 3, 3–18.
- Eckstein, R. (1989). *The language of psychotherapy*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin.
- Frisch, M. (1975). *Mein Name sei Gantenbein*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Jaspers, K. (1990). *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*. Berlin: Springer
- Land, D. (1992). Manchmal spiele ich Weisen, die ich noch nie zuvor gehört habe. In P. Frenzel, P.F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 263–276). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Ludewig, K. (1993). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Clett-Kotta.
- Luhmann, N. (1990). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Maturana, H. R. (1982). Biologie der Sprache. Die Epistemologie der Realität. In H. R. Maturana (Hrsg.), *Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig: Vieweg.
- Maturana, H. R. & Varela, F. (1984). *Der Baum der Erkenntnis*. München: Scherz.
- Reiter, L. (1995). Das Konzept der klinischen Nützlichkeit. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 3, 138–163.
- Retzer, A. (1989). Eine Katamnese manisch-depressiver und schizoaffektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. *Familiendynamik*, 1, 214–235.
- Revensdorf, D. (1991). Psychotherapie. Entwicklungslinien und Geschichte. In J. Zeig (Hrsg.), *Psychotherapie. Entwicklungslinien und Geschichte*. Tübingen: dgvt .
- Shapiro, F. (1998). *EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- Sluneko, T. (1994). Plädoyer für einen Grundlagendiskurs in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 2, 128–136.
- Spence, D. (1994). Narrative persuasion: Contemporary thought. In C. Ahlers (Hrsg.), *Möglichkeit und Grenzen narrativer Hermeneutik. Zeitschrift für systemische Therapie*, 2, 112–138.
- Strotzka, H. (1978). Was ist Psychotherapie? In H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Von Foerster, H. (1993a). Wissen und Gewissen. In S. Schmidt (Hrsg.), *Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Von Foerster, H. (1993b). *Kybernetik*. Berlin: Merve.
- Von Glasersfeld, E. (1991). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit*. München: Piper.
- Wittgenstein, L. (1984). *Werkausgabe in 8 Bänden. Bd. 5: Eine philosophische Betrachtung; Bd. 7: Bemerkungen über die Philosophie der Psychologie*. Frankfurt/Main.

Autor

Mag. Christian Fehring, Jg. 1953. Psychotherapeut, Supervisor, Coach in freier Praxis. Ausbilder und Lehrtherapeut im IPS der APG.

Korrespondenzadresse

Mag. Christian Fehring, A-1090 Wien, Rotenlöwengasse 13/15; fehringer@chello.at.

Jobst Finke

Beziehung und Technik

Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personzentrierten Psychotherapie

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

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

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

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

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

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

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

sowohl für das Verständnis der therapeutischen Beziehung wie der Aufgabenstellung und Funktion des Therapeuten¹. Dies soll hier auch auf dem Hintergrund kulturhistorischer Konzepte erörtert werden.

Die Beziehungskonzepte der Personzentrierten Psychotherapie

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

Die Beobachter- und die Teilnehmer-Beziehung

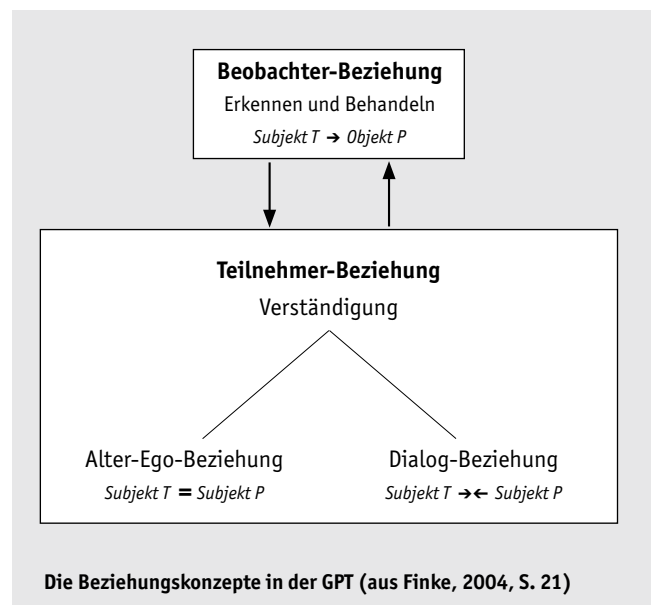
Die Beziehungsform, die für die moderne Wissenschaft und ihrer Beziehung zur Welt kennzeichnend wurde, ist von einer Subjekt-Objekt-Spaltung bestimmt. Mit dem Ideal der Objektivität verbindet sich die Forderung einer emotionalen und interaktionalen Distanz des beobachtenden Subjekts zu seinem Untersuchungsobjekt.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

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

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

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

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



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

Therapietheoretische Unterschiede

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

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

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

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

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

Das polare Verhältnis der beiden Positionen

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

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

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

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

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

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

Exkurs: Rogers und das Problem der „Postmoderne“

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Genau dies ist aber das Problem für ein Verfahren wie die Personzentrierte Psychotherapie, die auf dem „Gesundheitsmarkt“ als eine Methode im Sinne der Heilkunde anerkannt zu sein beansprucht. Will man nämlich im Diskurs der am Methodenideal moderner Wissenschaftlichkeit orientierten Psychotherapie (zu deren Vertretern gehören in Deutschland neben den Therapeuten der „anerkannten“ Verfahren auch die Sachwalter der „Gesundheitsversorgung“ und der Krankenkassen) den Personzentrierten Ansatz zustimmungsfähig halten³, so sind gegenüber dem Antiintellektualismus von Rogers jene Bedenken zu erheben, wie sie allgemein gegenüber Verfechtern der Postmoderne in den Human- und Kulturwissenschaften vorgetragen wurden (von z. B. Habermas, 1996; Rösen, 1990): Bei aller berechtigter Kritik an Fehlentwicklungen der Moderne mit der Einseitigkeit ihres Zweckrationalismus sind doch ihre Vernunftpotentiale, ihre in den verschiedenen Wissenschaften ausgebildeten Rationalitätsstandards nicht einfach aufzugeben im Proklamieren von reinen Gegenbildern. Solche Ausbruchsversuche aus den Paradigmen der Moderne, so achtenswert sie unter bestimmten Aspekten auch sein mögen, führen letztlich in unaufhebbare Widersprüche, da die Ansprüche der modernen Lebenswelt ja nie mehr ganz zurückzuweisen sind. Dies bedeutet hier, dass der Stellenwert der Teilnehmer-Perspektive nicht einfach gegen den der Beobachter-Perspektive auszuspielen ist. Das Verhältnis dieser beiden Perspektiven ist als ein Aufeinander-Bezogenheit zu verstehen: Die Beobachter-Perspektive ist gewissermaßen die Hintergrundfolie, auf die hin der Therapeut sein Verhalten als Interaktionsteilnehmer immer wieder überprüfen und gegebenenfalls korrigieren muss.

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

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

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

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

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

Die Alter-Ego-Beziehung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Dialog-Beziehung

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

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

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

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

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

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

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

Therapeutische Konsequenzen

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

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

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

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

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

Der Krankheitsbezug in der Personzentrierten Psychotherapie

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

Das Konzept der „Störungsspezifität“

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

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

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

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

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

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

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

Die Schlüsselthemen der Borderline-Störung und ihre Bearbeitung

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

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

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

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

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

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

Ärger und Wut

- Empörung bei erlebter Zurückweisung
- Enttäuschte Idealisierung
- Aggressive Getriebenheit

Selbstdestruktion

- Selbstbestrafung
- Autonomiebehauptung
- Suche nach Selbstkontakt

Identitäts-Störung

- Mangel an Selbstwahrnehmung
- Mangel an Selbstkontakt
- Emotionale Labilität

Autonomie-Erleben

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Identitätsstörung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Schlusswort: Das Anliegen dieser Darstellung

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

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

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

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

Literatur

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

Autor

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

Kontaktadresse

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

Hermann Spielhofer

Selbststrukturen bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten

Zusammenfassung: *Im folgenden Beitrag soll die Bedeutung von störungsspezifischen Konzepten für die Theoriebildung wie auch für die psychotherapeutische Praxis anhand von Persönlichkeitsstörungen dargestellt werden, und zwar insbesondere am Beispiel der narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstrukturen. Bei diesen Störungsbildern steht, im Unterschied zu den neurotischen Störungen, nicht die Inkongruenz zwischen Selbst und organismischem Erleben im Vordergrund, sondern die Beeinträchtigung des Selbstkonzepts.*

Zur Darstellung und Begründung narzisstischer Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstrukturen, erscheint es daher notwendig, die Entwicklung des Selbst und die Ausbildung der Selbststrukturen aufzuzeigen. Ich greife dabei auf theoretische Konzepte der Selbstpsychologie, der Objektbeziehungstheorie sowie der empirischen Säuglingsforschung zurück, um im Lichte dieser Theorien und Erkenntnisse die theoretische Konzeption des Selbst im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes zu diskutieren und weiterzuentwickeln. Es geht um die Topographie der Selbststruktur als Modell zur Darstellung und Begründung von Selbsterleben.

Stichwörter: *Borderline-Persönlichkeit, narzisstische Störung, Persönlichkeitsstörungen, Selbst, Selbststruktur.*

Abstract: Self-structures in narcissistic disorders and borderline personalities. *In this article the significance of disorder-oriented concepts for both the development of theories and the practice of psychotherapy is described on the basis of personality disorders, particularly of narcissistic and borderline disorders. As opposed to neurotic disorders, where the incongruence between self and organismic experience is in the foreground, the disturbance of the self-concept is regarded as the primary cause of personality disorders*

In order to describe and find reasons for narcissistic and borderline disorders it seems necessary, to illustrate the development and structure of the self. For this the author refers to theoretical concepts of self-psychology, object theory and empirical infant research in order to discuss and develop the conception of self within the person-centred approach in the light of these theories. We have to develop a topography of a structure of self for a model to found the self-experience.

Keywords: *Borderline disorder, narcissistic disorder, personality disorder, self, self-structure.*

1. Die Bedeutung des Selbst für die Begründung psychischer Störungen

Gesundheit und Krankheit sind keine in der Realität oder in der Natur des Menschen vorgegebenen Tatsachen, sondern Konstruktionen aufgrund unserer Bilder vom Menschen, von seinem Wesen und seiner Bestimmung. Der Krankheitsbegriff ist daher nicht nur in der Psychotherapie abhängig vom kulturellen Hintergrund, von unserer Tradition sowie vom wissenschaftlichen Diskurs, dem *talking about human*. Für die Psychotherapie gilt dies allerdings in einem besonderen Maße: Wir sind hier in der speziellen Situation, dass wir unseren Gegenstand, die Psyche oder das menschliche Erleben, nicht unmittelbar erfassen können, sondern auf theoretische Modelle zur Darstellung und Begründung der psychischen Phänomene angewiesen sind.

Bereits Rogers (1951a/1972, S.21) hat darauf hingewiesen, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie ein Produkt ihrer Zeit und ihres kulturellen Hintergrunds ist. Er hat Theorie stets als einen fehlerhaften, sich im Wandel befindlichen Versuch verstanden, der vor allem Anreiz für weiteres Denken darstellen sollte. Das heißt, dass es sich bei der Wissenschaft insgesamt um einen offenen Prozess handelt, der niemals abgeschlossen ist. So sind auch die Begriffe Gesundheit und Krankheit nicht nur dem kulturellen Wandel unterworfen, wie sich am Beispiel der Homosexualität oder der Psychopathien zeigt, sondern innerhalb unserer pluralistischen Gesellschaft gibt es auch unterschiedliche Konzepte vom Menschen und daher auch unterschiedliche Theorien über psychische Störungen, über ihre Bestimmung sowie Behandlung. Außerdem ist heute die Unterscheidung in „gesund“ und „krank“ relativiert worden, weil es ständig sowohl normale „gesunde“ Prozesse im Organismus

gibt, wie auch abweichende, „kranke“. Daher zielt die bestehende Definition der Weltgesundheitsorganisation auch auf das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen und nicht auf objektive, messbare Daten.

Aber nicht nur die Bestimmung dessen, was als „krank“ oder „abnormal“ eingestuft wurde, hat sich verändert, verändert haben sich auch die Zuordnungen und Klassifikationen. Früher waren es vor allem nosologische Gesichtspunkte, nach denen Störungen zusammengefasst wurden – also hinsichtlich ihrer Ursachen (Ätiologie) und der zugrunde liegenden Prozesse (Pathogenese). Neuere Einteilungen wie ICD-10 oder DSM-IV orientieren sich dagegen an deskriptiven Ansätzen, wonach die Störungsbilder nach der Ähnlichkeit ihrer Symptome (Syndrome) zusammengefasst werden, auch wenn sie unterschiedliche Entstehungsbedingungen und Verläufe aufweisen, wie etwa die depressiven Störungen.

Bei der Darstellung und Begründung der Persönlichkeitstheorie wie auch der Störungslehre des Person- bzw. Klientenzentrierten Ansatzes spielt das Selbstkonzept eine zentrale Rolle. Während neurotische Störungen auf die Inkongruenz von Selbstbild und organismischem Erleben zurückgehen, basieren die Persönlichkeitsstörungen wie die narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstrukturen vor allem auf Störungen des Selbst, die – wie noch zu zeigen sein wird – vor allem in frühen Phasen der Selbstentwicklung aufgetreten sind. Man spricht daher auch von „basalen“ oder „strukturellen Selbstpathologien“.

Aus diesem Grund erscheint es mir insbesondere für die Darstellung und Begründung der Persönlichkeitsstörungen notwendig, die Entwicklung des Selbst und dessen Strukturen differenziert zu beschreiben. Da die bisherige Konzeption des Selbst im Personenzentrierten Ansatz relativ allgemein und zum Teil widersprüchlich ist, habe ich versucht, entsprechende Konzepte der Selbstpsychologie, der Säuglingsforschung sowie der Objektbeziehungstheorie einzubeziehen, soweit sie mir als kompatibel mit den theoretischen Ansprüchen unseres Ansatzes erschienen sind (vgl. dazu auch Fröhlich-Gildhoff & Hufnagel, 1997; Schmidtchen, 1995). Obwohl Rogers den aus der Biologie entlehnten Metaphern des Wachstums und der Entwicklung große Bedeutung beimisst, sind die Bedingungen und Regeln, nach denen sich die Prozesse des Wachsens und der Entfaltung vollziehen, sowie die Strukturen auf denen sie basieren, weitgehend unklar geblieben.

Allerdings kann es dabei nicht darum gehen, diese Theorien eins zu eins zu übernehmen und in die Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie des Personenzentrierten Ansatzes einzubauen. Diese Gefahr ist nämlich durch das Fehlen differenzierter eigener Konzepte gegeben sowie durch den Druck, sich als wissenschaftliches Verfahren auszuweisen, wie man am Beispiel anderer Theorien feststellen kann.¹ Eine Diskussion zur Klärung der Fragen, welche Konzepte und Ansätze mit dem humanistischen Anspruch und dem Menschenbild der Personenzentrierten Psychotherapie sowie dem phänomenologischen Wissenschaftsverständnis kompatibel und

welche Kriterien dabei zu beachten sind, gibt es erst in Ansätzen (Iseli et al., 2002; Keil & Stumm, 2002; Schmid, 2003).

Ziel kann nur sein, die eigenen genuin personenzentrierten Konzepte im Lichte dieser Theorien zu diskutieren und weiterzuentwickeln. Außerdem ist es notwendig, sich mit diesen genannten Theorien, wie etwa den Annahmen der Säuglingsforschung oder der Selbstpsychologie, kritisch auseinander zu setzen. So ist der „Säugling“ der Säuglingsforschung ebenfalls eine Konstruktion, die aus den Beobachtungen von Erwachsenen abgeleitet worden ist und keine empirische Gegebenheit. Wie G. Bittner (1995, S. 168) anmerkt, „führt uns die mit viel methodologischem Getöse ins Werk gesetzte empirische Säuglings- und Kleinkindforschung moderner Provenienz keineswegs die früheste Lebensphase vor Augen, ‚wie sie wirklich ist‘, sondern landet flugs in einer neuen Kindheitskonstruktion: der des ‚kompetenten Säuglings‘“. Beobachtungen können uns nichts über die „psychische Realität“ oder das Innenleben des Säuglings sagen, sondern wir können nur über Analogien aus unserem eigenen Erleben auf das Erleben des Säuglings schließen, mit allen Vorbehalten, die sich aus der Übertragung des Erlebens Erwachsener auf den Säugling ergeben. Auch Daniel N. Stern (1985/1992, S. 16) schreibt: „Weil wir die subjektive Welt in der der Säugling lebt, selbst nicht kennen, müssen wir uns diese Welt [...] ‚ausdenken‘, wir müssen sie erfinden.“ Im Unterschied zu den Annahmen von T. S. Kuhn (1970/1989), wonach ein Paradigma, also ein Set von Überzeugungen, Theorien, Methoden und institutionellen Rahmenbedingungen zur Lösung von Problemen, abgelöst und ersetzt wird durch ein anderes, für die Lösung von Problemen besser geeignetes Paradigma, ist eher davon auszugehen, dass neue Paradigmen meist auf vorhergehenden aufbauen und Elemente daraus übernehmen.

Die Krankheitsbilder der narzisstischen und Borderline-Störungen wurden von mir auch deswegen zur Darstellung der Bedeutung störungsspezifischer Konzepte in der Personenzentrierten Psychotherapie ausgewählt, weil sie einerseits in der Diskussion psychischer Störungen einen immer breiteren Raum einnehmen und hier andererseits Kenntnisse über Entwicklung, Symptomatik und Psychodynamik sowie der zugrundeliegenden Strukturen in besonderer Weise hilfreich sind. Denn gerade diese Klienten² stellen oft eine besondere Herausforderung dar. Von vielen Autoren, die sich mit diesen Störungsbildern beschäftigt haben, wird betont, dass es notwendig ist, das therapeutische Vorgehen sowie das Beziehungsangebot zu erweitern, um vor allem die Fehlanpassungen im Bereich des

1 Vgl. dazu die Bestrebungen, biologisch-naturwissenschaftliche Konzepte wie die Neuropsychologie oder die Systemtheorie für die Erklärung organismischer Prozesse und Strukturen heranzuziehen, ohne die Frage zu klären, wie die damit verbundenen Gegenstandsbestimmungen und Wirklichkeitskonstruktionen mit der phänomenologisch-existenzialistischen Sichtweise des Personenzentrierten Ansatzes vereinbar sind (vgl., Kriz, 1999; Biermann-Ratjen et al., 1995).

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden abwechselnd die weibliche und männliche Form verwendet, wobei jeweils beide Geschlechter gemeint sind.

Beziehungsverhaltens, der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Interpretation von sozialen Situationen zu verändern (Swildens, 1991, 1994; Eckert et al., 2000; Finke & Teusch, 2001; Finke, 2004; Reinert, 2004; Sachse, 2004).

Insbesondere seit dem Erscheinen der Arbeiten von Heinz Kohut (1971/1973) und Otto F. Kernberg (1975/1978) haben die Konzepte des Narzissmus und der Borderline-Störungen eine Renaissance erfahren. Durch ihre Beiträge hat sich das Verständnis für diese Störungsbilder erweitert und damit hat auch deren Bedeutung für die psychotherapeutische Diskussion sowie für die klinische Praxis zugenommen. Dies lässt sich auch an der steigenden Zahl der Publikationen zu diesem Thema ablesen. Auch die Störungslehre von Rogers orientiert sich primär an der Selbstwertproblematik und der positiven Anerkennung durch den Anderen. Auf die Gemeinsamkeiten von Selbstpsychologie und Personzentriertem Ansatz wurde bereits mehrfach hingewiesen (Kahn, 1989; Bohart, 1991; Tobin, 1991; Stumm, 2001).

Hinzu kommt, dass es auch tatsächlich zu einer Zunahme dieser Störungsbilder in den letzten Jahrzehnten gekommen sein dürfte, und zwar aufgrund von gesellschaftlichen Veränderungen, wie der Auflösung der traditionellen Familienstrukturen, des Wandels in den Rollenbildern, der Unsicherheit und oft Überforderung der Eltern hinsichtlich der pädagogischen Orientierung, des Einflusses der Medien und vor allem der Werbung auf die Wünsche und Bedürfnisse der Heranwachsenden und nicht zuletzt aufgrund der Unsicherheit hinsichtlich der beruflichen und ökonomischen Perspektiven. Es fehlen zunehmend stabile soziale Strukturen und überschaubare gesellschaftliche Normen und Werte, was die Ausbildung eines kohärenten Selbst erschwert.

2. Entwicklung des Selbst

Das Selbst ist nach Rogers (1959a/1987, S. 26f) das bewusste oder bewusstseinsfähige Bild von der eigenen Person und ihren Beziehungen zur Umwelt sowie den damit verbundenen Bewertungen. Es gründet auf der Tendenz des Individuums nach Entwicklung und Differenzierung sowie der Fähigkeit, einen Teil seines Erlebens wahrzunehmen und zu symbolisieren und damit die Bewusstheit des eigenen Seins und Wirkens zu erlangen. „Wenn das Kleinkind die Interaktion mit seiner Umgebung aufnimmt“, schreibt Rogers (1951a/1972, S. 430), „fängt es an, Konzepte über sich selbst in Beziehung zur Umgebung zu bilden. Zwar sind diese Konzepte nicht-verbal und dem Bewusstsein vielleicht nicht gegenwärtig, aber das hindert sie nicht daran, als leitende Prinzipien zu funktionieren.“

Aufgrund des Bedürfnisses des Kindes nach positiver Beachtung und der Abhängigkeit von den Erwachsenen ist es bestrebt, sein Verhalten nach diesen Erwartungen auszurichten, was dazu führt, dass es Teile des eigenen organismischen Erlebens unterdrücken

oder verfälschen muss. Das heißt, es kommt zur Unvereinbarkeit, zur *Inkongruenz*, von organismischer Erfahrung und Selbstbild. Gewisse Erlebnisse, die im Widerspruch zum Selbst stehen, werden nicht exakt symbolisiert und daher nicht bewusst wahrgenommen. Um die Selbststruktur aufrecht zu erhalten, müssen vom Organismus Maßnahmen getroffen werden, die inkongruenten Anteile der Erfahrung auszuschließen. Damit wird das Individuum seinen natürlichen organismischen Erlebnissen entfremdet, was zu Spannungen, Unsicherheit und Ängsten führt.

Bei diesem Inkongruenz-Modell handelt es sich um einen begrifflichen Raster, um eine Folie, auf der die Phänomene von psychischer Fehlanpassung aufgetragen und interpretiert werden, auch wenn bei Rogers und in der Psychotherapie insgesamt manchmal der Eindruck entsteht, dass es sich dabei um reale Gegebenheiten handelt. Es geht jedoch nicht darum, die „Realität“ möglichst genau abzubilden, sondern es geht um die Frage, ob unsere Begriffe und Konzepte geeignet sind, die Entwicklung der Person sowie die dabei auftretenden psychischen Störungen und Fehlanpassungen darzustellen und zu erklären, und zwar auf der Basis unseres Menschenbildes, also der philosophisch-anthropologischen Grundannahmen.

Gerade bei der Darstellung der Persönlichkeitsstörungen müssen wir davon ausgehen, dass es sich beim Selbst um komplexe Strukturen und Prozesse handelt, die nur zum Teil symbolisiert und dem Bewusstsein zugänglich sind. Die Annahme Rogers' (1959a/1987, S. 26), dass es sich beim Selbst um eine organisierte, in sich geschlossene, kohärente Gestalt handelt, ist offensichtlich der Tendenz nach im Menschen angelegt, als Bedürfnis nach innerer Einheit und Integrität. Daher werden auch die mit diesem Selbstbild inkompatiblen Anteile aus dem Bewusstsein ausgeschlossen. Aber diese abgewehrten Anteile bleiben trotzdem wirksam und beeinflussen oder bedrohen unser Selbsterleben und bestimmen unser Handeln. Auch Rogers betont, wie bereits gezeigt wurde, dass das Kleinkind früh beginnt, Konzepte über sich selbst und über seine Umgebung zu bilden, die vorerst nicht-verbal und dem Bewusstsein nicht gegenwärtig sind. Aber wie sich gerade am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstrukturen zeigt, gibt es auch im Bereich des bewussten oder bewusstseinsfähigen Selbst unvereinbare Anteile, die durch einen Abwehrvorgang, den man als „(Ab-)Spaltung“ bezeichnen muss, voneinander isoliert werden, um die Desintegration des Selbst zu vermeiden. Im Unterschied zur Abwehr von organismischem Erleben vom Bewusstsein, wie sie von Rogers konzipiert worden ist, handelt es sich bei der „Spaltung“ um eine vertikale Schranke zwischen unvereinbaren psychischen Dispositionen im Selbst, die durch Verleugnung der jeweils abgewehrten Anteile aufrecht erhalten wird.

Aufgrund dieser Problematik findet Stefan Schmidtchen (1993, S. 198) den Begriff „Selbstkonzept“ irreführend, als er suggeriert, dass es ein einheitliches zusammenhängendes Konzept gibt. „Dies stimmt nicht“, wendet er dagegen ein, „denn das Selbstkonzept

besteht – insbesondere bei Kindern – aus einer Fülle von Teilkonzepten, die darüber hinaus noch sehr unterschiedlich entwickelt sein können. – Zu ergänzen ist auch, dass sich alle Teilkonzepte des Selbst durch den permanenten Gewinn neuer Erfahrungen verändern können, sodass man nie von einer endgültigen bzw. abgeschlossenen Konzeptbildung ausgehen kann.“ Er fordert daher, dass eine personenzentrierte Störungslehre im Wesentlichen eine Lehre der lebensgeschichtlichen Entwicklung der Selbstpathologien sein sollte, wobei die Kenntnis von alterstypischen kindlichen Entwicklungsaufgaben wichtig ist, weil die dabei entstehenden internalisierten Schemata bzw. „Urmuster“ markante Stufen der Selbstentwicklung darstellen.

Entwicklung eines vorsprachlichen Selbst

Allen genannten Theorien ist gemeinsam, dass das Selbst nicht von Beginn an existiert, sondern dass es sich im Rahmen der Interaktion des Kindes mit der Umwelt entwickelt und auf der dem Organismus innewohnenden Tendenz zur Differenzierung basiert. Lange bevor der Säugling sich selbst als Person wahrnimmt, sammelt er eine Reihe von sensorischen Eindrücken auf verschiedenen Ebenen, sowohl aus dem Körperinneren als auch in Form von Außenreizen. Dabei spielen vor allem die Haut und der Tastsinn sowie in der Folge die Augen und das Gehör eine Rolle. Diese vorerst durch Körperempfindungen bestimmten Gewährwurdungen werden zunehmend mit den Wahrnehmungen der äußeren Situation verbunden und zu Bruchstücken oder Vorläufern des Selbstbildes. Daniel Stern (1985/1992) spricht vom auftauchenden Selbsterleben, wobei es zu einzelnen isolierten Empfindungen, so genannten „Inseln“ kommt. „Mit dem ‚Selbst‘, das empfunden wird, meine ich ein invariantes Gewährseinsmuster, das nur anlässlich der Aktivitäten und psychischen Vorgänge des Säuglings zum Vorschein kommt. Ein invariantes Gewährseinsmuster ist eine Organisationsform. Es ist das organisierende, subjektive Erleben dessen, was wir später verbal als das ‚Selbst‘ bezeichnen“ und es „ist das präverbale, existentielle Pendant zu dem objektivierbaren, selbstreflexiven, verbalisierbaren Selbst“ (ebenda, S. 20). Dabei spielen vor allem Körperempfindungen eine Rolle, verbunden mit dem Erleben von Lust und Unlust.

Nach der Trennung vom Mutterleib, wo die körperlichen Bedürfnisse des Kindes automatisch erfüllt werden, muss es nun seine Not kundtun. Dieser Schritt einer ersten körperlichen Abgrenzung verbunden mit einer homöostatischen Krise erfordert neue Formen der Anpassung und des Zusammenspiels zwischen Mutter und Kind. Durch die Unterbrechung des Kreislaufes von Körperbedürfnis und Befriedigung kommt ein neuer Aspekt in das Wechselspiel; das Kind muss seine Bedürfnisse einbringen; es muss sich artikulieren. Diese Artikulation des Kindes in Form von Weinen oder Schreien und die damit einhergehenden motorischen Äußerungen sowie die Art der Befriedigung durch die Bezugspersonen werden allmählich im Selbst

repräsentiert, d. h. sie erlangen eine Form der Gewährwurdung. Daraus entstehen unterschiedliche Bilder von Interaktionssequenzen, die zum Teil mit lustvollen emotionalen Erfahrungen verbunden sind, wie etwa dem Stillen oder anderen körperliche Zuwendungen, und die zum Teil mit schmerzlichen Gefühlen assoziiert sind, wie solchen, wenn das Schreien lange Zeit unbeantwortet bleibt oder wenn das Stillen abrupt beendet wird. Diese Interaktionserfahrungen sind auch bestimmt durch die gesellschaftlich vorgegebene Praxis der Kindererziehung sowie der Mutterrolle, wie sie auch in der Sprache niedergelegt sind (Lorenzer, 1972; Spielhofer, 2001).

Es bilden sich „sensomotorische Schemata“, wie Piaget (1959/1969, S. 378f) schreibt, in denen sensorische, motorische und affektive Komponenten zu einer Repräsentanz verschmolzen sind. Daniel Stern (1985/1992, S. 143) bezeichnet sie als „Repräsentationen von Interaktionen, die generalisiert werden“, kurz „RIGs“ genannt. Aufgrund lustvoller oder unlustvoller Erfahrungen werden diese Schemata von Interaktionssequenzen mit den Gefühlen der Befriedigung und Enttäuschung, Entspannung und Spannung, Zuneigung und Wut gekoppelt. Dies bedeutet auch, dass es getrennt wahrgenommene und gespeicherte Bilder der Mutter³ oder anderer Bezugspersonen gibt, und zwar als Resultat von sehr divergierend wahrgenommenen Verhaltenssequenzen etwa einer „guten“ (zugewandten, versorgenden) und einer „bösen“ (versagenden) Mutter, wie dies auch schon von Melanie Klein (1962) beschrieben worden ist. Diese Aufspaltung in „gute“ und „böse“ Objekte oder (Anteile der) Bezugspersonen kann später nur überwunden werden, wenn die Versagungen und die dadurch ausgelösten Hassgefühle nicht zu groß sind. Diese „Spaltung“ ist eine frühe Form der Abwehr, um die positiven Anteile vor den zerstörerischen, negativen Anteilen zu schützen, in einer Phase, in der das Selbst noch nicht kohärent und stabil genug ist, um die unterschiedlichen Anteile zu integrieren und synthetisieren.

In diesen ersten Beziehungserfahrungen entwickelt das Kleinkind auch die Fähigkeit zur Affektregulierung. Durch die Spiegelung des Ausdrucksverhaltens und der damit verbundenen Gefühle lernt das Kind über die Reaktionen der Eltern seine Gefühle wahrzunehmen und zu bewerten. Vor allem dadurch, dass die Mutter die Gefühlsäußerungen des Kleinkindes mimisch und vokal spiegelt und später auch benennt, so etwa, wenn sie das freudige Lächeln des Kindes ebenfalls mit einem Lächeln beantwortet oder Erstaunen und Ärger wiedergibt, lernt das Kind erst, die Gefühle wahrzunehmen. Wenn vonseiten der Mutter das einführende Verständnis der kindlichen Emotionen fehlt, diese Affektspiegelung nur mangelhaft stattfindet, kann auch das Kind nur schwer seine Gefühle differenziert wahrnehmen und später symbolisieren, und auch die Affektregulierung ist dadurch erschwert. Außerdem werden durch diese spiegelnden emotionalen Antworten, nicht nur die Voraussetzungen

3 Der Begriff „Mutter“ wird hier als Kürzel für „primäre Bezugsperson“ verwendet.

für eine differenzierte Wahrnehmung und Identifizierung der Gefühle geschaffen, sondern es kommt zur Ausbildung von *sekundären emotionalen Repräsentationen*, also nicht auf unmittelbaren körperlichen Empfindungen beruhenden Erfahrungen, die der Affektregulierung und der Impulskontrolle dienen (Fonagy et al., 2002/2004).

Die emotionalen Äußerungen des Säuglings und die darauf folgenden spiegelnden mimischen und vokalen Antworten der Mutter werden in der Wahrnehmung des Kindes miteinander Verknüpft. Dieser emotional-kommunikative Austausch, der gemeinsame „Tanz“, wie Stern (1985/1992) schreibt, führt dazu, dass das Kleinkind die Affektspiegelung der Mutter als beruhigend und positiv registriert. Dadurch wird die Grundlage für die Wahrnehmung der eigenen Person als regulierender Akteur, als „Urheber“ der positiven Erfahrungen geschaffen. Daneben ist es auch wichtig, dass die mütterliche Bezugsperson die Artikulation der Bedürfnisse des Säuglings angemessen beantwortet und dadurch starke Angst- und Spannungszustände vermeidet. Diese äußere Gefühls- und Bedürfnisregulation in der vorsprachlichen Zeit, bezeichnet Winnicott (1953/1969) als „holding function“. Dadurch lernt das Kind ebenfalls, dass es Fürsorge und Trost beim Partner hervorrufen kann und erwirbt ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit und fühlt sich nicht hilflos und ausgeliefert.

Wenn diese Affektspiegelungen aber nicht kongruent sind und die Mutter die Gefühle des Säuglings falsch interpretiert oder nicht angemessen wiedergeben kann, weil sie von den eigenen Emotionen beherrscht wird, wie z. B. großer Unsicherheit oder Ablehnung, so wird das Kleinkind diese emotionalen Äußerungen ebenfalls mit seinen Empfindungen verknüpfen. Damit wird allerdings eine verzerrte sekundäre emotionale Repräsentation aufgebaut und die organismische Erfahrung falsch symbolisiert. Hier spielt auch die Regulierung negativer Affekte eine Rolle, wie sie Wilfried R. Bion (1970) in seinem Konzept des *Containment* beschrieben hat. Dabei greift die Mutter nicht nur die Emotionen – vor allem die negativen – auf und beantwortet sie, sondern sie verändert sie so, dass sie für das Kind erträglicher werden. *Containment* ist also eine Form der Regulierung negativer Emotionen, die von der Mutter vorgenommen und vom Kind allmählich internalisiert wird. So kann die Mutter die Wut des Kleinkindes in ihrem Gesichtsausdruck wiedergeben, aber durch die Stimme zunehmend Beruhigung signalisieren. Dadurch ist es möglich, heftige Affekte so zu regulieren, dass sie erträglicher und bewältigbar werden.

Zwischen dem zweiten und sechsten Lebensmonat bildet sich nach Daniel Stern (1985/1992, S. 104f) so etwas wie das Empfinden eines Kern-Selbst aus als Grundlage für alle differenzierteren Selbstempfindungen, die sich später entwickeln. Dieses Kern-Selbst zeichnet sich erstens dadurch aus, dass sich das Kleinkind allmählich als Urheber der eigenen Handlungen empfindet, sowie zweitens durch das Empfinden einer *Selbst-Kohärenz*, d. h. das Empfinden ein abgegrenztes körperliches Ganzes zu sein. Drittens ist das Kern-Selbst charakterisiert durch die *Selbst-Affektivität*, d. h.

durch das Empfinden der eigenen inneren Gefühlserlebnisse, die Teil der Selbsterfahrung sind, und viertens schließlich durch die *Selbst-Geschichtlichkeit*, durch das Erleben der zeitlichen Kontinuität der eigenen Handlungen und Empfindungen. Peter Fonagy et al. (2002/2004, S. 210ff) unterscheiden in der Entwicklung des Selbst in ähnlicher Weise folgende Stufen: In den ersten sechs Monaten lernt das Kleinkind sich als physischer Urheber seiner Handlungen zu erleben (*self as physical agent*); in einer weiteren Stufe (etwa ab dem neunten Monat), erlebt es seine Handlungen als zielgerichtet (*self as teleological agent*) und erst mit eineinhalb Jahren werden psychische Prozesse als Ursachen für Handlungen ausgemacht (*self as intentional mental agent*). Damit entsteht ein mentalistisches Weltbild, das ab vier Jahren von einem repräsentativen Weltbild abgelöst wird (*self as representational agent*). Kinder unterlegen den Verhaltensweisen jetzt nicht nur psychische Ursachen, sondern sie wissen auch bereits, dass psychische Erlebnisse nicht direkte Abbilder der Welt sind, sondern Repräsentationen der Welt, die sie selbst hervorbringen, d. h. subjektive Gebilde, die bei anderen anders sein können. Gerade für das Verständnis von Borderline-Störungen ist diese Differenzierung von Bedeutung, da diese Personen zwar die Verhaltensweisen als zielgerichtet erleben, aber sie nicht mental-repräsentationalen Zuständen zuordnen können.

In seiner Wahrnehmung, seinem Handeln und seiner Emotionalität erlebt sich das Kind zwar ab dem sechsten Lebensmonat von seiner Mutter getrennt, als unterschiedenes Selbst, aber noch immer in einer Symbiose lebend. In dieser Dyade erlebt und repräsentiert das Kleinkind die mütterliche Bezugsperson noch als notwendig zu ihm gehörig: es benötigt die Mutter sowohl für seine Körperbedürfnisse, als auch für die Entwicklung des Selbst, als *Selbst-Objekt* im Sinne Heinz Kohuts (1971/1973), und zwar zur Beruhigung und Tröstung, zur Affektspiegelung und Regulation des Selbstwertgefühls.

Durch die leidvolle Erfahrung, dass die Personen und Gegenstände der Umgebung nicht in gleichem Maße seinem Willen gehorchen wie die eigenen Körperteile oder die eigene Stimme lernt das Kleinkind zwischen Selbst und Umgebung, zwischen „Ich“ und „Nicht-Ich“ zu unterscheiden. „Unter all den Vorgängen innerhalb seines Lebensraumes“, schreiben Rogers und Wood (1974/1977, S. 120), „unterscheidet das Kleinkind allmählich Erfahrungen, die sein ‚Ich‘ betreffen. Langsam bildet sich eine zusammenhängende, strukturierte Vorstellungswelt heraus. Die Wahrnehmungen dieses ‚Ich‘ sind die Figur, und die Wahrnehmungen der Beziehungen dieses ‚Ich‘ zur Außenwelt und zu anderen sind der Hintergrund.“

Der Erwerb der Fähigkeit zwischen der eigenen Person und der Umwelt, zwischen dem „Ich“ und „Nicht-Ich“ zu unterscheiden sowie die Integration der unterschiedlichen Aspekte des Selbsterlebens ist ein wesentlicher Schritt für die Ausbildung eines konsistenten Selbstbildes. Vor allem mit der Fähigkeit des Kindes, sich selbst zum Wahrnehmungs- und Denkobjekt zu machen, mit der Fähigkeit der Selbstreflexion, ist es möglich, sich als von anderen

unterschieden zu erleben, die eigenen Wünsche und Gefühle von denen der Bezugspersonen zu trennen, sich als autonomes und selbstbestimmtes Individuum zu erleben. Dies ist die Voraussetzung für Identitätsbildung.

Die Vorstellungswelt des Kindes, die sich aus den Wahrnehmungen des „Ich“ im Rahmen der Interaktion mit der Umwelt ausbildet, enthält aber nicht nur die Bewertungen und Verhaltenserwartungen der Umwelt, sondern auch das Bild, das wir uns von uns selbst machen. Unser *Selbstbild* übernehmen wir zu einem wesentlichen Teil von den Reaktionen der anderen. Diese Anderen, die relevanten Bezugspersonen, stellen eine Art Spiegel für uns dar, in dem wir uns wahrnehmen. Das internalisierte Bild der Bezugsperson, die das Erleben des Säuglings widerspiegelt, wird zu einem wesentlichen Aspekt bei der Konstituierung des Selbst. So hat vor allem Kohut (1971/1973, S. 130) die Bedeutung des Gesichts der Mutter als Spiegel für die Ausbildung des Selbst im Kleinkindalter betont, „der Glanz in den Augen der Mutter“ ist für die Ausbildung eines positiven Selbstgefühls von wesentlicher Bedeutung. Auch für den Psychoanalytiker Donald W. Winnicott (1971/1985, S. 128f) sind die ersten Selbstwahrnehmungen des Kindes die Spiegelungen dessen, was es in den Augen der Mutter sieht. Die einfühlsame Mutter ist in der Lage, den Blick des Kindes zu bestätigen, ihm Wärme und Geborgenheit zu vermitteln. Sie kommt dem Bedürfnis des Kindes empathisch entgegen. Im negativen Fall sieht das Kind Abwehr und Ablehnung; das Gesicht der Mutter ist ohne Antwort, der Spiegel bleibt leer.

Das Selbst kann sich nie unmittelbar erfahren; es bedarf eines relevanten Anderen, um sich selbst erkennen zu können. Insbesondere in der Begegnungsphilosophie wird die Bedeutung des Anderen für die Konstituierung des Selbstverständnisses betont (Levinas, 1983; Schmid, 1994). Auch in der Existenzphilosophie wird die Bedeutung des Anderen für die Konstituierung des Selbst hervorgehoben. So schreibt Jean-Paul Sartre (1943/1980, S. 148), dass wir uns nur in dem Maße bewusst werden, in dem wir von anderen wahrgenommen werden; erst durch den Blick des Anderen vermag sich ein Subjekt soweit auf sich zu beziehen, dass es zu einem Bewusstsein von sich selbst gelangt. Dadurch sind wir jedoch gleichzeitig der Entfremdung ausgesetzt, da sich unser Selbstbewusstsein im Horizont der Wahrnehmung und Bewertung des Anderen konstituiert.

In der ersten symbiotischen Phase, in der das Kind vor allem in der Einheit mit der Mutter aufgehoben ist, kommt es durch die Aufeinanderfolge von Befriedigung und mäßiger Versagung zur Strukturierung des Selbst. Durch die zunehmende Mobilität am Ende des ersten Jahres entsteht eine gewisse räumliche Trennung zwischen Mutter und Kind. Mahler (1968/1983, S. 25) führt aus, dass, je besser die symbiotische Phase durchlaufen werden konnte, umso besser das Kind nun imstande ist, diesen symbiotischen Umkreis zu verlassen und Schritte in Richtung Autonomie zu setzen.

Während es bisher Bilder von sich wiederholenden Interaktionssequenzen gespeichert hat, erwirbt es nun zunehmend Repräsen-

tationen der Dinge im Raum und erfährt die Wirkung seiner Aktivitäten. Wenn allerdings die Zuwendung der Mutter, d. h. ihre Spiegelfunktion, während der frühkindlichen Periode unberechenbar, unsicher, angsterfüllt oder feindselig ist, wenn ihr Vertrauen zu sich selbst als Mutter schwankend ist, dann muss das Kind in der Phase der ersten Ablösung ohne einen verlässlichen Bezugsrahmen für die wahrnehmungs- und gefühlsmäßige Rückversicherung bei seinem symbiotischen Partner auskommen. (Ebenda, S. 25) Bei dieser Ablösungsphase muss das Kind darauf vertrauen können, dass die Mutter weiterhin verfügbar ist. Wenn die mütterliche Bezugsperson das Kind dabei überfordert und zu sehr sich selbst überlässt oder wenn sie es zu sehr beschränkt, weil es ihr schwer fällt, ihrerseits die symbiotischen Wünsche aufzugeben, so wird das Kind seine Expansionsbestrebungen zurücknehmen.

Mit der zunehmenden Mobilität des Kleinkindes wendet es sich vermehrt der Umgebung zu und exploriert sie. Beim spielerischen Umgang des Kindes mit den Dingen der Umgebung kommt es zur externen Darstellung seiner Bedürfnisse und inneren Zustände. Ähnlich wie bei der Affektspiegelung in den ersten Lebensmonaten kommt nun dem Umgang und den Kommentaren der Erwachsenen bei diesen kindlichen Spielhandlungen eine wesentliche Rolle zu. Während in der Phase der Affektspiegelung das Bild, das das Kind im Gesicht der Eltern von sich vorfindet, gespeichert wird, sind es jetzt die Kommentare und Reaktionen zu seinen Spielfiguren und den darin zum Ausdruck kommenden externalisierten Selbstzuständen, die verinnerlicht werden und die ebenfalls eine affektregulierende und selbstorganisierende Funktion haben. Wichtig dabei ist, dass die Kommentare der Eltern ebenfalls in einem spielerischen Modus gegeben werden; spielt das Kind zum Beispiel „Vater Bestrafen“ und schlägt spielerisch auf ihn ein und der Vater reagiert mit realem Ärger und beschimpft das Kind, so wird aus dem Spiel Ernst, und der Kommentar des Vaters hat nicht zur Regulierung des aggressiven Impulses beigetragen, sondern zu dessen Eskalation. Reagiert der Vater darauf aber spielerisch, im „Als-ob-Modus“ indem er bittet, ihn nicht mehr zu bestrafen und verspricht brav zu sein, vermittelt er dem Kind, dass man spielerisch mit eigenen Impulsen und Wünschen umgehen kann, ohne dass sie Auswirkungen auf die Realität haben. Damit lernt das Kind zwischen Phantasien und Wünschen, d. h. Repräsentationen einerseits und realen Handlungen andererseits, zu unterscheiden (Dornes, 2005, S. 74; Fonagy et al., 2002/2004, S. 270f).

Symbolisierung und Entwicklung eines bewusstseinsfähigen Selbst

Ein wesentlicher Schritt für die Entwicklung des Selbst stellt die Mentalisierung dar. Darunter wird die Fähigkeit verstanden, Repräsentationen des eigenen Interaktionsverhaltens sowie auch Repräsentationen über das der anderen zu bilden und mit Vorstellungen über das zugrunde liegende Erleben zu verknüpfen, also zu

„lesen“, was bei sich selbst und in anderen vorgeht. Dadurch wird das Verhalten verstehbar und vorhersehbar (Fonagy et al., 2002/2004). Diese Fähigkeit zur Selbstreflexion ist auch Grundlage dafür, zwischen innerer und äußerer Realität, zwischen Phantasie und Wirklichkeit zu unterscheiden. Diese Mentalisierungs- und Reflexionsprozesse werden erschwert, wenn die Antworten der Bezugspersonen nicht die Gefühle des Säuglings widerspiegeln. Das Kleinkind spürt, dass es nicht richtig erkannt und anerkannt worden ist und fühlt sich unsicher und leer, da kein direkter Bezug zum organismischen Erleben besteht. Damit ist die Beziehung zwischen organismischem Erleben und sekundärer Repräsentation des Erlebens nicht kongruent, und es kommt zu einer verzerrten Symbolisierung. Das Kind kann sein eigenes Erleben nicht angemessen wahrnehmen und verstehen, und es entsteht, wie Rogers (1959a/1987, S. 52) betont, eine grundlegenden Entfremdung des Individuums. Winnicott (1971/1985, S. 38) stellt dazu fest, dass der Säugling, der sich selbst in der Mutter nicht findet und stattdessen die Mutter findet, gezwungen ist, das Erleben der Mutter als Kern seines Selbst zu internalisieren. In diesem Fall bleibt das internalisierte Gegenüber den Strukturen des konstitutionellen Selbst fremd, es kommt zu einem *falschen Selbst*.

Ein wesentlicher Aspekt dabei ist die Symbolisierung, die Benennung von Situationen, Handlungen sowie von Personen und Gegenständen, da erst damit differenzierte und verfügbare Repräsentationen gebildet und miteinander in Beziehung gesetzt werden können. Die Interaktionssequenzen, die bisher als sensomotorische Erfahrungen repräsentiert sind, sowie Personen und Gegenstände werden nun mit Lauten verbunden und in die Interaktion eingeflochten. Dabei werden diese sprachlichen Symbole der „Muttersprache“ mit bestimmten Personen oder Handlungen verschmolzen und diese damit benannt. Sprache wird zwischen den Eltern und dem Kind ausgehandelt, sie existiert nicht unabhängig davon. Durch diesen für den Spracherwerb grundlegenden Vorgang der Prädikation kommt es zur Bildung von Symbolen und Begriffen auf der Basis von dialogischen Prozessen. Die sprachlichen Begriffe, die von der Sprachgemeinschaft bereitgestellt werden, sind nicht nur Zeichen, die den Dingen oder Situationen angeheftet werden, um sie benennbar und mitteilbar zu machen, sondern sie konstituieren auch unser Erleben. Mit der Semantik und Syntax unserer Sprache erwerben wir auch die Weltsicht, d. h. die Art der Wahrnehmung und die Interpretation der Dinge.

Dadurch erhält das Kleinkind neue Möglichkeiten, mit anderen in Beziehung zu treten. Aber es erfährt auch die Differenz zwischen dem bildhaften und vielfältigen Selbsterleben und den abgrenzenden sprachlichen Begriffen, zwischen nonverbalem und verbalem, subjektiven und objektivem Erleben. Nicht alles Erlebte kann in Sprache wiedergegeben werden, teils weil die Worte fehlen und teils, weil gewisse Erfahrungen aus der gemeinsamen Kommunikation ausgeschlossen, *exkommuniziert* werden. Das ursprüngliche Erleben „kann zerrissen oder einfach unzugänglich dargestellt

werden, so dass es sich entzieht und eine kaum verstandene Existenz unter falschem Namen führt“ (Stern, 1985/1992, S. 248). Dadurch erlebt das Kind erstmals sein Selbst als nicht mehr einheitlich und geschlossen und es spürt, dass diese Differenz nicht mehr aufgehoben werden kann.

Als fünfte und letzte Stufe setzt Stern die Entwicklung eines „narrative sense of self“ an, die etwa ab dem dritten Lebensjahr einsetzt. Dabei handelt es sich um die Fähigkeit, die eigene Geschichte darzustellen und sich dabei als Handelnder bzw. Urheber seiner Geschichte zu begreifen. Durch die Sprache kann das Kind sich und anderen die eigenen Erfahrungen erzählen und bewusst variieren und neue Realitäten generieren. Dies gelingt, wenn das Kind die Möglichkeit hatte, entsprechende Interaktionserfahrungen zu machen und sich dabei als kohärent und in seiner Kontinuität zu erleben. Das Leben wird nicht mehr als Folge von kurzen Sequenzen oder Verhaltensweisen erlebt, sondern in längeren Abschnitten, wobei Ereignisse in Verbindung zueinander gebracht werden. Das Kind versucht dabei, Erklärungen für das zu finden, was geschieht. Damit bildet es Strukturen und Konzepte über sich und die Umwelt und schreibt ihnen Bedeutungen zu.

Es entstehen somit zwei Welten; eine die unmittelbar erlebt wird, und eine, die in Geschichten erzählt wird. Die unmittelbar erlebte Welt ist nie greifbar und stellt am ehesten dar, was William James (1909) als den Bewusstseinsstrom bezeichnet, ähnlich einem Traum oder primärprozesshaften Geschehen. Die beiden Welten wirken ständig aufeinander ein, wie etwa im Traum; Erleben, Denken, Fühlen und Handeln gehen ineinander über. Aufmerksamkeit und Bewusstsein selektieren, ordnen und strukturieren, sodass die erlebte Welt als geordnete erscheint.

3. Persönlichkeitsstörungen

Die Störungsbilder, die derzeit unter den Begriff der „Persönlichkeitsstörungen“ subsumiert werden, haben eine wechselvolle Geschichte und können in besonderer Weise als Beispiel für die Kulturabhängigkeit der Bestimmung von Krankheit oder Abnormität dienen. In den psychiatrischen Handbüchern der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts wurden sie als abnorme oder psychopathische Persönlichkeiten oder Charakterstörungen beschrieben und eher als asoziale Varianten von Persönlichkeiten dargestellt, die sich schwer in die Gemeinschaft einordnen können, denn als Kranke eingestuft (Schneider, 1928). Die Schwierigkeiten bei der Abgrenzung, die meist fehlende Krankheitseinsicht der Betroffenen und die geringen Behandlungserfolge machten sie zu einem Ärgernis der psychiatrischen Zunft.

In der Psychoanalyse werden sie als „Charakterneurosen“ bezeichnet, ein Begriff, der auf Wilhelm Reich (1945/1973) zurückgeht. Er hat damit die psychoneurotische Ausformung der gesamten Persönlichkeit bezeichnet, bei der im Unterschied zu den

Neurosen keine isolierbaren Symptome auftreten sondern die sich durch auffällige und starre Charakterzüge und Verhaltensmuster auszeichnen. Solche rigiden Charakterstrukturen dienen vor allem der Abwehr von Triebimpulsen und den damit verbundenen Ängsten und Schuldgefühlen. Diese Form der Störung betrifft insbesondere auch die Ich-Funktionen wie Trieb- und Affektregulation sowie die Beziehungsfähigkeit.

Der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ kommt aus dem Amerikanischen und stellt eine Übersetzung der Bezeichnung *personality disorder* dar. Im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (herausgegeben von der American Psychiatric Association of Mental Hospital Service, 1952) wurden darunter drei Gruppen psychischer Störungen zusammengefasst: a) schizoide, zylothyme und paranoide Persönlichkeitsstrukturen; b) emotional instabile und anankastische Charaktere und c) antisoziale Persönlichkeiten und sexuelle Perversionen sowie Suchtkranke. Der Begriff der Persönlichkeitsstörung tritt in der amerikanischen Literatur an die Stelle des klassischen mitteleuropäischen Psychopathie-Begriffs, der dort nur unter der Kategorie „antisoziale“ Persönlichkeiten subsumiert wird. Diese amerikanische Terminologie ist weitgehend in den internationalen Diagnoseschlüssel (ICD) der WHO eingegangen.

Laut Klassifikationsschema nach ICD-10 (F 60,0–9) handelt es sich bei Persönlichkeitsstörungen um tief verwurzelte, konstante Zustandsbilder und Verhaltensmuster, die in einem frühen Stadium der Entwicklung entstehen und sich in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter manifestieren. Sie zeichnen sich vor allem durch unausgeglichene Erlebens- und Verhaltensweisen im Bereich der Affektivität, im Denken, im Antrieb, im Selbsterleben und in den Beziehungen aus sowie durch starre unangemessene Reaktionen und Impulsdurchbrüche in unterschiedlichen sozialen Situationen. Im Klassifikationsmanual DSM-IV werden die Persönlichkeitsstörungen in drei Gruppen unterteilt: a) paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörungen; b) Borderline-Persönlichkeitsstörungen sowie narzisstische, histrionische und antisoziale Persönlichkeitsstörungen; c) unsichere, dependente sowie zwanghafte Persönlichkeitsstörungen. Gemeinsam ist allen, dass Probleme als ich-synton erlebt werden, das heißt, dass die Betroffene sie als unabhängig von den eigenen inneren Konflikten einstufen und sie nicht als Inkongruenz von Selbsterleben und Erfahrung wahrnehmen. Sie erleben sich selbst und ihr Verhalten als „normal“ und erklären ihre Probleme mit äußeren negativen Einflüssen. Dabei kommt es zu frühen Formen der Abwehr wie *Externalisierung*, (d. h. Zuschreibung der Ursachen von Problemen an die äußeren Gegebenheiten), *Projektion* eigener abgewehrter Affekte auf Personen der Umgebung, *Verleugnung* von Erfahrungen sowie *Spaltung* in „gut“ und „böse“, um die positiven, meist idealisierten Bezugspersonen vor der eigenen Destruktion zu schützen (Swildens, 2000; Finke & Teusch, 2001; Sachse, 2004).

Insbesondere bei den narzisstischen und Borderline-Störungen (siehe unten) geht es vor allem um die Aufrechterhaltung

des Selbstwertgefühls und des Selbstbewusstseins sowie um die Autonomie- und Identitätsproblematik. Wie bereits erwähnt, gehen die Persönlichkeitsstörungen auf frühe Defizite in der kindlichen Entwicklung zurück, durch die vor allem die Entwicklung des Selbstkonzepts betroffen ist. Das Selbst dieser Klienten ist inkonsistent, brüchig und fragmentiert und damit instabiler und verletzlicher. Die Ursache dafür liegt in den Defiziten bei der Entwicklung der Selbststruktur, die entstehen, wenn das Kleinkind unbefriedigende und schmerzliche frühe Beziehungserfahrungen macht oder keine stabilen Bindungen aufbauen kann. Aufgrund des schwachen und verletzlichen Selbst können Bedürfnisse und Emotionen nicht ausreichend integriert werden. Diese werden daher nicht als positiv und befriedigend erlebt, sondern als Bedrohung. Durch die mangelnde Integration und Affektregulation kommt es zu unkontrollierten Durchbrüchen von Impulsen und Affekten.

In der Personzentrierten Psychotherapie erfolgte die Auseinandersetzung mit Persönlichkeitsstörungen insbesondere auf der deskriptiven, phänomenologischen Ebene. Hier haben sich vor allem Swildens (1991; 1994), Finke (1994; 2004), Eckert (1996; Eckert et al., 2000) und Sachse (2004) damit beschäftigt.

Inzwischen gibt es auch Ansätze einer strukturellen Analyse dieser Störungsbilder. Wie bereits dargestellt, entwickelt sich die Struktur des Selbst auf der Basis von verinnerlichten generalisierten Interaktionsmustern. Wie Dornes (2000, S. 25f) betont, sind es nicht so sehr die dramatischen Erfahrungen, die zur Strukturbildung beitragen, sondern die alltäglich sich wiederholenden, eher spannungsfreien Situationen. Er verweist dabei auf Gaensbauer (1982), der schreibt, „dass so genannte traumatische Ereignisse als solche eine sehr viel geringere Rolle bei der Bildung pathologischer seelischer Strukturen spielen als die Störungsmuster, die aus täglich wiederholten Erfahrungen entstehen, welche ihrer Natur nach weniger dramatisch, aber dafür hartnäckiger sind“ (Dornes, 2000, S. 29). Diese oft unbewussten Repräsentationen von Interaktionsmustern steuern die künftigen psychischen Prozesse und bilden die affektiven und kognitiven Strukturen und Abwehrmechanismen. Vor allem den internalisierten Bewertungsbedingungen (*conditions of worth*) kommen bei der Ausbildung der Selbststruktur eine zentrale Rolle zu. Sie bestimmen nicht nur darüber, welche Erfahrungen symbolisiert werden und damit dem Bewusstsein unverzerrt zugänglich sind, sondern auch darüber, welche Verhaltensweisen mit dem Selbstbild kompatibel sind und daher ohne Verlust an Selbstachtung oder nur unter Einsatz von Rechtfertigungen, Rationalisierungen, oder Verfälschungen und Verleugnung von Erfahrungen sowie anderen Abwehrmechanismen realisiert werden können. Gerade die bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten so typische Labilität des Selbstgefühls, die heftigen affektiven Impulsdurchbrüche sowie die frühen Abwehrformen sind die Folge von schwach ausgeprägten und labilen Strukturen des Selbst, wodurch diese Affekte nicht integriert und angemessen verarbeitet werden können.

Klaus Heinerth (2002) unterscheidet im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen zwischen verzerrter und gesperrter Erfahrung. Dabei stellt die verzerrte oder abgewehrte Erfahrung eine neurotische Abwehrmaßnahme dar, um das Selbstkonzept nicht zu gefährden, die durch die Bewertungsbedingungen der relevanten Bezugspersonen entstehen. Gesperrte Erfahrungen sind charakteristisch für Persönlichkeitsstörungen. Diese Erfahrungen können nicht wahrgenommen und symbolisiert werden, da in der frühen Entwicklung des Selbstkonzepts ein Gegenüber gefehlt hat, das das Erleben des sich entfaltenden Organismus empathisch begleitet und dem Kind vermittelt. Nur die wiederholte einfühlsame Begleitung und mimische wie vokale Vermittlung ermöglichen deren Identifizierung und Symbolisierung. „Dieser Zirkel, betont Heinerth (2002, S. 152), „auf allen relevanten Ebenen ist das Fundament für den Aufbau des Selbstkonzepts zu einer organisierten Ganzheit“. Gewährleistung und Interpretation von Erfahrungen und damit Aufbau des Selbst sind nur möglich, wenn eine empathisch handelnde Bezugsperson dem Kind geholfen hat, die Erlebnisse zu verstehen. Dabei ist vor allem in der ersten Phase der Selbstentwicklung empathische Begleitung wichtig, während die unbedingte Wertschätzung später eine Differenzierung der Erfahrungen ermöglicht.

Fehlt in bestimmten Bereichen diese empathische Begleitung und Rückkoppelung, so gibt es für diese Bereiche keine Repräsentanzen im Selbst; es entsteht eine Lücke. Das Individuum ist in diesen Bereichen seinem Erleben und Impulsen verständnislos ausgeliefert; Die Wünsche nach Nähe oder seine Wut erlebt es als etwas Fremdes und steht ihnen hilflos gegenüber bzw. diese Wünsche und Affekte rufen Unsicherheit und Angst hervor. Zur Veranschaulichung hat Heinerth das Bild von einem Haus als Metapher für das Selbst herangezogen: Die Räume des Hauses entsprechen den verschiedenen Erfahrungsbereichen, gemäß den Grunderfahrungen des Menschen, wie Bindungserfahrung, Aggressionserfahrung, Bedürfnis nach Anerkennung usw. Diese Räume sind zwar vorhanden, aber sie müssen erst betreten und bewohnbar gemacht, d. h. entsprechend möbliert werden. Es gibt Räume, die mehr oder weniger lieblos eingerichtet sind, weil die Einrichtung nicht dem eigenen Geschmack entspricht, sondern weil den Eltern zuliebe auf eigene Wünsche verzichtet worden ist.

Andere Räume sind nie betreten worden und fremd geblieben, da die Eltern nie mit dem Kind diese Räume gemeinsam aufgesucht und erkundet haben. Es gibt daher für diese Räume keine Eindrücke und Repräsentationen. Durch diesen Umstand fühlt man sich im gesamten Haus unsicher und unbehaglich. Je mehr Räume versperrt sind, umso mehr muss sich das Individuum auf die restlich verbliebenen Räume zurückziehen und diese egoistisch für sich verteidigen. Heinerth betont daher: „Ohne Interpretation von Signalen entsteht keine Information, also auch kein Wissen und damit auch kein Selbstkonzept“ (ebenda, S. 155).

4. Narzissmus

Die Begriffe „Narzissmus“ oder „narzisstische Störung“ haben in den letzten Jahrzehnten zunehmend Eingang in die Alltagssprache gefunden und sind dadurch überstrapaziert und überdehnt worden, so dass sie für den wissenschaftlichen Gebrauch kaum noch geeignet sind und erst präzisiert werden müssen. Aber auch in der wissenschaftlichen Diskussion gibt es unterschiedliche Narzissmus-Konzepte. Der Psychoanalytiker Johannes Cremerius hat bereits 1982 elf verschiedene Konzepte registriert, die nach seiner Einschätzung nicht miteinander kompatibel waren. Hier soll eine kurze Darstellung der Entwicklungsgeschichte und Bedeutung dieser Begriffe vorangestellt werden.

Freud hat den Begriff „Narzissmus“ von Paul Näcke (1899) übernommen, der damit eine sexuelle Perversion beschrieben hat, und ihn 1914 in seiner Arbeit, „Zur Einführung des Narzissmus“ für die Psychoanalyse inauguriert. Freud ist insbesondere durch das Studium der Psychosen auf dieses Phänomen gestoßen. Diese Patienten ziehen ihre Aufmerksamkeit und ihr Engagement von der Umwelt ab und sind ganz mit sich selbst beschäftigt. Dieser Rückzug der gesamten Lebensenergie auf das Selbst mündet oft in Größenwahn oder in die übermäßige Beschäftigung mit dem eigenen Körper wie bei der Hypochondrie. Allerdings hatte Freud den Begriff bereits 1905 in einer Fußnote zu seinen *Abhandlungen zur Sexualtheorie* verwendet und damit ein notwendiges Übergangsstadium bezeichnet, in dem die libidinösen Besetzungen von den Partialtrieben auf die gesamte Person übertragen werden, womit sich aus dem Autoerotismus der *primäre Narzissmus* entwickelt. Die Phase des Autoerotismus liegt vor der Ausbildung eines Ich, in der noch ein undifferenzierter psychophysischer Organismus besteht und daher fließt noch die gesamte Energie diesem Organismus zu sowie dem Aufbau der Beziehungen zur Umwelt. Sie dient ausschließlich dem Zweck der Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. Erst mit der Ausbildung eines Ich kann dieses mit Lebensenergie besetzt werden – gleichsam als erstes Liebesobjekt.

In einer weiteren Entwicklungsstufe werden die erotischen Bedürfnisse auf eine äußere Person übertragen. Die Liebe zur eigenen Person wird jedoch nie ganz aufgegeben, der Mensch bleibt zeitlebens „narzisstisch“. Allerdings kann die libidinöse Besetzung (wie Freud sich ausdrückt) wieder von den äußeren Personen abgezogen und ganz auf die eigene Person zurückgenommen werden; unter normalen Bedingungen passiert dies im Schlaf, bei körperlichen Erkrankungen oder in der Psychose. Aber auch durch Enttäuschungen von seiten der Bezugspersonen oder durch deren Verlust kommt es zum Rückzug der Lebensenergie auf die eigene Person, zum *sekundären Narzissmus*. Der Begriff verweist auf das Phänomen der Selbstverliebtheit: Im von Ovid überlieferten Mythos verliebt sich der Jüngling Narziss so sehr in sein Spiegelbild im Wasser, dass er versucht, sich mit ihm zu vereinigen, wodurch er letztlich in der Quelle ertrinkt.

Heinz Hartmann (1939) hat versucht, den Widerspruch aufzulösen, der darin besteht, dass das Ich bei Freud sowohl eine psychische Instanz darstellt mit wesentlichen Aufgaben, wie Wahrnehmen, Denken, Handeln usw., als auch die Repräsentation von Körperwahrnehmungen, d. h. dass ihm sowohl Subjekt- wie auch Objektcharakter zukommt. Er hat den Ich-Begriff daher aufgelöst in das „Ich“ als Instanz und als erlebnisbezogenen Begriff, den er als das „Selbst“ bezeichnete. Narzissmus stellt demnach die libidinöse Besetzung des Selbst dar:

„Tatsächlich scheinen aber bei der Anwendung des Begriffs Narzissmus oft zwei verschiedene Gegensatzpaare in eins verschmolzen zu sein. Das eine bezieht sich auf das Selbst (die eigene Person) im Gegensatz zum Objekt, das andere auf das Ich (als ein psychologisches System) im Gegensatz zu den anderen Teilstrukturen der Persönlichkeit. Das Gegenteil von Objektbesetzung ist jedoch nicht Ich-Besetzung, sondern Besetzung der eigenen Person, das heißt Selbstbesetzung. [...] Es trägt deshalb zur Klärung bei, wenn wir Narzissmus als Libidobesetzung nicht des Ichs, sondern des Selbst definieren.“ (Hartmann, 1972, S. 132)

Während Hartmann noch auf dem Boden der Freud'schen Metapsychologie blieb und die Triebtheorie nie in Frage stellte, hat Kohut (1984/1989) das Selbst aus dem „psychischen Apparat“ herausgelöst und als eigene Instanz mit einer eigenen narzisstischen Entwicklungslinie und eigenen spezifischen Entwicklungsphasen konzeptualisiert – unabhängig von der Triebentwicklung. Es geht dabei vor allem um die Ausbildung eines kohärenten Selbst als Vorbedingung für eine gesunde psychische Entwicklung und ein funktionierendes Ich. Allerdings setzt Kohut ebenfalls am Konzept des primären Narzissmus von Freud an, demzufolge der Mensch im intrauterinen Stadium ideale Bedingungen vorfindet und sich in einem psychophysischen Zustand des Wohlbefindens und der Vollkommenheit befindet – einem Zustand, den der Mensch zeit seines Lebens immer wieder anstrebt (es ist wie die Vertreibung aus dem Paradies; das Ziel des Menschen ist, dorthin zurückzukehren).

Nur durch eine empathische Mutter, die die kindlichen Bedürfnisse nach der Geburt einfühlsam beantworten und befriedigen kann, wird das Kind das Geburtstrauma überwinden können. Gegenüber anderen höher entwickelten Säugetieren, wie den Primaten, stellt der menschliche Säugling eine „biologische Frühgeburt“ dar (Portmann, 1973) und er benötigt daher weiterhin einen „externen Uterus“, durch den für die körperlichen und psychischen Bedürfnisse gesorgt wird. Der Säugling ist also darauf angewiesen, dass ihn eine empathische Umgebung erwartet, die auf seine psychophysischen Bedürfnisse eingestellt ist. Nur dadurch kann ein ursprüngliches Vertrauen aufgebaut werden.

Für das psychische Überleben braucht das Kleinkind die Resonanz gewährender, empathischer Personen, die als „Selbst-Objekte“ für die Befriedigung der Bedürfnisse sorgen, wie es den Sauerstoff zum physischen Überleben braucht. Durch den Begriff „Selbst-Objekt“ will Kohut darauf verweisen, dass das Selbst des

Kindes noch nicht eigenständig ist und es pflegende Personen benötigt, die jene Funktionen ausüben, zu denen es selbst noch nicht fähig ist. Diese bedürfnisbefriedigenden Objekte werden vom Kind als zum eigenen Selbst gehörig erlebt und zwar auch dann, wenn sie wahrnehmungsmäßig bereits als getrennt erlebt werden.

Zu den Aufgaben der Selbst-Objekte gehören nach Kohut vor allem auch die Spiegelungen mittels derer der Säugling erfährt, dass er trotz der verschiedenartigen Empfindungen ein kohärentes Ganzes ist. Durch den „Glanz in den Augen der Mutter“ erfährt sich das Kind in seinem rudimentären, archaischen Selbst angenommen und kann sich als Ganzheit erleben. Später weist Kohut (1977/1979) darauf hin, dass auch der gesunde Mensch diese empathischen, akzeptierenden Selbstobjekt-Erfahrungen das ganze Leben lang braucht.

Nach Kohut (ebenda, S. 154f) entwickelt sich im zweiten Lebensjahr ein Kern-Selbst. (Wie vorhin erwähnt, setzt Stern, der ebenfalls von einem Kern-Selbst spricht, dessen Entwicklung in der Zeit zwischen dem zweiten und dem sechsten Monat an). Kohut betont, dass das Kleinkind von Anfang an mittels gegenseitiger Empathie mit seiner Umgebung derart verschmolzen ist, als hätte es bereits ein Selbst – mit einer Umgebung, die nicht nur die spätere Selbst-Bewusstheit des Kindes vorwegnimmt, sondern diese durch ihre Erwartungen in eine bestimmte Richtung zu lenken beginnt. Die Entwicklung dieses Kern-Selbst erfolgt nach Kohut durch Übernahme und Ausschluss bestimmter Anteile, und zwar dadurch, „dass in der frühen psychischen Entwicklung ein Prozess stattfindet, bei dem einige archaische psychische Inhalte, die als zum Selbst gehörig erlebt worden waren, ausgelöscht oder dem Bereich des Nicht-Selbst zugeteilt werden, während andere innerhalb dieses Selbst bleiben oder diesem zugefügt werden. Als Ergebnis dieses Prozesses wird ein zentrales Stück des Selbst, das Kern-Selbst gebildet.“

Durch die Wechselwirkung zwischen der bei der Geburt mitgebrachten Ausstattung und den selektiven Reaktionen der Selbstobjekte werden bestimmte Erfahrungen des Säuglings gefördert, während andere Erfahrungen vernachlässigt werden und das Kind in diesen Aspekten entmutigt wird. Dabei spielen die – oft unbewussten – Erwartungen und Wünsche der Eltern eine wesentliche Rolle. Durch mäßige Frustrationen, die durch die Unvollkommenheit der mütterlichen Pflege unvermeidlich sind, kommt es nach Kohut zur Strukturbildung durch die Verinnerlichung der Selbst-Selbstobjekt-Beziehungen. Als kompensatorischer Schritt für diese Enttäuschungen wird das *narzisstische Selbst* oder *exhibitionistische Größenselbst* gebildet. Es handelt sich dabei um frühe archaische Phantasien von Allmacht und Vollkommenheit, um die schmerzlichen Gefühle der Abhängigkeit zu überwinden.

Neben der Aufgabe der Selbst-Objekte, die die Bedürfnisse des Säuglings einfühlsam zu befriedigen und ihm Selbstbestätigung zu geben haben, kommt ihnen auch die Funktion zu, den Vorstellungen des Kleinkindes nach Vollkommenheit zu genügen, um idealisiert werden zu können. Durch die Verschmelzung mit den idealisierten

Selbst-Objekten kann sich der Säugling selbst mächtig und vollkommen fühlen. Zu Störungen der Entwicklung des Selbst kommt es vor allem dann, wenn sowohl die Errichtung eines „kohärenten exhibitionistischen Größenselbst“ (durch ein empathisch spiegelndes und akzeptierendes Selbst-Objekt) misslingt als auch die Errichtung einer „kohärenten idealisierten Elternimago“ (durch Verschmelzung mit einem „grandiosen“ Selbst-Objekt). Dabei können beide Eltern unterschiedliche Rollen übernehmen.

Nur in einer befriedigenden Interaktion mit den frühen Selbst-Objekten kann sich ein Kern-Selbst herausbilden, wobei beide Komponenten in ausreichendem Maße gegeben sein müssen. Durch angemessene „optimale“ Frustrationen und deren Internalisierung kommt es zur Strukturbildung, wobei sich nach Kohut zwei Pole eines Kern-Selbst herausbilden: das *bipolare Selbst*. Der eine Pol, die „archaischen Kern-Strebungen“ oder Ambitionen, entsteht aus dem Größenselbst und mündet bei positiver Entwicklung in Vitalität, in eine ehrgeizige Selbstbehauptung und die Freude an Aktivitäten sowie in Wünsche nach Anerkennung und Wertschätzung. Den zweiten Pol bilden die „archaischen Kern-Ideale“, welche aus den idealisierten Elterimages und aus dem Wunsch entstehen, mit den mächtigen und grandiosen Selbst-Objekten zu verschmelzen. Über die Internalisierung der Selbst-Objekte entsteht die Fähigkeit zur Beruhigung und Ausgeglichenheit, und dieser Pol manifestiert sich in den übernommenen Zielvorstellungen, Werten und Idealen eines Individuums (analog zum Über-Ich der traditionellen Psychoanalyse). Unter günstigen Bedingungen kommt es zur Vermittlung der beiden Pole, d. h. dass die eigenen Strebungen und Ambitionen mit den übernommenen Werten und Idealen übereinstimmen.

Kommt es zu Störungen bei der Entwicklung eines kohärenten exhibitionistischen Größenselbst, so benötigt der Betroffene ständig die Anerkennung und Bewunderung durch die Mitmenschen. Wenn ihm dies verwehrt wird, so reagiert er mit narzisstischer Wut, die aufgrund mangelnder Affektregulation und Impulskontrolle besonders heftig ausfallen kann. In der Therapie versucht der Klient in einer „Spiegel-Übertragung“ anerkennde und bestätigende Reaktionen vonseiten des Therapeuten als Selbst-Objekt zu erhalten. Bei Störungen der Entwicklung der Identifizierung und Verschmelzung mit einem idealisierten Selbst-Objekt lebt der Betroffene in ständiger Angst vor dem Verlust von Selbst-Objekten, verbunden mit der Angst vor Hilflosigkeit und Leere.

Nach Kohut kann der therapeutische Prozess nur in beschränktem Maße Einfluss nehmen auf die Entwicklung des Selbst. „Der analytische Prozess kann, soweit wir wissen“, schreibt Kohut, „*de novo* kein Kern-Selbst herstellen“ (Kohut, 1984/1989, S. 149). Der Patient kann aber im Prozess des Durcharbeitens neue Strukturen erwerben, um die Defekte im Selbst zu vermindern, so dass er sich zunehmend als harmonische, ausgewogene Einheit empfinden kann. Dabei wiederholt das Voranschreiten des therapeutischen Prozesses im Wesentlichen die Schritte der normalen Kindheitsreifeung.

Ähnlich wie Rogers geht Kohut davon aus, dass durch die „aktivierende Matrix der therapeutischen Situation“ der Patient mit einer Selbstpathologie sein Streben mobilisieren wird, seine Entwicklung fortzusetzen und zu vollenden, d. h. erneut den Spannungsbogen von Strebungen und Zielen über seine Begabungen und Fertigkeiten zu grundlegenden Idealen zu errichten. Dieser Spannungsbogen ist die dynamische Essenz des vollständigen, nicht defekten Selbst; es ist nach Kohut, die Konzeptualisierung einer Struktur, deren Herstellung ein kreativ-produktives, erfüllendes Leben ermöglicht (ebenda, S. 20).

Im Unterschied zu den Borderline-Persönlichkeitsstörungen weisen Menschen mit narzisstischen Störungen noch eine intaktere Steuerung der affektiven Reaktionen und eine bessere Kontrolle der intrapsychischen Spannungen auf. Sie sind daher auch oft gut angepasst und beruflich integriert. Aber auch hier treten meist hinter einer anfänglich glänzenden Fassade eine Oberflächlichkeit und ein rasch abflauendes Engagement zutage, vor allem, wenn sich nicht gleich Anerkennung und Wertschätzung einstellen. Solche Menschen sind im Unterschied zu jenen mit Borderline-Störungen auch eher bereit und fähig zur Selbstexploration und zur Kooperation mit der Therapeutin, was deutlich günstigere Bedingungen und Prognosen hinsichtlich der Therapie ergibt.⁴

5. Borderline-Störungen

Nach Swildens (1991) sind Borderline-Persönlichkeiten in mehrfacher Hinsicht „Grenzgänger“ bzw. in einem Grenzbereich angesiedelt: zum einen im ursprünglichen Sinn als Grenzgänger zwischen Neurose und Psychose. So wurden sie früher auch als „Randpsychosen“ oder als „pseudoneurotische Schizophrenien“ bezeichnet, und tatsächlich treten bei diesen Klienten auch immer wieder psychotische Episoden auf, insbesondere in Stress-Situationen oder durch Drogenkonsum. Dadurch sind sie auch Grenzgänger zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Außerdem sind sie insofern Grenzgänger, als sie das übliche psychotherapeutische Setting sprengen und die Therapeutin meist gefordert ist, spezielle Behandlungsmaßnahmen anzuwenden. Swildens ist sich jedenfalls nicht sicher, ob unser Handeln hier noch als Psychotherapie bezeichnet werden kann oder eher als begleitender oder stützender Kontakt.

Angeblich wurde auch der Begriff „Borderline“ in der Lehre der psychischen Erkrankungen ebenfalls von Sigmund Freud verwendet und zwar in einem Vorwort eines Buches von August Aichhorn über verwaahlte Jugend. Erste ausführlichere Beschreibungen dieser Persönlichkeitsstörungen stammen vom Psychoanalytiker

⁴ Zu den therapietheoretischen Aspekten siehe den Beitrag von J. Finke in diesem Heft

Alexander Stern aus dem Jahre 1938, der bereits auf die Besonderheit der Symptomatik und der Psychodynamik dieses von ihm als „Borderline Group of Neuroses“ bezeichneten Störungsbildes hingewiesen hat. Er betonte auch die besondere Ausprägung des Narzissmus bei diesen Personen.

Einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis der Borderline-Störungen hat Margret Mahler (1968/1983) geleistet, die sich mit den frühen Phasen der Symbiose und Ablösung oder Individuation beschäftigt hat. In der ersten symbiotischen Phase, in der das Kind vor allem in der Einheit mit der Mutter aufgehoben ist, kommt es durch die Aufeinanderfolge von Befriedigung und mäßiger Versagung zur Strukturierung des Selbst. Durch die zunehmende Mobilität am Ende des ersten Jahres entsteht eine gewisse räumliche Trennung zwischen Mutter und Kind. Mahler führt aus, dass, je besser die symbiotische Phase durchlaufen werden konnte, umso besser das Kind nun imstande ist, diesen symbiotischen Umkreis zu verlassen und Schritte in Richtung Autonomie zu setzen.

„Wenn die primäre Beschäftigung der Mutter mit ihrem Kind, d. h. ihre Spiegelfunktion während der frühkindlichen Periode, unberechenbar, unsicher, angsterfüllt oder feindselig ist, wenn ihr Vertrauen zu sich selbst als Mutter schwankend ist, dann muss das Kind in der Phase der Individuation ohne einen verlässlichen Bezugsrahmen für die wahrnehmungs- und gefühlsmäßige Rückversicherung bei seinem symbiotischen Partner auskommen.“ (Mahler, 1968/1983, S. 25)

Bei dieser Ablösungsphase muss das Kind darauf vertrauen können, dass die Mutter weiterhin verfügbar ist. Wenn die mütterliche Bezugsperson das Kind dabei überfordert und zu sehr sich selbst überlässt oder wenn sie es zu sehr beschränkt, weil es ihr schwer fällt, ihrerseits die symbiotischen Wünsche aufzugeben, so wird das Kind seine Expansionsbestrebungen zurücknehmen. Gelingt es im Laufe des zweiten Lebensjahres, positive Erfahrungen zu machen und diese Phase der Ablösung unbeschadet zu durchlaufen, so entsteht allmählich wieder der Wunsch, diese neuen Erfahrungen und Fähigkeiten mit der Mutter zu teilen. Es kommt zu einer Wiederannäherung, jedoch mit dem Bewusstsein der erworbenen Eigenständigkeit.

Es geht hier um die wesentliche Problematik von Autonomie und Sicherheit. Der Ausgang dieser oszillierenden Bewegung des Kindes zwischen diesen beiden Polen ist abhängig von der Fähigkeit der Mutter, beide Tendenzen wohlwollend zu begleiten. Störungen sind nach Mahler dann zu erwarten, wenn das Kind bei der Wiederannäherung die Mutter verändert erlebt und dabei subjektiv ein Fallenlassen-Werden empfindet, worauf es einerseits mit Enttäuschung und Wut reagiert, andererseits mit einer Flucht in die Phantasie von der guten, symbiotischen Mutter, die dann als Fixierung erhalten bleibt.

In der Fixierung auf diese Gefühle der Enttäuschung und Wut sowie den damit verbundenen Phantasien sieht Mahler die eigentliche Genese des Borderline-Syndroms. Diese Störung hat somit ihre

Wurzeln in einer Beeinträchtigung der Entwicklung der Wiederannäherung, durch die die Phase der Loslösung und Individuation abgeschlossen werden könnte. Die Folge ist eine Fixierung von Erlebnisweisen dieser Phase, ein Steckenbleiben zwischen werbender Annäherung an einen geliebten Menschen und enttäuschter Abwendung.

Entscheidende Fortschritte im Verständnis der Genese der Störung gab es vor allem durch die Publikationen von Otto F. Kernberg (bes. 1975/1978), der in enger Beziehung zu Mahler gestanden ist und sich intensiv mit diesem Krankheitsbild beschäftigt hat. Ihm ist besonders die Darstellung der Borderline-Störungen als ein abgegrenztes, eigenständiges Krankheitsbild zu verdanken, während es davor eher ein Sammelbegriff für schwierige und schwer einzuordnende Patienten darstellte. Als wesentliche Merkmale beschrieb er eine verfestigte Persönlichkeitsstruktur mit bestimmten, nicht klar abgegrenzten Symptomkomplexen, bestimmten Abwehrmechanismen, typischen Beziehungsstörungen und genetisch-dynamischen Besonderheiten (ebenda, S. 22). Bei Borderline-Patienten bestehen nach Kernberg in der Regel intakte Ich-Grenzen, d. h. die Fähigkeit zwischen Phantasie und Realität, zwischen eigenen Gedanken und Gefühlen und denen anderer Personen zu unterscheiden, und damit ist auch (ausgenommen in psychotischen Episoden) die Fähigkeit der Realitätsprüfung gegeben.

Kernberg hat bei der Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörungen vor allem die trieb- und objekttheoretischen Aspekte betont und festgestellt, dass eine geringe Angsttoleranz einen wesentlichen pathogenen Faktor darstellt, ebenso wie die übermäßige Stärke aggressiver Triebanteile, wodurch die Integration positiver und negativer Introjekte (frühe Repräsentationen von Bezugspersonen) beeinträchtigt wird. Hier greift er auch auf die Theorie von Melanie Klein (1946/1962) zurück, wonach die frühen Bezugspersonen in gute und böse Objekte aufgespalten werden, in einer Zeit, da das Ich noch zu wenig entwickelt ist, um diese gegensätzlichen Erfahrungen zu integrieren. Im Falle einer mäßigen Frustration kann das Kind diese beiden Anteile im Erleben der Mutter allmählich synthetisieren, die sowohl „gute“, nährende und fürsorgliche als auch „böse“, verweigernde und frustrierende Eigenschaften besitzt. Sind die Entbehrungen und Frustrationen und die dadurch hervorgerufenen Hassgefühle zu groß, so müssen die guten Anteile durch die Aufrechterhaltung dieser frühen Abwehrform der Spaltung geschützt werden, da das Kleinkind nicht auf die sorgende Mutter verzichten kann.

Die Entwicklung des Selbstbildes verläuft parallel dazu: In befriedigenden Situationen, wenn die Mutter die Bedürfnisse beachtet, erlebt sich das Kind selbst als angenommen und „gut“, wogegen es sich als „böse“ und unwert empfindet, wenn es frustriert oder vernachlässigt wird. Erst allmählich lernt das Kleinkind, die notwendigen Frustrationen zu integrieren und sich als einheitliches Wesen zu erleben, mit „guten“, d. h. von der Umgebung positiv bewerteten Eigenschaften, die belohnt werden, und „bösen“,

d. h. abgelehnten Eigenschaften oder Verhaltensweisen, die zu Enttäuschungen führen. Gelingt diese Entwicklung nicht oder nur unvollständig, so kann der *Ambivalenzkonflikt*, der für diese Entwicklungsphase charakteristisch ist, nicht überwunden werden; das heißt, dass sowohl die eigene Person als auch die Bezugspersonen (die Selbst- und Objektrepräsentanzen) nur aufgespalten in gute und böse Anteile erlebt werden.

Dies führt dazu, dass die gegensätzlichen Seiten in der Beziehung zu anderen Personen oder zu sich selbst abwechselnd die Szene beherrschen, dass also eine Bewunderung und Idealisierung einer Person plötzlich aufgrund einer Kränkung oder Enttäuschung in Abwertung und Hass umschlägt. Dabei wird die Widersprüchlichkeit des eigenen Erlebens und Verhaltens verleugnet. Das bedeutet aber auch, dass die massiven Hassgefühle nicht durch die positiven Aspekte einer Beziehung gemildert werden, wie das üblicherweise der Fall ist, wenn es zu einer Synthese gegensätzlicher Aspekte kommt, sondern unvermittelt und ungebremst ausbrechen. Dadurch misslingt die Kontrolle der starken und unvermittelt auftretenden Impulse vor allem in bestimmten Bereichen, die mit dem Selbstwert und der Autonomie zu tun haben.

Ein weiterer Abwehrmechanismus besteht in der Projektion, wobei nicht nur die Intensität der Projektionen charakteristisch für Borderline-Persönlichkeitsstrukturen ist, sondern auch die Art der Projektionen. Dabei sollen die „bösen“ destruktiven Anteile des Selbsterlebens „ausgelagert“, *externalisiert* werden, indem sie Personen der Umgebung zugeschrieben werden. Damit werden aber diese Personen als böse und aggressiv erlebt und zur Bedrohung, gegen die sich nun der Klient zur Wehr setzen muss. Insbesondere durch strenge, autoritäre Eltern kommt es zur Bildung mächtiger und aggressiver Über-Ich-Anteile, die so unerträglich sind, dass sie nach außen auf Personen der Umwelt projiziert werden müssen, welche dadurch wiederum bedrohlich werden.

Diese Spaltungsprozesse und die mangelnde Integration der gegensätzlichen Ich-Anteile führt auch zu einem mangelnden Identitätsgefühl und einer generellen Ich-Schwäche. Sie äußert sich vor allem in der geringen Integration der im Selbst repräsentierten Aspekte der eigenen Persönlichkeit sowie der anderer Personen.

6. Schlussfolgerungen aus personenzentrierter Sicht

Für die Darstellung und Begründung von psychischen Störungen spielt im Personenzentrierten Ansatz das Selbst eine zentrale Rolle. Es entwickelt sich von Beginn an, wenn das Kleinkind die Interaktion mit seiner Umgebung aufnimmt und stellt die Repräsentation der verallgemeinerten Interaktionserfahrungen und die damit verbundenen Bewertungen dar. Die Entwicklung des kindlichen Selbst kann daher als Niederschlag von Austauschprozessen begriffen werden, die die Grundlage für Erlebnis- und Handlungsmodalitäten darstellen.

Vor allem in den ersten Monaten werden wesentliche Grundstrukturen des Selbst ausgebildet, für deren positive Entwicklung aufgrund der biologischen Abhängigkeit eine konstante Zuwendung und einfühlsame Fürsorge erforderlich ist. Erinnerungen in Gestalt mentaler Repräsentationen von interaktiven Ereignissen sind die Quelle für den Aufbau der Selbststruktur und der Kontinuität. Entscheidend dabei ist der Umstand, dass diese Selbststrukturen, sobald sie ausgebildet und gefestigt sind, aus Gründen der „mental-Ökonomie“ und der sich selbst reproduzierenden Erfahrungen relativ stabil sind. Schon der Säugling „muss in der Lage sein, allgemeine Kategorien von Interaktionen zu bilden, um dann seine Erwartungen auf der Basis von Generalisierungen statt von vielfältigen Einzelfällen zu schaffen [...] Jedes neue interaktive Moment bestätigt entweder die Generalisierung oder gestaltet sie ein wenig um.“ (Stern, 1995, S. 201).

Die wesentlichen Strukturmerkmale des Selbst sind die Erfahrungen, wie sie Daniel Stern (1985/1992) für das Kern-Selbst beschrieben hat: das Erleben der Selbstkohärenz und der Abgegrenztheit gegenüber der Umgebung, die Unterscheidung von „Ich“ und „Nicht-Ich“, sowie in der Folge die Unterscheidung von innerer und äußerer Erfahrung, von Wahrnehmung und Phantasie und damit die Fähigkeit zur Realitätsprüfung. Auch Margret Mahler kommt auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass die Ablösungsphase und Individuation einen wesentlichen Schritt bei der Entwicklung von Autonomie und Selbstsicherheit darstellt. Daneben ist das Erleben der Urheberschaft der eigenen Handlungen ein wichtiges Strukturelement des Selbst. Dasselbe gilt für das Erleben der eigenen Affekte und Gefühlszustände als Teil der Selbsterfahrung und die Integration dieser Emotionen in das Selbst sowie schließlich die Selbst-Geschichtlichkeit, das Erleben der Kontinuität der Erfahrungen und Handlungsabläufe, und dass dies als zur eigenen Person gehörig erlebt wird. Kommt es bei der Ausbildung dieser Grund- oder Kernstrukturen des Selbst zu Beeinträchtigungen, so sind oft schwere psychische Störungen die Folge, wie mangelnde Abgegrenztheit und Verschmelzungstendenzen, wie sie bei Psychosen festzustellen sind, oder zu Störungen der Identität und des Selbstwertgefühls wie bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten.

In seiner theoretischen Schrift bestimmt Rogers (1959a/1987, S. 26) das Selbst als jenen Teil der Erfahrung, der symbolisiert und dem Gewahrsein zugänglich ist. Er räumt zwar ein, dass es eine legitime Art der Abstraktion darstellt, auch das dem Bewusstsein nicht zugängliche Erleben bei der Konzeption des Selbst einzubeziehen. Allerdings hielt er es deswegen nicht für sinnvoll, weil es dafür keine operationalisierten Definitionen gibt (ebenda, S. 28). Hier hat offensichtlich der positivistisch denkende Wissenschaftler über den Phänomenologen gesiegt. Wie bereits dargestellt, weist Rogers an anderer Stelle (1951a/1972, S. 430) darauf hin, dass das Kleinkind von Beginn an Konzepte über sich und über seine Beziehung zur Umwelt entwickelt und diese Konzepte als leitende

Prinzipien das Erleben und Handeln bestimmen, auch wenn sie dem Bewusstsein nicht zugänglich sind. Gerade für die Darstellung und Begründung von Persönlichkeitsstörungen hat sich gezeigt, dass es notwendig ist, auch die abgewehrten und abgespaltenen Anteile in das Selbstkonzept einzubeziehen, da sie sowohl das Selbsterleben als auch das Handeln beeinflussen. Außerdem sind, wie sich vor allem bei Borderline-Störungen zeigt, auch im bewussten Teil des Selbst unvereinbare Erfahrungen enthalten, die voneinander getrennt, „isoliert“ werden müssen, um das fragile Selbstbild aufrecht zu erhalten.

Jedenfalls erscheint für die Entwicklung einer speziellen Störungslehre gerade im Rahmen der Persönlichkeitsstörungen eine umfassendere Konzeption des Selbst notwendig, ebenso wie Annahmen über die Entwicklungsphasen des Selbst in Auseinandersetzung mit der Umwelt und ihren altersspezifischen Anforderungen und in Abhängigkeit von den körperlichen Reifungs- und Entwicklungsprozessen wie Motilität und Entwicklung des Zentralnervensystems. Stefan Schmidtchen (1995) weist dabei auf die Bedeutung altersspezifischer Entwicklungsschritte und –Herausforderungen hin, da die dabei ausgebildeten internalisierten Schemata markante Stufen der Selbstentwicklung darstellen. Insofern ist jedenfalls Biermann-Ratjen (1988, S. 58) zuzustimmen, wenn sie in ihrer Arbeit über gesprächspsychotherapeutisches Arbeiten mit Borderline-Störungen betont, wie sehr wir von dieser Patientengruppe lernen können.

Schließlich bleibt das Problem der Bestimmung des Subjekts in der Personzentrierten Psychotherapie, des sinnstiftenden Zentrums von Selbsterfahrung und Selbstbestimmung. Wir müssen davon ausgehen, dass die Konstituierung des Selbst aus den vorerst vagen, bruchstückhaften, zum Teil nicht symbolisierten Erlebnissen bereits eine organisierende und synthetisierende Instanz voraussetzt, wobei Auswahl und Bewertung der Elemente des Selbst auf der Basis unserer Bedürfnisse und unseres Lebensentwurfs erfolgt. Wenn es sich beim Selbst um ein Wahrnehmungsobjekt handelt, wie Rogers (1959a/1987, S. 26f) betont, um das Bild von der eigenen Person und den Beziehungen zur Umgebung, so kommt ihm Objektcharakter zu, wie dies bereits Hartmann für die Selbstrepräsentanzen im Ich postuliert hat. Rogers rechnet allerdings die Funktionen, die Freud dem Ich zuschreibt, wie Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Fühlen, Handeln usw. dem Organismus bzw. der Aktualisierungstendenz zu. Diese umfasst damit nicht nur alle organismischen Bedürfnisse, d. h. „unbewusste organische Prozesse wie die Regulierung der Körpertemperatur“ sondern auch „solch einmalig menschliche und intellektuelle Funktionen wie die Wahl von Lebenszielen“; zudem bewegt sich der Organismus „in Richtung auf größere Unabhängigkeit oder Selbstverantwortlichkeit“ (Rogers, 1951a/1972, S. 422).

Damit wird die Vermittlung von organismischem Erleben einerseits und den Anforderungen der Umwelt und insbesondere den Bewertungsbedingungen andererseits, sowie die Lösung der daraus entstehenden Konflikte der Aktualisierungstendenz selbst

zugeschrieben. Dabei kommt es zur Abspaltung einer Selbstaktualisierungstendenz, die sich zum Teil gegen die Tendenzen des Organismus wendet, d. h. das organismische Erleben unterdrückt oder verzerrt, um den Bewertungsbedingungen zu entsprechen. Bereits Diether Höger hat (1990, S. 36) die Frage gestellt, ob es Sinn macht, „wenn beide Möglichkeiten des Menschen Produkte ein und desselben übergeordneten Prinzips sein sollen, sowohl diejenige, seine eigene Natur zu entfalten, eine deutliche Entwicklung auf Ganzheit und Integration hin durchzumachen [...] als auch die der Stagnation“.

Auch die widersprüchlichen Annahmen Rogers hinsichtlich der Abwehr des organismischen Erlebens dürfte in dieser Aporie begründet liegen. So bestimmt er in seiner theoretischen Arbeit (1959a/1987, S. 28) das Selbst einerseits als Bereich, „in dem der Organismus Erfahrungen aussortiert, die vom Bewusstsein nicht problemlos zugelassen werden können“. An anderer Stelle (1951a/1972, S. 436) schreibt er der Selbststruktur einen „regulierenden Einfluss auf das Verhalten“ zu sowie die Funktion, „das Eindringen einer Erfahrung, die im Widerspruch zu ihr steht“ zu verhindern, wobei sie „wie ein Stück Protoplasma [reagiert], wenn ein Fremdkörper eindringen will – sie bemüht sich das Eindringen zu verhindern“.

Durch diese Aufspaltung in zwei antagonistisch wirkende Prinzipien verliert dieses strukturelle Organisationsprinzip des Organismus meines Erachtens an Klarheit und Verständlichkeit, zumal wir ja auch gegenüber den organismischen Tendenzen Stellung beziehen und uns bewusst entscheiden können (Spielhofer, 1996; 2001). Vor allem aus humanistisch-existenzphilosophischer Sicht ist es problematisch, Selbstbestimmung und Selbsterfahrung naturhaft angelegten Potenzialen sowie der Internalisierung von Werten zuzuschreiben, wie vor allem auch Zurhorst (1988, S. 184) betont: „Vertrete ich Werte auf dem Hintergrund erzwungener Introjekte, also dass entweder andere oder meine vorgegebene Natur mich gezwungen haben, immer positiv, sozial, vorwärtsgerichtet, rational und realistisch zu sein oder will ich selbst in dieser Weise existieren? Jede Berufung auf einen naturhaft wertenden ‚Ich-Kern‘ wäre gerade eine Verletzung des Selbstbestimmungsprinzips.“

Es erscheint mir daher für die Darstellung des Menschenbildes sowie auch für die Konzeptualisierung der Persönlichkeitstheorie unseres Ansatzes sinnvoll, das sich selbst reflektierende und autonom entscheidende Subjekt aus der Verflechtung mit einem vorwiegend biologisch gefassten Organismus herauszulösen und als eigene Instanz zu etablieren mit den Funktionen der Wahrnehmung, des Denkens, Bewertens von Erfahrungen und des Treffens von Entscheidungen. Dieses Subjekt hat zwischen den (organismischen) Bedürfnissen und Wünschen des Individuums einerseits sowie den Anforderungen der Umwelt und dem Selbstbild andererseits zu vermitteln. Dabei handelt es sich nicht nur um eine rein philosophische Frage, die das Menschenbild unseres Ansatzes betrifft, sondern die Art, wie die unterschiedlichen Anforderungen von organismischem

Erleben und den im Selbst repräsentierten Bewertungsbedingungen vermittelt und die dabei entstehenden Konflikte gelöst werden, entscheidet über unser seelisches Wachstum und Autonomie bzw. über Stagnation oder Störung.

Aus diesem Grund habe ich zur besseren Darstellung und Begründung von Selbsterfahrung und Selbstbestimmung vorgeschlagen, neben dem Selbst als Wahrnehmungsobjekt ein Ich oder *Ego* als Subjekt von Erleben und Handeln bei der Konzeptualisierung von Persönlichkeit anzusetzen (Spielhofer, 1966; 2001). Dies entspricht auch der neuzeitlichen Konzeption des Subjekts im abendländischen Denken, die vor allem von Immanuel Kant (1951) und Edmund Husserl (1963) entwickelt worden ist und der zufolge einem „empirischen Ich“, das dem Selbst entspricht, d. h. dem Bild der eigenen Person, ein „transzendentes Ich“ als Subjekt von Selbsterkenntnis und Selbstbestimmung zugrunde gelegt wird. Bei Husserl ist dieses Subjekt, im Unterschied zu Descartes und Kant kein inhaltsleeres, abstraktes Ich (*Cogito*) als Voraussetzung und Zentrum jeglicher (Selbst-)Erkenntnis und Selbstgewissheit, sondern auch sinnstiftendes Zentrum. Es bestimmt sich auch inhaltlich durch die Wesenheit der Dinge, die es umfasst und durch die Entscheidungen, die es trifft. Es ist der „Identitätspol“ im Bewusstseinsstrom und stiftet nicht nur den Zusammenhang und die Struktur der Bewusstseinsakte, sondern konstituiert auch einen inhaltlichen Zusammenhang, eine Sinnstruktur entsprechend der Bedeutung, die Personen und Dinge der Umgebung für uns haben. Auch George H. Mead (1934/1978) spricht in seiner Theorie der symbolischen Interaktion von einem „I“ als Subjekt des Denkens und Handelns und einem „Me“ als verinnerlichtes Bild des *generalisierten Anderen*, in dem sich die allgemeine Struktur der sozialen Normen und Werte widerspiegelt.

Allerdings ist es heute modern geworden, sich von ontologischen Fragen wie etwa nach dem Wesen und der Bestimmung des Menschen abzuwenden und Fragen nach „gesund“ und „krank“

oder „wahr“ und „falsch“ an selbstreferenzielle und prozedurale Modalitäten des Fragens zu delegieren (Kriz, 1997; Luhmann, 1990; Prigogine, 1979). Oder mit Jürgen Habermas (1981, S. 443f) ist der „in kybernetischen und biologischen Zusammenhängen entwickelte Systembegriff“ geeignet an die Stelle des „Paradigmas der Bewusstseinsphilosophie“ zu treten, um damit die „subjektzentrierte Vernunft durch Systemrationalität abzulösen“. Anstelle einer Theorie der Persönlichkeit, ihrer psychischer Strukturen und Entwicklungen tritt bei ihm die Theorie der kommunikativen Kompetenz und deren Abweichungen; anstelle der Metapsychologie die Metahermeneutik (derselbe, 1970, S. 95). Offen bleibt dabei, wie sprachlich erzeugte Intersubjektivität und selbstreferenziell geschlossene Systeme ohne interaktive Subjekte gedacht werden sollen; wie anhand anonym miteinander kommunizierender Systeme die Konstituierung des autonomen und selbstbestimmten Subjekts begründet werden soll. Fragen nach dem Menschenbild, nach persönlichem Wachstum und psychischer Gesundheit sind der Beliebigkeit von Sprachspielen unterworfen. Auch Jürgen Kriz (2002, S. 46) sieht in der „narrativen Wende“ eine Überwindung „romantischer Idealisierung der ‚Person‘ zugunsten einer größeren ‚Freiheit‘ und ‚Flexibilität‘ der Identitätskonstruktion“. Damit würde allerdings nicht nur die Konzeption von „Person“ obsolet, sondern auch die Bezeichnung „personenzentriert“ irreführend (vgl. dazu auch Schmid, 2004). Wie jedoch der Philosoph Manfred Frank (1986, S. 12) feststellt, weist gerade das Präfix „selbst-“ der selbstreferenziellen Systeme auf ein Subjekt hin, denn „nur Subjekte können sich zu *sich selbst* verhalten“. Auch in den Erzählungen bildet ein „Ich“ den Kern der Geschichten und sowohl in unserem Denken wie auch in der Alltagssprache beziehen wir uns auf ein „Ich“; *ich* erlebe *mich* oder nehme *mich* wahr als...“. Allerdings bleibt der Ort, auf den wir uns beziehen, wenn wir „ich“ sagen, das Zentrum von Erleben und Handeln auch im Personenzentrierten Ansatz bislang unbestimmt.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. (1988). Was bedeutet gesprächspsychotherapeutisches Arbeiten mit Patienten mit einer Borderline-Störung? In GwG (Hrsg.), *Orientierung an der Person*. Bd. 1, Diesseits von Psychotherapie. Köln: GwG-Verlag, 58–61.
- Bion, W. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock.
- Bittner, G. (1995). Psychoanalyse im Wandel – oder: die Wandlungen eines Psychoanalytikers. In K. Bell & K. Höhenfeld (Hrsg.), *Psychoanalyse im Wandel*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Bohart, A. C. (1991). Empathy in client-centered therapy: A contrast with psychoanalysis and self-psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 31, 34–48.
- Cremerius, J. (1982). Die Bedeutung der Dissidenten für die Psychoanalyse. *Psyche*, 36, 312–316.
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Dornes, M. (2005). Theorien der Symbolisierung. *Psyche*, 1, 72–81.
- Eckert, J. (1996). Gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke E. (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Handbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 415–432). Berlin: Springer.
- Eckert, J., Dulz, B. & Makowsky, C. (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 45, 271–285.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendung*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, I. (2001). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In G. Dammann & P. Janssen P. (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen* (S. 136–146). Stuttgart: Thieme.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2002: *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press).
- Frank, M. (1986). *Die Unhintergebarkeit von Individualität. Reflexion über Subjekt, Person und Individuum aus Anlass ihrer ‚postmodernen‘ Totklärung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In *Gesammelte Werke, Bd. 5* (S. 27–145). London: Imago Publishing, 1942.
- Freud, S. (1914) Zur Einführung des Narzissmus. In *Gesammelte Werke, Bd. 10* (S. 137–170). London: Imago Publishing, 1946.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hufnagel G. (1997). Personzentrierte Störungslehre unter besonderer Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Erkenntnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 37–50.
- Gaensbauer, T. (1982). The differentiation of discrete affects: A case report. *Psychoanalytic Study of the Child*, 37, 29–66.
- Habermas, J. (1970). Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik. In R. Buber et al. (Hrsg.), *Hermeneutik und Dialektik* (S. 73–103). Tübingen: Mohr.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns, 2 Bde*. Stuttgart: Suhrkamp.
- Hartmann, H. (1939). Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 24, 62–135.
- Hartmann, H. (1972). *Ich-Psychologie: Studien zur psychoanalytischen Theorie*. Stuttgart: Klett.
- Heinerth, K. (2002). Versperrte und verzerrte Symbolisierungen. Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In C. Iseli et al. (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 145–180). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie. Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute* (S. 30–53). Köln: GwG-Verlag.
- Husserl, E. (1977). *Cartesianische Meditationen. Eine Einleitung in die Phänomenologie*. Hamburg: Felix Meiner.
- Iseli, C., Keil, 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 Jahrhundertwende*. Köln: GwG-Verlag.
- James, W. (1909). *Psychology: Briefer course*. New York: Holt.
- Kahn, E. (1989). Carl Rogers and Heinz Kohut. Toward a constructive collaboration. *Psychotherapy*, 26, 555–563.
- Kant, I. (1951). *Kritik der reinen Vernunft*. Leipzig: Meiner.
- Keil, W. & Stumm, G. (Hrsg.) (2002). *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien – New York: Springer.
- Kernberg, O. F. (1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1975: *Borderline-Conditions and pathological narcissism*, New York: Aronson).
- Kernberg, O. F., Dulz, B. & Sachse, U. (2000). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M. (1962). *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Stuttgart: Klett.
- Kriz, J. (1997). *Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas.
- Kriz, J. (2002). Was kann „personzentriert“ am Beginn des 21. Jahrhunderts bedeuten? In C. Iseli et al. (Hrsg.). *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. (S. 37–49). Köln: GwG-Verlag.
- Kohut, H. (1973). *Narzissmus. Eine Theorie psychoanalytischer Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1971: *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: Intern. Univ. Press).
- Kohut, H. (1979). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt/M.: Suhrkamp (Original erschienen 1977: *The restoration of the self*. New York: Intern. Univ. Press).
- Kohut, H. (1989). *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1984: *How does analysis cure?* Chicago: Univ. of Chicago Press).
- Kuhn, T. S. (1989). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp (Original erschienen 1970: *The structure of scientific revolutions*. In O. Neurath, R. Carnap & C. Morris (Eds.), *Foundations of the unity of science*. Chicago: Univ. of Chicago Press).
- Levinas, E. (1983). *Die Spur des Anderen: Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*, Freiburg: Alber.
- Lorenzer, A. (1972). *Zur Begründung einer materialistischen Sozialisations-theorie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Luhmann, N. (1990). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Mahler, M. S. (1983). *Symbiose und Individuation. Bd. 1: Psychosen im frühen Kindesalter*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1983: *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. Vol. I: *Infantile psychosis*. New York: Univ. Press).

- Mead, G. H. (1973). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp (Original erschienen 1934: *Mind, Self, Society*. Chicago: Univ. Press).
- Näcke, P. (1899). Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 37, 356–384.
- Piaget, J. (1969). *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett. (Original erschienen 1959: *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé).
- Portmann, A. (1973). *Biologie und Geist*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Prigogine, I. (1979). *Vom Sein zum Werden. Zeit und Komplexität in den Naturwissenschaften*. München: Piper.
- Reich, W. (1973). *Charakteranalyse*. Frankfurt/M.: Fischer. (Original erschienen 1945: *Character analysis*. New York: Ed. M. Boyd Higgins).
- Reinert, T. (2004). *Therapie an der Grenze: die Borderline-Persönlichkeit. Modifiziert-analytische Langzeitbehandlungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1951a/1972). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler (Original erschienen 1951a: *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- 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 1959a: 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* (pp. 158–256). New York: McGraw Hill).
- Rogers, C. R. & Wood, J. K. (1974/1977). *Klientenzentrierte Theorie* In C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 113–141). München: Kindler. (Original erschienen 1974: Client-centered theory: Carl Rogers. In A. Burton (Ed.), *Operational theories of personality* (pp. 211–258). New York: Brunner/Mazel.),
- Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sartre, J. P. (1980). *Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie*. Hamburg: Rowohlt (Original erschienen 1943: *L'etre et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Paris: Gallimard).
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie: Ein Handbuch. Bd. I: Solidarität und Autonomie*. Köln: Ed. Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counselling: Criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 104–120.
- Schmid, P. F. (2004). Souveränität und Engagement. Zu einem personenzentrierten Verständnis von „Person“. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, 3. Aufl. (S. 15–164). Mainz: Grünewald.
- Schmidtchen, S. (1993). Klientenzentrierte Ätiologie und Diagnostik von psychischen Erkrankungen im Kindesalter. In S. Schmidtchen, G.-W. Speierer & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störungen*, 2. Bd. (S. 181–228). Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S. (1995). Psychische Krankheit als Ausdruck gestörter kindlicher Schemata zur Beziehungsgestaltung und Selbstverwirklichung. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 121–130). Köln: GwG-Verlag
- Schneider, K. (1928). *Die psychopathische Persönlichkeit*. Wien: Deuticke.
- Spielhofer, H. (1996). Zum Subjekt-Begriff in der klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-Zeitschrift*, 27, 24–34.
- Spielhofer, H. (2001). Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung. Ein Beitrag zur Diskussion der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Grundlagen im Personenzentrierten Ansatz. *Person*, 1, 5–18.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 14, 190–210.
- Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1985: *The interpersonal world of the infant*, New York: Basic Books).
- Stern, D. (1995). *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Stumm, G. (2001). Der Personzentrierte Ansatz und die Selbstpsychologie. *Person*, 1, 19–31.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Swildens, H. (1994). Gesprächspsychotherapie bei Borderline-Patienten. In L. Teusch, J. Finke & M. Gastpar (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen* (S. 49–52). Heidelberg: Asanger.
- Swildens, H. (2004). Self-pathology and post-modern humanity: Challenges for person-centered psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 4–18.
- Tobin, S. A. (1991) A comparison of psychoanalytic self psychology and Carl Rogers' person-centered therapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 31, 9–33.
- Winnicott, D. W. (1969) Übergangsobjekt und Übergangsphänomene. *Psyche*, 23, 666–682. (Original erschienen 1953: Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *Intern. Journal of Psychoanalysis*, 34, 89–97.
- Winnicott, D. W. (1985). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett. (Original erschienen 1971: *Playing and reality*. London: Tavistock Press).
- Zurhorst, G. (1988). Wissenschaft und Subjektivität – für eine kritische, phänomenologisch-existenzialistische Fundierung der GT. In GwG (Hrsg.), *Orientierung an der Person, Bd. 2: Jenseits von Psychotherapie* (S. 182–186). Köln: GwG-Verlag.

Autor

Hermann Spielhofer, Klinischer Psychologe und Psychotherapeut, Mitglied der ÖGwG und der PCA; tätig im Bereich ambulanter sozialpsychiatrischer Einrichtungen und in freier Praxis. Arbeitsschwerpunkte; wissenschaftstheoretische und anthropologische Grundannahmen sowie Persönlichkeitstheorien im Personenzentrierten Ansatz.

Korrespondenzadresse

Dr. Hermann Spielhofer
Josefstädter Straße 35/12, A-1080 Wien.
E-Mail: hermann.spielhofer@chello.at

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienzellen 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“ gestaltet auf Diskette oder als E-Mail-Attachment (nach Möglichkeit Format *.rtf) an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle Psychotherapie und Beratung

c/o Dr. Franz Berger, Münzgasse 16, CH-4001 Basel
Tel: +41 (0)61 267 29 29, Fax +41 (0)61 267 29 34
E-Mail: franz.berger@bs.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, Alberggasse 39
Tel.: +43 1 407 55 872; Fax: +43 1 407 55 874, E-Mail: wolfgang.keil@aon.at

oder

c/o A. Univ.Prof. Christian Korunka, Institut 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)
- Stichwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text, 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) und Heft 3 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.

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.

