

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1|2025

29. Jahrgang

Themenheft

Störungs- und situationsspezifische Aspekte der personzentrierten Beratung, psychosozialen Betreuung und Psychotherapie

Herausgegeben von Hans-Jürgen Luderer und Dagmar Nuding

FACHBEITRÄGE

<i>Lore Korbei:</i> Ute Binder und Johannes Binder: Ein theoretischer Ansatz zur Empathie – Eine Einführung	6
<i>Ute Binder und Johannes Binder:</i> Ein theoretischer Ansatz zur Empathie	7
<i>David Fraissl:</i> Personzentrierte Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung	20
<i>Hans-Jürgen Luderer:</i> Personzentrierte Psychotherapie und Pharmakologie einer Patientin mit einer schweren unipolaren Depression: eine Kasuistik	29
<i>Wolfgang Bense</i> und Hans-Jürgen Luderer: Störungen durch Konsum von Alkohol aus personzentrierter Sicht	41
<i>Frank Gauls:</i> Personzentriertes Verständnis und Behandlungskonzepte bei Glücksspiel- und Computerspielsucht	58
<i>Felix M. Böcker:</i> Personzentrierte Haltung im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung	72
REZENSION	83

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

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

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

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

Herausgeber*innen

ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

c/o Dr. Annette Jessinghaus, D-44577 Castrop-Rauxel, Ev. Krankenhaus, Grutholzallee 45; Tel.: +49 2305 102 2547; Fax: +49 2305 102 2219
E-Mail: a.jessinghaus@evk-castrop-rauxel.de

APG • IPS - Akademie für Beratung und Psychotherapie

A-1150 Wien, Diefenbachgasse 5/2
Tel.: +43 677 62 55 80 00; E-Mail: office@apg-ips.at

DPGG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Dr. Dorothee Wienand-Kranz, D-20148 Hamburg, Rothenbaumchaussee 101; Tel.: +49 40 45 91 59; E-Mail: wienand-kranz@gmx.de

FORUM – Personzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis

A-1030 Wien, Reisnerstraße 18–20/2. Stiege/4. Stock/Top 17
Tel./Fax: + 43 1 966 79 44; E-Mail: buero@forum-personzentriert.at

GwG – Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.

D-50825 Köln, Melatengürtel 127
Tel.: +49 221 92 59 08 – 0; E-Mail: gwg@gwg-ev.org

IPEA – Institut für personzentrierte und experientielle Angebote

D-24857 Fahrndorf, Ortland 1
E-Mail: info@ipea.team

ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

A-4020 Linz, Altstadt 13
Tel./Fax: + 43 732 78 46 30; E-Mail: office@oegwg.at

pcaSuisse – Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz. Trägerin des pcaInstitut

CH-8005 Zürich, Josefstrasse 79
Tel.: +41 44 2717170; Fax: +41 44 2727271; E-Mail: info@pca-acp.ch

VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

A-1030 Wien, Schützengasse 25/5
Tel.: +43 664 165 43 03; E-Mail: office@vrp.at

Herausgeber dieses Hefts

Hans-Jürgen Luderer und Dagmar Nuding

Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 15,- / SFr 16,60– zzgl. Versandkosten
Abonnement: € 26,- / SFr 28,80,- zzgl. Versandkosten
Es erscheinen jeweils 2 Nummern pro Jahr.

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Ein Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder der herausgebenden Vereinigungen haben jeweils spezifische Bezugsbedingungen. Für den Bezug im Rahmen von Verbandsmitgliedschaften gelten weiterhin die verbandsspezifischen Regelungen.

Die Ausgaben der PERSON sind auch online unter <https://ejournals.facultas.at/index.php/person> abrufbar.

Verleger und Druck

Facultas – Verlags- und Buchhandels AG, A-1050 Wien, Stolberggasse 26
Tel.: +43 1 310 53 56; www.facultas.at, office@facultas.at

Satz und Layout

Wandl Multimedia-Agentur; E-Mail: b.wandl@aon.at

Redaktion

Michael Behr, Katrin Draxl, Silke Birgitta Gahleitner, Mark Galliker, Gerald Käfer-Schmid, Christian Korunka, Magdalena Kriesche, Jana Lammers, Christine le Coutre, Ivan Leonardelli, Karl Lindenbauer, Hans-Jürgen Luderer, Gerhard Lukits, Dagmar Nuding, Aglaja Przyborski, Monika Tuczai, Christian Vajda, Yvette Völschow

Redaktionssekretariat

Georg Gartner, 1040 Wien, Blechturmgtasse 8/15
E-Mail: office@georg-gartner.at

Fachbeirat:innen von PERSON

Beatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Matthias Barth, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Jeanette Bischkopf, Heinke Deloch, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Reinhold Fartacek, Andrea Felnemeti, Jobst Finke, Katharina Fischer, Peter Frenzel, Sylvia Gaul, Ernst Hemmert, Ruth Hobi, Beate Hofmeister, Gabriele Isele, Elisabeth Jandl-Jäger, Annette Jessinghaus, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Wolfgang W. Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Margarethe Letzel, Brigitte Macke-Bruck, Christian Metz, Christiane Monden-Engelhardt, Doris Müller, Sybille Neidhart, David Oberreiter, Brigitte Pelinka, Ulrike Rams, Klaus Renn, Eckart Ruschmann, Joachim Sauer, Tobias Steiger, Thomas Sluneko, Gerhard Stumm, Ludwig Teusch, Helena Maria Topaloglou, Johannes Wiltschko, Andreas Wittrahm, Victoria Zipper (Stand: Oktober 2024)

Richtlinien und Hinweise zur Manuskriptabgabe finden Sie auf der hinteren Umschlagseite.

PERSON

29. Jg. 2025, Heft 1

Themenheft Störungs- und situationsspezifische Aspekte der personenzentrierten Beratung, psychosozialen Betreuung und Psychotherapie

Herausgegeben von
Hans-Jürgen Luderer und Dagmar Nuding

Inhalt

Editorial 3

FACHBEITRÄGE

Lore Korbel

Ute Binder und Johannes Binder: Ein theoretischer Ansatz zur Empathie – Eine Einführung 6

Ute Binder und Johannes Binder

Ein theoretischer Ansatz zur Empathie 7

David Fraissl

Personenzentrierte Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung 20

Hans-Jürgen Luderer

Personenzentrierte Psychotherapie und Pharmakologie einer Patientin mit einer schweren
unipolaren Depression: eine Kasuistik 29

Wolfgang Bensel und Hans-Jürgen Luderer

Störungen durch Konsum von Alkohol aus personenzentrierter Sicht 41

Frank Gauls

Personenzentriertes Verständnis und Behandlungskonzepte bei Glücksspiel- und Computerspielsucht 58

Felix M. Böcker

Personenzentrierte Haltung im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung 72

REZENSION

Heidemarie Müllner-Sari

Frank Gauls: Verhaltenssüchte personenzentriert verstehen und behandeln. 83

Editorial

Carl Ransom Rogers entwickelte ab den 1930er-Jahren eines der damals innovativsten Modelle psychosozialer Beratung und Psychotherapie. In den 1950er-Jahren formulierte er Prinzipien für eine helfende professionelle Beziehungsgestaltung mit Personen mit psychischen Problemen – empathisches Verstehen, unbedingte positive Wertschätzung und Echtheit. Sie sind auch heute noch die Grundlage von Gesprächsführung, psychosozialer Beratung und Psychotherapie im personenzentrierten Ansatz mit allen seinen Varianten (z. B. emotionsfokussierte Therapie, Focusing, Gewaltfreie Kommunikation, Motivational Interviewing). In sehr vereinfachter Form sind sie inzwischen zum Allgemeingut geworden.

Fast gleichzeitig beschrieb Rogers, wie psychische Probleme entstehen können, wenn wichtige Bezugspersonen die Betroffenen nicht ohne Vorbedingungen akzeptieren, und wie diese zu internalisierten Widersprüchen führen. Diese fasste er unter dem Begriff der Inkongruenz zusammen (Rogers, 1957, Rogers, 1959).

Die Grundsätze der Beziehungsgestaltung betrachtete Rogers als universell gültig. Universell gültig bedeutet: für alle psychische Probleme und Störungen sowie in allen sozialen Situationen, d. h. in der Familie, in der Schule, in Ausbildung, Studium und Beruf, und auch in der Politik (Luderer, 2022).

Die Beiträge dieser Ausgabe der PERSON setzen sich mit der Frage auseinander, wie es möglich ist, die von Rogers beschriebenen Einstellungen und Handlungsprinzipien im Kontakt mit psychisch kranken Menschen umzusetzen. Dabei wird deutlich werden, dass es bei dieser Gruppe von Personen nicht nur notwendig ist, den Mensch hinter den Symptomen zu erkennen, sondern auch die Symptome selbst ernst zu nehmen und sie in ihrer Bedeutung für die betroffenen Personen zu verstehen.

Lore Korbei leitet den Beitrag von **Ute** und **Johannes Binder** würdigend ein, indem sie die Bedeutung des „einfühlenden Wissens“ für die Personenzentrierte Psychotherapie und die psychotherapeutische Beziehung zu schwer zu verstehenden, „früh -verstörten“ Patient*innen betont.

Das Autorenpaar richtet in seinem Beitrag, der Rückübersetzung eines englischsprachigen Buchbeitrags aus dem Jahr 2001 (Binder & Binder, 2001), den Blick auf Empathie als wesentliches Element der Beziehungsgestaltung in allen Lebensbereichen und in allen Lebensphasen. Sie zeigen auf, wie bereits

Säuglinge, Empathie von Seiten ihrer wichtigen Bezugspersonen erleben, die Fähigkeit entwickeln, den Gesichtsausdruck und die Bewegungen anderer Personen wahrzunehmen, sie nachzuahmen, und damit die Perspektive anderer Personen zu übernehmen. Diese Entwicklungsschritte bilden die Grundlage der Entstehung von Empathie und Altruismus. Lore Korbei würdigt in ihrer Einführung die Genauigkeit, mit der Ute und Johannes Binder die Entwicklung der Empathie von Geburt an nachzeichnen und in den Zusammenhang mit der Diskussion um den Empathiebegriff seit den 1950er Jahren stellen.

Schwere psychische Störungen betrachten Binder und Binder als Folge einer sozial-emotionalen Entwicklung, bei der es an irgendetwas gefehlt habe, wobei noch unklar sei, was gefehlt habe. Personen mit schweren psychischen Störungen haben Probleme, ihre Emotionen zu regulieren, übernehmen die Emotionen anderer Personen ungefiltert und haben Schwierigkeiten, zwischen emotionalen und kognitiven Dimensionen des sozialen Verstehens zu unterscheiden. Hinter den Symptomen stehe aber immer ein Mensch, der emotional mit anderen Menschen verbunden sein und von ihnen erreicht werden möchte. Diese grundsätzliche Einstellung wird auch in den fünf Originalbeiträgen dieser Ausgabe der „PERSON“ deutlich.

David Fraissl erläutert seinen Ansatz der autonomieorientierten psychosozialen Betreuung in einer intensiv betreuten Wohngemeinschaft für psychisch Kranke anhand einer Kasuistik. Ein an einer Schizophrenie erkrankter Bewohner, der ansonsten eher wenig spricht und wenig Kontakt zu anderen Betroffenen aufnimmt, äußert den Wunsch, ein Smartphone zu erwerben. Es stellte sich heraus, dass er das Gerät ausschließlich zum Musikhören verwenden möchte. Der Autor, gleichzeitig Hauptansprechpartner für den Bewohner, erfüllt ihm diesen Wunsch, ohne zunächst den wesentlichen Hintergrund dieses Wunschs zu kennen. Er wusste, dass der Bewohner trotz leitliniengerechter medikamentös antipsychotischer Behandlung an akustischen Halluzinationen in Form von Stimmenhören leidet. Dass der Bewohner die Musik benutzt, um sich von seinen Stimmen abzulenken und sie zu übertönen, erfuhr der Autor aber erst nach dem Kauf und der Einrichtung des Smartphones. Der inzwischen seit längerer Zeit in einer anderen Einrichtung lebende Betroffene stimmte der Veröffentlichung der Kasuistik gerne zu und freute sich über die Kontaktaufnahme durch

den Autor zwei Jahre nach der Verlegung in eine andere Einrichtung. Bemerkenswert bei dieser Behandlung ist die Intensivierung des Kontakts über die Akzeptanz. Der Betreuer erfüllte den Wunsch des Bewohners, auch wenn er nicht wusste und auch zu diesem Zeitpunkt noch nicht ahnte, warum die Anschaffung eines Smartphones und das Musikhören eine solche Bedeutung für die betroffene Person hatte.

In einer weiteren Kasuistik berichtet **Hans-Jürgen Luderer** über die Behandlung einer Patientin mit einer schweren unipolaren Depression. Das weitgehende Fehlen psychosozialer Belastungsfaktoren, welche die Entstehung der Depression hätten erklären können stellt eine Besonderheit aber keine Ausnahme dar, ebenso das intensive Leiden der Patientin an den Symptomen, vor allem an schweren Suizidgedanken, die für die Patientin ebenfalls nicht zu erklären waren. Es gab für sie keinen Grund, sich das Leben zu nehmen, sie wollte leben, dennoch musste sie sich gleichzeitig gegen die Suizidgedanken zur Wehr setzen. Als besonders belastend erlebte sie den Tod eines Onkels, der ebenfalls an einer schweren unipolaren Depression erkrankt war und sich während der Zeit ihrer Behandlung das Leben nahm.

Die schwere Symptomatik erforderte zusätzlich zur intensiven personenzentrierten Psychotherapie eine aufwendige Behandlung mit Psychopharmaka, der die Patientin zunächst skeptisch gegenüberstand. Inhalt der psychotherapeutischen Gespräche waren nahezu ausschließlich die Folgen der Depression, die Begleitung in den Zeiten intensiver Suizidgedanken und die der Patientin durch das personenzentrierte Beziehungsangebot in besonderem Maße vermittelte Sicherheit, diese schweren Zeiten nicht allein durchstehen zu müssen.

In einer umfangreichen Übersichtsarbeit fassen **Wolfgang Bensel und Hans-Jürgen Luderer** das Wissen und die Erfahrung zu Störungen durch Konsum von Alkohol aus personenzentrierter Sicht zusammen. Dabei verdeutlichen die Autoren die Bedeutung der Auseinandersetzung der Betroffenen mit den Folgen des übermäßigen Trinkens und der Abhängigkeit. **Frank Gauls** stellt in einer weiteren Übersichtsarbeit die Glücksspielstörung und die Computerspielstörung vor, die inzwischen in der ICD-11 zu den Suchterkrankungen gerechnet werden. Auch bei diesen Störungen ist die Auseinandersetzung mit den Folgen des Glücksspiels und des Computerspiels ein wichtiger Bestandteil der Beratung und Psychotherapie.

Sowohl in den beiden Kasuistiken als auch bei den beiden Übersichtsarbeiten spielen die **Folgen der jeweiligen Störung als Quelle von Inkongruenzen** und damit als Inhalte beratender und therapeutischer Gespräche eine wichtige Rolle. Rogers (1959) beschrieb ausschließlich die Entstehung von Inkongruenzen als Folge fehlender oder lediglich partieller Akzeptanz durch wichtige Bezugspersonen. Es ist davon auszugehen, dass er psychosoziale Belastungen und die dadurch entstehenden

Inkongruenzen als Faktoren, die in psychosoziale Probleme und Störungen hineinführen sieht, d. h. als (Teil-)Ursachen des jeweiligen Problems oder der jeweiligen Störung. Bensel (2003) wies darauf hin, dass auch die Störungen selbst zur Quelle von Inkongruenzen bei Personen mit Alkoholabhängigkeit werden können und schlug dafür die Bezeichnung „sekundäre Inkongruenzen“ vor. Behr et al. (2020) griffen diesen Vorschlag auf und zeigten, dass bei allen psychischen Störungen sekundäre Inkongruenzen in Form des Leidens unter den Symptomen und den körperlichen wie psychosozialen Folgen der jeweiligen Störung auftreten.¹

Das **Motivational Interviewing (MI)**, eine personenzentrierte Methode, die in den 1980er-Jahren im Rahmen der Beratung und Therapie suchtkranker Personen entstand (Miller & Moyers, 2017) verwendet an Stelle des Inkongruenzbegriffs die Bezeichnung „Diskrepanzen“. Dieser Begriff bezeichnet den erlebten Widerspruch zwischen dem aktuellen Erleben und Verhalten einer Person auf der einen und ihren Zielen und Werten auf der anderen Seite. Er ist nicht, wie der Inkongruenzbegriff, mit Theorien zur Entstehung psychischer Probleme und Störungen verknüpft. Das MI betrachtet Diskrepanzen als Hindernis bei der Lösung von Problemen. Eine wichtige therapeutische Aufgabe im MI ist es, Diskrepanzen zu erkennen, sie gemeinsam mit der betroffenen Person anzusprechen und sie dann herauszuarbeiten („develop discrepancies“, Miller & Rose, 2009). Die von Miller & Rollnick (2015, S. 285 ff.) genannten Beispiele von Diskrepanzen bei suchtkranken Personen beziehen sich inhaltlich fast ausschließlich auf Folgen des Substanzkonsums. Insofern sind Diskrepanzen, vor allem bei der Gruppe der Personen mit Störungen durch Substanzkonsum und Verhaltenssuchte, überwiegend als sekundäre Inkongruenzen zu verstehen.

Ein völlig anderes Thema greift **Felix M. Böcker** auf. Er stellt sich die Frage, wie es möglich ist, eine personenzentrierte Haltung im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung zu verwirklichen. Dabei weist er zunächst darauf hin, dass die Begutachtenden die Pflicht haben, eine neutrale Haltung einzunehmen und eine neutrale Beurteilung zu formulieren, auf deren Basis Gerichte oder andere Auftraggeber bestimmte Entscheidungen treffen können. Diese Entscheidungen können im Widerspruch zu den Interessen der jeweils betroffenen Personen stehen. Insofern ist eine nicht an Bedingungen geknüpfte positive Wertschätzung in der Rolle als begutachtende Person nur mit Einschränkungen möglich. Auch das einführende Verstehen ist

1 Swildens (1991) hatte die Begriffe der primären und sekundären Inkongruenz erstmals verwendet, allerdings in einer völlig anderen Bedeutung. Primäre Inkongruenzen sind bei ihm internalisierte Widersprüche, die als Folge von Belastungen und Traumata in der frühen Kindheit auftreten, sekundäre Inkongruenzen entstehen in späteren Lebensabschnitten.

nicht ohne Einschränkungen möglich. Es kann sogar zu Problemen führen, wenn Betroffene bei der Untersuchung einer besonders einfühlsamen begutachtenden Person Sachverhalte mitteilen, die ihren Interessen widersprechen. Die Verteidigung könnte dann der begutachtenden Person vorwerfen, sich das Vertrauen der betroffenen Person erschlichen zu haben. Bei Kongruenz und Transparenz gibt es dagegen wesentlich geringere Einschränkungen. Böcker weist in diesem Zusammenhang auf eine häufig praktizierte Intransparenz hin, die Verwendung von Fragebögen, welche die Tendenz zu unwahren Angaben bei Betroffenen messen sollen. Diese „Lügenskalen“ lehnt der Autor ab, zum einen, weil die Betroffenen über den Sinn dieser Tests im Unklaren gelassen werden, zum anderen, weil aufgrund der Testergebnisse noch nicht einmal gesagt werden kann, ob die betroffene Person bei einer bestimmte Frage unwahre Angaben gemacht hat.

Zusammenfassend ist es beim Umgang mit psychisch kranken Menschen wichtig, immer die betroffene Person hinter den Symptomen zu sehen und die Betroffene nie auf ihre Erkrankung zu reduzieren. In gleicher Weise bedeutsam ist es jedoch, die Symptome sowie die psychosozialen und körperlichen Folgen der jeweiligen Erkrankungen im Auge zu behalten und ernst zu nehmen.

Hans-Jürgen Luderer und Dagmar Nuding

Literatur

- Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). Störungen durch Alkohol und andere psychotrope Substanzen. In: Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). *Gespräche hilfreich führen. Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen*, S. 331–359. Beltz-Juventa.
- Bensel, W. (2003). Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 34, 67–74.
- Binder, U. & Binder, J. (2001). A theoretical approach to empathy. In Haugh, S. & Merry, T.: *Rogers' therapeutic conditions. Evolution, theory and practice*, Vol. 2, *Empathy*. PCS Books.
- Luderer, H. J. (2022). Carl Rogers und sein Beitrag zur Entwicklung von Beratung und Psychotherapie. Schwerpunkt: Carl R. Rogers zum 120. Geburtstag. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 53 (3), 6–12.
- Miller, W. R. & Moyers, T. B. (2017). Motivational interviewing and the clinical science of Carl Rogers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 757–766. <https://doi.org/10.1037/ccp0000179>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung*, 3. Auflage. Lambertus.
- Rogers C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 95–103.
- Rogers C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (Hrsg.). *Psychology: A Study of a Science* Vol. 3. New York (Mc Graw-Hill), S 184–256. Deutsch: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. GwG, 1987.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des Klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. GwG-Verlag.

Ute Binder und Johannes Binder: Ein theoretischer Ansatz zur Empathie – Eine Einführung

Lore Korbei

Ute Binder hat bereits 1994 gemeinsam mit ihrem Mann Johannes das Konzept Empathie als „überlebensnotwendige arteigene Fähigkeit definiert, ohne die eine Orientierung in sozialen Beziehungen nicht funktioniert“ (Binder & Binder, 1994, S. 37). Die Genauigkeit, mit der die Autor*innen die Empathie-Entwicklung von Beginn des Lebens an nachzeichnen, ermöglicht Abweichungen davon einer eventuell pathologischen Entwicklung zuzuordnen. Durch diese „Verstehenshypothesen“ wird die Treffsicherheit einer empathischen Beziehungsaufnahme durch Psychotherapeut*innen erhöht.

Die Wichtigkeit des „einfühlenden Wissens“ in der Personzentrierten Psychotherapie ist unbestritten. Rogers' „fresh eyes and open mind“ sind im Rahmen der psychotherapeutischen Beziehung ebenfalls essenziell – dienen doch vor allem die Unterschiede davon sich im Rahmen der Hermeneutischen Empathie (Keil, 1997) dem Noch-nicht-Verstandenen zuzuwenden. Durch die jeweils biographischen Gegebenheiten wird es möglich, auch das schwer Verstehbare zu verstehen, die oft gar nicht so selbstverständliche Empathie für Personen, die „früh-verstört“ wurden, aufzubringen. Dieser Artikel erleichtert ein Verständnis der Klient*innen durch das Erkennen von frühen Formen der Empathie, wie z. B. personal distress oder strategischer Empathie, die manchmal auch Psychotherapeut*innen nicht fremd sind. Ganz im Sinne von Rogers erklären Binder und Binder pro-soziale Empathie als Eckpfeiler der Veränderungstheorie.

Die Autor*innen betonen auch hier die Dreieinigkeit der Empathie mit der Kongruenz und der Bedingungslosen Akzeptanz, sowie den Glauben an die Aktualisierungstendenz. Auch wie sich weltweit Mutter-Kind Interaktionen aller Kulturen gleichen.

Ein kurzer Einschub noch zur Differenz zwischen Rogers' und Kohuts unterschiedlich gesehenen Empathie (Zeig, 1987; Rogers & Schmid, 1991). Kohut, so meint Rogers, „benütze“ sein Einfühlungsvermögen zur intellektuellen „Datensammlung“, während er – Rogers – ein „feinfühligere Begleiter“ seiner Klient*innen sein möchte bei der Reise zu sich selbst.

Ein Schlaglicht auch noch auf die Reziprozität der Empathie, die mir durch die sechste der Psychotherapeutischen Bedingungen von Rogers gegeben erscheint, ist auch im Buber-Rogers Dialog von 1957 ein essenzieller Punkt (Anderson & Cissna, 1997). Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist auch der Band „Empathy Reconsidered“ (Bohart & Greenberg, 1997).

Literatur

- Anderson, R. & Cissna, K.N. (1997). *The Martin Buber – Carl Rogers dialogue*. Albany: State University of New York Press.
- Binder, U. & Binder, J. (1994). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie: Schizophrene Ordnung. Psychosomatisches Erleben. Depressives Leiden*. Dietmar Klotz.
- Bohart, A. C. & Greenberg, L. S. (1997). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10226-000>
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person 1* (1), 5–12.
- Rogers, C. R., & Schmid, P.F. (Hrsg.). (1991). *Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. Mainz: Grünewald.
- Zeig, J. K. (ed.) (1987). *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Ein theoretischer Ansatz zur Empathie

Ute Binder und Johannes Binder

Zusammenfassung

Dieser Artikel basiert auf unserer Arbeit mit schwer psychisch beeinträchtigten Patient:innen und auf Forschungsergebnissen der Entwicklungspsychologie und -psychopathologie, er versucht unser Verständnis von Empathie als zentrales Konzept der Entwicklungspsychologie, der Entwicklungspathologie, der Ätiologie von Störungen und der Psychotherapie zu erweitern. Defizite und Verschlechterungsprozesse in der frühen Entwicklung von Empathie werden als entscheidend für die Entstehung von schweren Störungen betrachtet. Die therapeutische Empathie wird als ein prosozialer emotionaler Bezugsrahmen für die Wahrnehmung und das Verständnis des Erlebens des/der Klient:in/Patient:in definiert. Die therapeutische Empathie zielt auf ein komplexes Verstehen der relevanten Prozesse ab, die eine Veränderung ermöglichen.

Schwere Störungen/psychotische Prozesse werden als Prototyp für einen tieferen und spezifischeren Ansatz zum Verstehen von Klient:innen/Patient:innen veranschaulicht. Es wird davon ausgegangen, dass für Menschen mit unterschiedlichen Leidensformen ein ähnlicher Ansatz für die Entwicklung eines störungsspezifischen empathischen Verständnisses hilfreich sein könnte, da wir mit dem derzeitigen Stand der Theorie, Forschung und Psychotherapiepraxis kaum zufrieden sein können.

Schlüsselwörter: Personzentrierte Psychotherapie, Entwicklungspsychologie, schwere psychische Beeinträchtigungen, empathisches Verstehen

Summary

A Theoretical Approach to Empathy

This article, based on our work with severely disturbed patients and on research findings in developmental psychology/psychopathology, tries to enlarge our understanding of empathy as a core concept in developmental psychology, developmental pathology, aetiology of disorders and psychotherapy. Deficits and deteriorating processes in early empathy development are considered to be decisive for the onset of severe disorders. Therapeutic empathy is defined as a pro-social emotional frame of reference for the awareness and the understanding of the client's/patient's experience. Therapeutic empathy aims at a complex understanding of processes that are relevant for change to occur.

Severe disorders/psychotic processes are exemplified as a prototype for a deeper and more specific approach of understanding clients/patients. It is assumed that for people suffering in different ways a similar approach of working out a disorder-specific empathic understanding might be helpful, because we can hardly be satisfied with the state of the art in theory, research and psychotherapeutic practice.

Key words: Person-centered psychotherapy, developmental psychology, severely disturbed persons, empathic understanding

<https://doi.org/10.24989/person.v29i1.2>

Ute Binder war Personzentrierte Psychotherapeutin, die gemeinsam mit ihrem Mann Johannes Binder in einer Gemeinschaftspraxis tätig war. Beide setzten sich über Jahrzehnte mit der Psychotherapie schwer beeinträchtigter Betroffener auseinander und vertraten dabei die Auffassung, dass bei diesen Personen in der Regel langfristige und intensive Psychotherapien erforderlich seien. 1981 erschien das gemeinsame Buch „Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen“ in der Fachbuchhandlung für Psychologie, Frankfurt. Ute Binder verstarb im Jahr 2010.

Dieser Artikel ist eine Rückübersetzung des Buchbeitrags „Binder, U. & Binder, J. (2001). A theoretical approach to empathy. In Haugh, S. & Merry, T.: *Rogers' therapeutic conditions. Evolution, theory and practice, Vol. 2*, Empathy. PCSS Books. Die Übersetzung in die englische Sprache und auch die Rückübersetzung ins Deutsche erfolgte durch Frau Elisabeth Zinschitz, da das deutschsprachige Manuskript aus 2001 verloren ging.

I. Vorwort

Zunächst werden wir einige Definitionen der Bedeutung und der Funktion von Empathie in einer mehr oder weniger theoretischen Diskussion abhandeln. Um zu einem spezifischen Verständnis von Empathie in Übereinstimmung mit dem personenzentrierten Ansatz gelangen zu können, müssen wir Empathie und ihre Entwicklung in intersubjektiven Situationen im Alltag sowie auch im Sinne einer therapeutischen Methode betrachten. Als möglicher Prototyp werden wir in der Folge die Idee einer auf Empathie basierenden Theorie des Verstehens sowie die praktischen Implikationen einer klientenzentrierten Behandlung von Menschen mit schweren Störungen veranschaulichen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass wir dabei die bedingungslose Wertschätzung, die Kongruenz, den Glauben an die Aktualisierungstendenz und die anderen von Rogers (1959) formulierten notwendigen Bedingungen außer Acht lassen sollten.

II. Die Bedeutung und Funktion der Empathie und ihre grundlegenden Implikationen für die klientenzentrierte Psychotherapie

1. *Es reicht nicht aus, Verständnis vorzutäuschen*

Um zu einem störungsspezifischen Verständnis zu gelangen – und das ist eine Voraussetzung für eine konstruktive therapeutische Arbeit – müssen wir die gegenwärtige Erlebensweise eines Menschen und ihre Auswirkungen auf dessen psychische Situation sowie auf die Entwicklung der Störung und die Person verstehen. Dafür sind Konzepte, Erkenntnisse und Forschungsergebnisse der Entwicklungspsychologie sowie der Entwicklungspathologie, die sich auf zentrale Aspekte konstruktiver oder eingeschränkter Entwicklungsbedingungen und -prozesse auf der zwischenmenschlichen Ebene beziehen, von wesentlicher Bedeutung für die klinische therapeutische Arbeit. Zu verstehen – im Sinne eines semantischen Verstehens –, was der/die Patient:in kommuniziert, ist der erste Schritt in einem äußerst komplexen interaktionellen Prozess. Wenn wir jedoch nicht über diesen ersten Schritt hinausgehen, wird unser empathisches Verständnis begrenzt bleiben. Wir haben noch einen weiten Weg vor uns, bis wir unsere Patient:innen in vielen Bereichen ihres Leidens ausreichend verstehen. Der medizinische Bereich ist nicht der einzige in dem es zahlreiche ungelöste Probleme gibt; gleiches gilt für die klientenzentrierte Theorie und Praxis.

2. *Es gibt keine egozentrische Phase im Leben eines Menschen*

Wenn wir uns den Beginn des Lebens eines Säuglings ansehen, dann gibt es unter anderem eine wichtige Vorbedingung. Damit wir uns artspezifisch entwickeln können, bedürfen wir zumindest einer rudimentären Fähigkeit zur alterszentrischen Partizipation (Bräten, 1998) und Nachahmung (Meltzoff & Moore, 1998).

Alterzentrische oder alterszentrierte Partizipation ist ein Fachbegriff für die Angewohnheit Neugeborener, Gesichtsausdrücke und Bewegungen aus der Position des Gegenübers zu beobachten. Indem der Säugling dies tut, entwickelt er ein emotionales Gedächtnis vor der Entstehung eines Selbst oder einer Selbstwahrnehmung.

„Diese emotionale Fähigkeit zur alterszentrischen Teilnahme entsteht vermutlich aus einem architektonisch begrenzten und emotional geförderten intersubjektiven Begleiterraum, der eine angebotene körperliche, Selbst-/virtuelle und andere Asymmetrie beinhaltet.“ (Bräten, 1998, p. 118).¹

Wenn wir von dieser Annahme ausgehen können, dann können wir jegliche Mutmaßungen über eine kindliche Egozentrität beiseiteschieben und wir müssten ebenfalls die Theorien über eine frühkindliche Symbiose überarbeiten. Eine alterszentrische Partizipation und ein emotionales Gedächtnis könnten die Voraussetzung für die spätere Entwicklung von Empathie und von wechselseitigen sozialen Interaktionen sein, und dies unterscheidet sich von der kognitiven Fähigkeit durch Nachdenken den Anderen zu verstehen.²

Alterszentrische Partizipation und Nachahmung bilden die Voraussetzungen für weitere Entwicklungsschritte. Dennoch können diese durch Handlungen der Bezugsperson angeregt oder abgeschwächt werden. In der späteren Kindheit sind zwischenmenschliche Aktivitäten, wie sekundäre Intersubjektivität (Bräten, 1998)³ und geteilte Aufmerksamkeit, die zu der Fähigkeit des Symbolisierens führen, menschliche Dispositionen. Die gesunde Entwicklung dieser Dispositionen hängt von der Anzahl der durch die Bezugsperson angebotenen Reize ab.

1 Übersetzt für diesen Artikel durch die Übersetzerin desselben. Die Seitenzahl bezieht sich auf das englische Original wie in der Literaturliste am Ende dieses Artikels angegeben.

2 Laut Bräten (1998) ist bei autistischen Kindern die Fähigkeit zu einem emotionalen Gedächtnis und einer alterszentrischen Partizipation beeinträchtigt.

3 Primäre Intersubjektivität bezieht sich auf die zwischenmenschliche Aktivität zwischen Bezugsperson und Kleinkind (Subjekt-Subjekt); sekundäre Intersubjektivität bezieht sich auf das gemeinsame Spiel und das Teilen des gemeinsamen Interesses für ein Objekt (Subjekt-Objekt-Subjekt).

Die moderne Entwicklungspsychologie und Entwicklungspathologie (Cicchetti & Carlson, 1989) betrachten die primäre und sekundäre Intersubjektivität (Bräten, 1989), die emotionale Selbstregulation (Bridges & Grolnick, 1995) sowie die Empathie als ausschlaggebend für eine normal funktionierende sozio-emotionale Entwicklung.

Die zwischenmenschlichen Aktivitäten des Kleinkindes sind entscheidend für die Entwicklung des Selbst (Hattie, 1992), des Selbstbewusstseins und der Wahrnehmung anderer und, über prä-empathische Formen, für die Entwicklung der Empathie (Binder, 1994a; Bischof-Köhler, 1989; Feshbach, 1990; Hoffman, 1990). Die Entwicklung der Empathie ist eng mit dem Phänomen der sozialen Wahrnehmung verbunden, d. h. der Fähigkeit entweder in der Wirklichkeit oder mittels Vorstellungskraft soziale (ausdrucks- oder situationsbezogene) Signale zu vermitteln, zu empfangen und nachzuzahlen.

Diese Fähigkeit wird sichtbar in unterschiedlichen Ausprägungen auf der inter-individuellen sowie auf der intra-individuellen Ebene. Anders ausgedrückt, trotz einer allgemeinen Fähigkeit zu empathischem Verstehen und Reagieren, verhalten und fühlen wir uns bereichsabhängig ziemlich unterschiedlich. Unsere Tendenz empathisch zu sein hängt von einer Reihe Bedingungen ab: der Eindeutigkeit der ausgesandten Signale, die Nähe der Beziehung, unserer Gemütsverfassung, unserer Interpretation des Zustandes unseres Mitmenschen, der Situation und unserer daraus resultierenden Motivation.

Zum Beispiel neigt ein/eine glückliche(r), gesunde(r) und liebende(r) Mutter oder Vater in einem Zustand der Kongruenz und des Selbstvertrauens viel eher dazu, empathisches Verständnis für das emotionale Bedürfnis seines/ihres Kindes nach Zuneigung zu haben als beim Anblick eines schwer leidenden, hässlich aussehenden Fremden, wenn er/sie sich selbst elend fühlt und schon zu spät für ein persönlich wichtigen Termin ist. Wie Batson und Oleson anführen (1991): „Empathie ist eine zerbrechliche Blume, die leicht durch Selbstbezogenheit zerquetscht werden kann“. (S.82)⁴ Empathie als eine angeborene menschliche Veranlagung ist eine Vorbedingung für Bindung und intersubjektive Bezogenheit, die prosoziales Handeln und Fühlen einschließt. In Hoffmans (2000) grundlegendem Werk über moralische Entwicklung ist Empathie die Kernbedingung. Batson und Oleson (1991) kommen zu der Schlussfolgerung, dass Empathie zumindest die häufigste, wenn nicht einzige Quelle von Altruismus sei. Wir können folgendes Zitat von Batson und Oleson vorläufig als eine schöne Bestätigung von Rogers (1961) positiver Sicht auf Menschen als grundlegend, konstruktiv und vertrauenswürdig betrachten:

„Wenn die Empathie-Altruismus-Hypothese zutrifft, dann erzeugt dies ein breites Spektrum an Konsequenzen ... Wir müssen dann unsere Sichtweise der menschlichen Natur und der menschlichen Fähigkeit zur Anteilnahme radikal überdenken. Zu behaupten, dass wir zur altruistischen Motivation fähig sind, bedeutet, dass uns das Wohlergehen anderer wichtig ist, und zwar um ihretwillen und nicht einfach nur um unseres eigenen willen.“ (Batson & Oleson, 1991, S. 81).

Wir gehen davon aus, dass es im Kontext der Entwicklung empathischer Strukturen autonome Prozesse in der sozialen Interaktion gibt, die von grundlegender Bedeutung für die Entfaltung und Weitergabe unserer komplexen Wertesysteme sind. Oatley und Jenkins (1996) schreiben:

„So wie die Empathie eine emotionale Grundlage für das Moralempfinden des Kindes anderen Kindern gegenüber bildet, kann emotionale Empathie für andere Menschen und Kulturen eine Basis für eine interkulturelle Moral werden. Gäbe es keine universellen Emotionen, dann gäbe es auch keine Grundlage für ein gemeinsames Handeln auf der Welt oder kein menschliches Mitgefühl für die Unterdrückten, keine Empörung gegenüber Tyrannei, keine Leidenschaft für Gerechtigkeit, keine Sorge um den Schutz oder das Teilen der in der Welt vorhandenen begrenzten Ressourcen.“ (S. 310)

3. *Kognitive versus emotionale/affektive Aspekte des sozialen Verstehens*

In Bezug auf Empathie und soziales Verstehen wird derzeit diskutiert, ob diese Fähigkeiten in erster Linie auf dem emotionalen/affektiven System beruhen oder ob sie als kognitive Funktionen zu verstehen sind.

Unserer Ansicht nach stimmt die lediglich kognitivistische Sichtweise nicht mit den beobachtbaren Konsequenzen von Defiziten, Störungen, Abweichungen und Variationen des empathischen Verständnisses sowohl beim Sender als auch beim Empfänger überein. Allerdings kann unser Ausgangspunkt, Empathie als eine Funktion des emotionalen/affektiven Bezugssystems zu definieren, auch nicht alle Dimensionen des sozialen Verstehens und Verständnisses erklären. Diese Phänomene, obwohl sie auf denselben ausdrucks- oder situationsbezogenen Anhaltspunkten basieren, erfüllen klarerweise motivationale Bedürfnisse, die als mehr oder weniger egoistisch beschrieben werden können, während Empathie auf eine prosoziale Motivation ausgerichtet ist. Deshalb halten wir es nicht nur für klug, sondern sogar für äußerst notwendig, für den personenzentrierten Ansatz die empirisch nachgewiesene (Bryant, 1990) und ausführlich erklärte (Binder, 1996a; Binder, 1996; Bischof-Köhler, 1989) Unterscheidung zwischen Empathie und kognitiver sozialer Perspektivenübernahme zu übernehmen.

Um es kurz zu halten, geben wir hier ein einfaches Beispiel: Wenn du zu einem See kommst und nicht sicher bist, ob du nur spazieren gehen oder gar schwimmen gehen magst, wirst

⁴ Siehe Fußnote 1.

du zunächst die Menschen im See beobachten. Du siehst dann eventuell ein paar junge, starke Burschen, die sich amüsieren, und ein paar andere, die ängstlich oder verunsichert aussehen und denen höllisch kalt ist. Wenn du ein empathisches Bezugssystem benutzt, dann suchst du Blickkontakt und schaut vielleicht abschätzend auf die Fröhlichen und mitfühlend auf die Frierenden – unabhängig davon was du selbst für dich entscheidest wirst.⁵ Wenn du sie alle beobachtest, um zu einer Entscheidung zu kommen, was du tun wirst, dann benutzt du das System der kognitiven sozialen Perspektivenübernahme und vermeidest Blickkontakt. Wenn du dich für mutig hältst, springst du einfach ins Wasser. Wenn du meinst, du seist schüchtern, wirst du so tun, als wärest du überhaupt nicht an einer Schwimmrunde interessiert, und einfach weggehen.

Ohne Empathie, empathische Kommunikation und Beziehung, gäbe es weder psychologisches Überleben noch Wachstum. Ebenso wichtig ist die kognitive soziale Perspektivenübernahme als eine instrumentelle Fähigkeit. Sie kann als Überlebensstrategie betrachtet werden, die dazu dient, unser Territorium und uns selbst zu verteidigen und in einer sozialen Umgebung zurechtzukommen, die nicht ganz frei von Gefahr für unser Leben ist. Normalerweise sind Menschen imstande angemessene Entscheidungen zu treffen, sich flexibel zu bewegen und zwischen diesen emotionalen und kognitiven Dimensionen des sozialen Verstehens zu unterscheiden. Kognitive soziale Perspektivenübernahme kann innerhalb der Beziehung neutral oder sogar negativ sein, während Empathie mit Akzeptanz und Kongruenz zusammenhängt.

4. *Vorrangstellung der affektiven emotionalen Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Bewältigungssysteme*

Nach unserem Verständnis liegt die Ursache für psychische Störungen, und insbesondere die schweren, auf der affektiv-emotionalen Ebene. Affektive emotionale Störungen beeinträchtigen das Verständnis des/der Patienten/in, seine/ihre Fähigkeit, sich verständlich zu machen und in zwischenmenschlichen Begegnungen verstanden zu werden. Wir sind sicherlich nicht die einzigen, die meinen, dass die affektiv-emotionalen Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Bewältigungssysteme den rational-kognitiven Systeme vorausgehen. Wir haben hier unter vielen Möglichkeiten drei Zitate ausgewählt. Das erste stammt von Mogel in Zusammenhang mit seiner empirischen Forschung zur Veränderung von Erlebensmustern bei Kindern:

⁵ Laut Bavelas et al. (1990), ist Empathie, sogar in ihrer primitiven Form der Bewegungsnachahmung (motor-mimicry) im Grunde kommunikativ.

Innerhalb der gesamten Regulation psychischer Prozesse und bezüglich der Struktur ihrer intra-individuellen Organisation, kommt Emotionen m.E. eine Schlüsselrolle zu, weil sie praktisch immer psychische und verhaltensmäßige Manifestationen und damit ein aufschlussreiches Bindeglied zwischen dem Innen und dem Außen sind (Mogel, 1990, S.41).

Da seit dem Entstehen des personenzentrierten Ansatzes viele Jahre vergangen sind, möchten wir hier eine kritische Anmerkung machen. Wir fragen uns, weshalb es nie gelungen ist, deutlich zu machen, dass der Ansatz die Verbindung zwischen dem ‚Innen‘ der Psychoanalyse und dem ‚Außen‘ der Verhaltenstherapie ist. Das nächste Zitat stammt aus einem Artikel über spontane affektive Kommunikation und Altruismus:

„Die Fähigkeit zu Altruismus und Kommunikation – hier im Sinne von Empathie gemeint –, hat eine affektive Grundlage und erfordert, wenn sie beeinträchtigt ist, einen affektiven Ansatz zur Wiederherstellung, der dem Rational-kognitiven sowohl in der Therapie bei Menschen als auch bei Tieren vorangeht.“ (Buck & Ginsburg, 1991, p. 160).

Ross Buck ist Psychologe und ein in der Kommunikationsforschung tätiger Wissenschaftler. Benson Ginsburg ist ebenfalls Psychologe sowie Biologe und Verhaltensforscher und außerdem Humangenetiker. Sie stellten die Hypothese auf, dass spontane affektive Kommunikation die notwendige Voraussetzung für die Entwicklung empathischer Emotionen und damit für affektive soziale Bindungen ist. Spontane affektive Kommunikation muss zuerst stattfinden und ist für die Fähigkeit kognitiven Lernens unabdingbar.

Das letzte Zitat kommt aus dem Bereich der neurologischen Forschung.

„Und auf jeder Ebene üben emotionale und motivationale Prozesse spezifische Kontrollen auf das kognitive Repräsentationssystem aus. Die biologische Perspektive zeigt, dass Emotionen nicht nur epiphänomenale, subjektive Produkte des psychischen Apparats sind. Sie sind tatsächlich die Motoren des Geistes.“ (Tucker et al., 1990, S. 164)

5. *Die frühkindliche Entwicklung und ihre Implikationen für die Psychotherapie*

Wenn wir uns die normale frühkindliche Entwicklung ansehen, finden wir gemeinsame Merkmale für die Mutter-Kind Interaktion in allen Kulturen – Merkmale, die deutlich mit dem übereinstimmen, was Proust (1994) ‚psychologischen Kontakt‘ nennt. Dabei handelt es sich um eine Art empathisches Verstehen, das darauf abzielt, emotionalen Kontakt herzustellen.

Die Empathie der primären Bezugsperson ist von großer Bedeutung in der Entwicklung des Selbst, des Selbstkonzepts, der Bindungsfähigkeit, des sozialen Verstehens, der Kontrolle über die Umgebung und der emotionalen Selbstregulation. Aus

Forschungsergebnissen der Entwicklungspathologie wissen wir, dass das Ausmaß erfolgreicher empathischer Prozesse sowohl von der empathischen Fähigkeit der Bezugsperson als auch der des Kindes abhängt. Es scheint, dass bei manchen Kindern deren Mütter ebensolche Schwierigkeiten haben, empathisch zu sein wie wir als Therapeut:innen bei manchen Patient:innen (Kasari & Sigman, 1996). In Bezug auf den therapeutischen Prozess führt eine Beeinträchtigung auf der affektiv-emotionalen Ebene der Intersubjektivität zu einer Situation, in der die Patient:innen manchmal Schwierigkeiten haben, sich der konstruktiven Beziehungskonditionen bewusst zu sein, und die Therapeut:innen es schwer finden, diese anzubieten. Darüber hinaus ist der/die Patient:in dermaßen auf die Beziehung konzentriert, dass es dem therapeutischen Prozess eher die Energie entzieht, als dass dieser eine solche erzeugt. Solange ich kein angemessenes emotionales Bezugssystem für soziale Wahrnehmungen habe, d. h. solange ich nicht weiß, ob jemand Freund oder Feind ist, solange bin ich nicht imstande, eine emotionale Einschätzung zu machen und bleibe unsicher, wie ich mich in der Beziehung zu verhalten habe. Solange ich unsicher darüber bin, was ich erlebe, weiß ich auch nicht, welche Möglichkeiten ich habe, um meine Beziehung und meine Kommunikationsweise zu regulieren und zu gestalten. Das bedeutet, dass es weder ein Zeichen einer Krankheit noch typisch für eine schwere Störung ist, wenn ein Mensch vorerst daran interessiert ist herauszufinden, ob er oder sie der Beziehung vertrauen kann oder nicht.

Aufgrund der zentralen Überzeugungen in der humanistischen therapeutischen Richtung über Entwicklung, Wachstum und psychologische Gesundheit und über die Fehlfunktion und Stagnierung, ist empathisches Verstehen Teil des affektiv-emotionalen Bezugssystems im Allgemeinen sowie in der therapeutischen Situation. Das bedeutet, dass das Primat der affektiv-emotionalen Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Bewältigungssysteme als ein zusätzliches Axiom wichtige Konsequenzen und Auswirkungen für die Theorie, für die Forschung und für die praktischen therapeutischen Behandlungsmethoden hat. Empathie ist im personenzentrierten Ansatz weder lediglich ein Aspekt des Aufbaus einer positiven therapeutischen Beziehung – alle therapeutischen Methoden stellen den Anspruch, dass sie sie dafür anwenden – noch ist sie eine Schatulle empathischer Intuition oder Gegenübertragung, wo du Informationen zum Zwecke analytischer Interpretation zu einem angemessenen Zeitpunkt einlagern kannst. Da die Empathie untrennbar mit den anderen von Rogers formulierten notwendigen Bedingungen und dem Prinzip der Aktualisierungstendenz und der

formativen Tendenz des Organismus⁶ verbunden ist, kann es als die Methode selbst betrachtet werden.

Wir können den personenzentrierten Ansatz als psychologischen Kontakt definieren, der auf emotionale Bezogenheit abzielt und als solcher ist dieser in Prinzip im motivierend-prosozialem empathischen Verstehen und dessen Kommunikation begründet, entweder über verbale oder andere Mittel.

6. *Ein neues Verständnis therapeutischer Empathie*

Im Nachfolgenden werden wir Gedanken über die Empathie als ein komplexes Bezugssystem sowie über die therapeutischen Implikationen anbieten.

Aus dem, was oben beschrieben wurde ist klar geworden, dass wir eine präzisere, differenziertere und weniger restriktive Definition von Empathie als ein zentrales therapeutisches Mittel konstruieren müssen, die mit den therapeutischen, klinischen Erfahrungen und dem Status der Forschung übereinstimmen sollte. Dies erscheint auf einer theoretischen und praktischen Ebene wichtig zu sein, um zu einer besseren Beschreibung und Erklärung eines zentralen Phänomens in der Psychotherapie zu gelangen. Wir möchten hier eine solche Definition anbieten, die Rogers (1959) ursprünglichen Gedanken umfasst und ebenfalls mit der kontinuierlichen Entwicklung der therapeutischen Praxis und Forschung, die Forschungsergebnisse in der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspathologie inkludierend, übereinstimmt. Das sollte es möglich machen, die hervorstechende Stellung der personenzentrierten Psychotherapie umfassender, spezifischer und mit einer klinischen Orientierung zu beschreiben.

Empathie in einem psychotherapeutischen Sinne

Wir definieren Empathie (d. h. empathische Prozesse, empathisches Verstehen und die Kommunikation dieser Empathie) als ein prosoziales affektiv-emotionales Bezugssystem für das Wahrnehmen und das Verstehen des Erlebens des/der Klient:in/Patient:in. Dies schließt seine/ihre phänomenale Welt (das Erleben), deren Inhalte und Bereiche, deren Bedeutungen, deren Funktionen, deren Struktur, deren Dynamiken, deren Entwicklung mit ein. Implizit umfasst die Definition ebenfalls die Konditionen, die für das therapeutische Prozedere und für Veränderung relevant sind (Binder & Binder, 1998).

Dies hat Konsequenzen für das therapeutische Konzept der Empathie, von denen wir einige hier auflisten möchten.

⁶ Buck und Ginsburg (1991) stellten die Hypothese eines spontanen kommunikativen Gens auf, das intra- und inter-individuell in allen lebenden Organismen aktiv ist.

Emotional affektive Systeme entwickeln und verändern sich während unseres gesamten Lebens, und zwar abhängig von unseren sozialen Erfahrungen und den impliziten und expliziten Lernprozessen. Sie werden immer komplexer, differenzierter, mehr bereichsspezifisch und mehr verfügbar. Die emotional affektiven Bezugssysteme assimilieren kognitives Material in ihrer Struktur, ohne selbst zu kognitiven Systemen zu werden. Deshalb muss die situationsspezifische Aktivierung des empathischen Bezugssystems im therapeutischen Prozess nicht über das kognitive System stattfinden. Die empathische Reaktion ist unmittelbar und direkt. Der Grund dafür liegt in der Tatsache, dass das empathische Bezugssystem so eingerichtet ist, dass es auf unterschiedliche Bedürfnisse reagieren kann. Es ist sehr komplex und hoch differenziert. In der Arbeit mit Patient:innen mit verschiedenen Störungen, muss der/die Therapeut:in nicht immer sein/ihr gesamtes Wissen anwenden, um verstehen oder handeln zu können. Das rezeptive System des oder der Therapeuten/in ist in einer solchen Weise strukturiert, dass er oder sie sofort intensiv und emotional auf empathische Weise und auf verschiedenen Ebenen versteht, was der/die Klient:in ihnen versucht zu vermitteln: Das ist vergleichbar mit der Tatsache, dass in den meisten verbalen Kommunikationen die grammatikalische Struktur nicht repräsentiert sein muss. Die Sprache der Störung kann therapeutisch verstanden werden, sobald die Struktur der Störung für das empathische Bezugssystem zugänglich geworden ist.

Emotional affektive Systeme gehören zu den Bereichen, die der emotionalen Selbstregulation zugänglich sind. In der therapeutischen Situation ist es die Aufgabe des oder der Therapeuten/in Selbstregulation zu benutzen, um sich selbst nicht diffusen empathischen Aufregungszuständen bloßzustellen und um mit Empathie in einer für die Patient:innen und ihren Problemen angemessenen Weise zu arbeiten. Emotional affektive Bezugssysteme schließen immer eine motivationale Regulierung und Handlungsimpulse mit ein.

Empathisches Verstehen und dessen Vermittlung in einer Art und Weise, die den oder die Patient:in emotional erreicht, ist – in Übereinstimmung mit unserem Glauben an den personenzentrierten Ansatz – ein prosoziales Bemühen, dem Patient:in dabei zu helfen, innerhalb eines gegebenen Lebenskontextes sich zu verändern und zu wachsen auf eine Weise, wie es der/die Patient:in im psychotherapeutischen Setting braucht und verlangt.

III. Empathie und die Behandlung schwerer Störungen und psychotischer Seinsweisen

1. Vorbemerkungen

Über Jahrhunderte hinweg und in der ganzen Welt sehen wir zahlreiche Versuche, schwere psychologische Störungen und psychotische Zustände zu erklären. Neben Bemühungen, Symptome ersten und zweiten Ranges zu katalogisieren und charakterisieren, gibt es religiöse und philosophische Interpretationen, genetische oder andere biologische Definitionen, entwicklungspsychologische Erklärungen sowie Versuche, sie phänomenologisch zu verstehen. In all diesen widersprüchlichen Diskussionen gibt es noch immer keinen deutlichen Sieger.

Aber wie verwirrend der Zustand eines Individuums sein mag, gibt es da noch immer einen Menschen mit einer Aktualisierungstendenz und dem Wunsch emotional mit anderen Menschen verbunden zu sein und von ihnen erreicht zu werden (Prouty, 1998).

Wir (Binder & Binder, 1994; Binder, 1994b) haben die Defizite und Störungen psychotischer Menschen ausführlich beschrieben, z. B. das Nähe-Distanz Problem, das Problem der Dominanz und der Machtlosigkeit sowie der Defizite in der hierarchischen Strukturierung. Wir haben immer versucht, einen phänomenologischen Ansatz zu finden, der unser empathisches Verstehen innerhalb einer von Akzeptanz geprägten Beziehung verstärkt, ein Verstehen, das dem/der Patient:in hilft, Stabilität und Wachstum zu erlangen.

Wir beginnen erst zu verstehen, woran es in der sozial-emotionalen Entwicklung jener von unseren Patient:innen, die als Erwachsene an schweren Störungen leiden, gefehlt hat. Dasselbe ist gültig für das Wie, das Warum und den Kontext, innerhalb dessen etwas gefehlt hat. Wir wissen wohl, dass diese Probleme in sozial-emotionalen Störungen begründet liegen, die – in der Folge – zu Problemen in den kognitiven Bereichen führen können (Hobson, 1998). Trotz der Tatsache, dass die positiven Ergebnisse der klientenzentrierten therapeutischen Arbeit alles andere als großartig oder gar ausreichend sind, glauben wir daran, dass dieser Ansatz im Vergleich zu anderen therapeutischen Richtungen, sofern uns bekannt ist, am ehesten vielversprechend ist, wenn wir weiterhin daran arbeiten, diese Menschen zu verstehen.⁷

⁷ Rogers (1959, p. 251) meinte: „Eine größere Menge an Erfahrung mit psychotisch eingestuften Menschen und die Überprüfung einer Vielzahl an theoretischen Hypothesen in der therapeutischen Arbeit mit dieser Gruppe und in der Forschung mit psychotischen Menschen als Probanden würden unser systemisches Denken auf einem Gebiet abrunden und bereichern, wo es derzeit unzureichend ist. Es würde die Art von extremer Realitätsüberprüfung liefern, die bei der Bestätigung,

Wir werden nun die folgenden drei zentralen Defizite bei schweren psychischen Störungen betrachten:

- eine relativ schwache emotionale Selbstregulation;
- ein Vorherrschen präempathischer Formen, was zu einer Anfälligkeit für eine oft überwältigende und diffus emotionale Ansteckung führt;
- eine gewisse Unfähigkeit, angemessene Entscheidungen zu treffen, sich flexibel zu bewegen und zwischen den emotionalen und kognitiven Dimensionen des sozialen Verständnisses zu unterscheiden.

Diese Defizite führen zu einer permanenten Ambivalenz zwischen einer Tendenz zum sozialen Rückzug bis hin zur völligen Unerreichbarkeit und einer überwältigenden Sehnsucht nach einem emotionalen, zwischenmenschlichen Kontakt, die angstfrei ist.

2. Defizite in der emotionalen Selbstregulation

Nun werden wir einige typische Beispiele der Entwicklung in der Mutter-Kind-Interaktion geben, die wesentlich sind, um die Entwicklung der emotionalen Selbstregulation zu verstehen. Die primäre Bezugsperson imitiert, verbindet, stimuliert und beruhigt das Kind. In der reinen Imitationsphase tritt das Gesicht der Mutter, das beobachtet und reflektiert etwas in den Hintergrund, die Phase der emotionalen Interaktion (Verbindung) wird durch intensiveren Augenkontakt eingeleitet, während das Gesicht näherkommt (Stimulation). Wenn die Mutter das Kind tröstet und beruhigt, kommt es zu einer Reduzierung des Augenkontakts zugunsten eines umfangreichen Hautkontakts. Während also das Sicherheits- und Bindungsgefühl des Kindes aufrecht erhalten bleibt, verstärkt sich sein Selbstbezug, d. h. die Aufmerksamkeit, die nicht auf die soziale Interaktion abzielt.

Zum besseren Verständnis haben wir hier einige Formen frühemotionaler Selbstregulation aufgelistet.

Frühe Formen von Selbstregulation

Verhalten des Kleinkindes	Funktion innerhalb der Selbstregulation
Wegdrehen des Kopfes	Kompetenz zur Aufmerksamkeitsregulation
Saug-, Schaukelbewegungen etc.	Intensivierung der Selbstreferenz
Rhythmen und magische Rituale	Strukturierung, das Erlangen von Kontrollgewinn, das Gewinnen von Vertrautheit
Kleinkindlicher Monolog	Wahrung der Intersubjektivität
Rollenspiel und Dialog	Polarisierung, Prägnanz, Kompetenz zur Wahrung der Ambivalenz ohne Integration

Die Funktionen erhalten den Prozess, den Charakter, die Struktur und die Kompetenz und ermöglichen dem Kleinkind, durch konkrete Handlungen die Kontrolle zu behalten. Initiieren, Steigern, Ausagieren und Unterbrechen werden durch die Motivation des Kindes selbst gesteuert.

Wir erachten alle Formen der Selbstregulation als sehr wichtig für das Erleben von Kompetenz in der Regulation des Selbst und der Umwelt des Kindes. Als solche sind sie entscheidend für die Bildung von Bezugssystemen hinsichtlich dessen, was sowohl auf der Ebene des Umgangs mit Objekten als auch auf der Ebene der Beziehungen zu erwarten ist.⁸ Frühe Versuche emotionaler Selbstregulation können wir beispielsweise im Verhalten des Kleinkindes in vielfältiger Weise beobachten: wenn das Kind bei zu intensiver Stimulation den Kopf periodisch wegdreht, wenn das Kind sich selbst z. B. durch das Saugen an Objekten oder durch Schaukelbewegungen beruhigt. Später können wir Aspekte emotionaler Selbstregulation in kindlichen Monologen, in Rollenspielen und in Strategien beobachten, die dazu dienen, das Kind abzulenken oder emotionale Belastungen zu verleugnen, die anders nicht bewältigt werden können. Mit zunehmender Reife werden schließlich dieselben Strategien emotionaler Selbstregulation differenzierter, flexibler und weitgehend unsichtbar und ohne konkretes Ausagieren eingesetzt.

Viele verwirrende Symptome psychotischer Patient:innen entsprechen genau dem Muster emotionaler Selbstregulation der frühen Kindheit: z. B. fortwährende Vermeidung von Augenkontakt, Schaukelbewegungen, innere Monologe und

Änderung oder Widerlegung eines theoretischen Systems äußerst hilfreich ist. Es scheint, als gäbe es für eine solche Entwicklung keinerlei Hindernisse außer praktischen.“ (Übersetzung von der Übersetzerin dieses Artikels)

8 Bei Kleinkindern im Alter von zwei Jahren kann man die Gewohnheit beobachten, zielgerichtet zu spielen, schlimm zu sein und mit Freude auf Schimpfe zu reagieren (Dunn, 1988). Die Freude ist die erfahrene Kompetenz zu wissen, was passieren wird, und die Tatsache, dass es sich bewahrheitet.

Dialoge, unverständliche, stereotype Sätze, die nicht in den Kontext passen. In einer Welt, in der die emotional-affektiven Erfahrungen verloren gegangen sind, passen kognitive Interpretationsversuche oft nicht in das allgemein aufrechterhaltene Realitätssystem. Wo unser Einfluss in Beziehungen und sozialen Situationen sowie bei der Bewältigung von Anforderungen des täglichen Lebens begrenzt ist, wird es verständlich, dass Veränderung als bedrohlich erlebt wird. Wiederholte Handlungen, stereotypes Verhalten und Rituale dienen dazu, sich hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit einfacher Ursache-Wirkungs-Regeln sicher und kompetent zu fühlen. Dinge immer wieder auf die gleiche Weise geschehen zu lassen, hilft dabei zu erleben, dass man über eine Kontrollfähigkeit verfügt.

Eine Patientin sagt beispielsweise, wenn sie angespannt wirkt, in regelmäßigen Abständen, ohne irgendeinen Zusammenhang und mit kindlicher Stimme: „Meine kleine Katze ist sooo süß.“ Macht sie dies in ihrer normalen Umgebung oder in der Klinik, dann reagieren ihre Familie oder das Personal gereizt oder sogar aggressiv darauf. Dies verursacht bei der Patientin Verwirrung und Angst und kann sogar zu unkontrollierten aggressiven Ausbrüchen führen. Es rief jedoch immer eine positive Reaktion hervor, wenn ich (U.B.) mich freundlich einschaltete und wir einige Zeit mit scheinbar oberflächlichen Dialogen über süße kleine Tiere und ähnliche beruhigende Themen verbrachten. Oft reagiere ich auf eine Weise, die mein empathisches Verständnis für ihren gegenwärtigen Zustand fast ‚aufzeigt‘. Dies gelingt mit Bemerkungen wie: „Wenn es dir gar nicht gut geht, hilft es dir manchmal, über schöne Dinge zu reden und nachzudenken, die du sehr gern hast.“ So zeige ich, ich verstehe und akzeptiere, wie sie damit umgeht, wenn sie sich schrecklich fühlt.

Andere Beispiele für eine mangelhafte emotionale Selbstregulation sind die oft zwanghaften Bemühungen der Patient:innen, ihre Stimmung durch künstlich positives Denken in eine andere Richtung zu lenken. Eine Patientin zum Beispiel, wenn sie sich einsam fühlt, denkt so eifrig an ihre ‚liebste Oma‘, dass es sie regelmäßig dazu bringt zu denken: „Scheißoma, ich wünschte, du würdest sterben.“ Hier können wir eine Strategie beobachten, die von Kindern unter sehr deprimierenden, unveränderlichen Umständen wie einem Krankenhausaufenthalt oder einem schweren Leiden angewendet werden. Sie berichten, dass sie positive Vorstellungen verwenden, um mit der Situation fertig zu werden (Harris, 1991).

Diese oft höchst konstruktive Methoden verfehlen ihren Zweck, wenn sie wie im Fall der oben erwähnten Patientin ritualisiert eingesetzt werden. Ihre obsessiven Bemühungen, beruhigende Sätze zu produzieren, die vor langer Zeit in ihrer Kindheit funktionierten, jetzt aber völlig aus dem Kontext ihres gegenwärtigen Zustandes gerissen sind, können ihre depressive

Stimmung nicht ins Gegenteil verkehren. Im Gegenteil, der unzureichende Versuch verändert den emotionalen Inhalt ihres Gedankens (liebste Oma) ins Gegenteil (verdammte Oma). Es war uns immer wichtig (Binder & Binder, 1994), die Tatsache zu betonen, dass selbst die seltsamsten psychotischen Gefühls- und Denkweisen nicht außerhalb der Grenzen unserer Verständnisfähigkeit liegen, und hier ist ein kurzes Beispiel, das vielen von uns vertraut ist. Wenn Sie im Krankenhaus sind und eine Mahlzeit bekommen, die Ihnen überhaupt nicht schmeckt, ist die beste Einstellung in dieser Situation: „Na ja, ich mag es zwar nicht, aber ich kann es essen“. Aber wenn Sie versuchen, sich selbst davon zu überzeugen, dass es köstlich ist, wird dies zu einer Abneigung führen, die an Ekel grenzt.

Im obenerwähnten Fall war es hilfreich, dem Patienten Verständnis für die beängstigenden psychotischen Gedanken zu vermitteln. Es gelang uns nicht, sie vollständig zu stoppen, aber da sie dann eine andere Bedeutung hatten, nahmen sie nicht nur ab, sondern verloren sogar ihre bedrohliche Wirkung. Wenn wir solche Verhaltensmuster als primitive Formen der emotionalen Selbstregulation verstehen, können wir sie ohne Verwirrung auf konstruktive Weise nutzen. Wir können auf einer empathischen Ebene verstehen, dass sich unsere Patient:innen in diesen Momenten in einem Geisteszustand befinden, in dem sie dringend einiger Bewältigungsstrategien bedürfen, die ihnen dabei helfen, zu einer emotionalen Selbstregulation fähig zu werden.

3. Die Prävalenz präempathischer Formen

Zunächst ein paar Worte zur normalen Entwicklung von Empathie. Die empathische Fähigkeit des Kindes entwickelt sich über präempathische Formen wie emotionale Ansteckung und emotionale Übernahme. Diese präempathischen Formen treten automatisch und unmittelbar auf. Sie erfordern keine bewusste Absicht, sondern lediglich eine Reaktion auf Emotionen. Zum besseren Verständnis folgen die Definitionen einiger wichtiger Begriffe:

- *Emotionale Ansteckung* wird dann erlebt, wenn ein von einer Person auf eine andere Person übertragenes Gefühl sich so anfühlt, als wäre es das eigene. Während dieses Gefühl erlebt wird, ist nicht unbedingt klar, dass eine Person die andere durch ihre Ausdrucksweise ‚angesteckt‘ hat.⁹

⁹ Eine weitere Vorform des sozialen Verstehens, die wir in diesem Artikel nicht behandeln werden, ist die ‚situative Perspektiveninduktion‘. Andere wichtige Emotionen, die mit der Empathie in Zusammenhang stehen, aber nicht Thema dieses Artikels sind, sind:

1. ‚persönliche Not‘ – eine Reaktion, die auftritt, wenn man sich der Gefühle einer anderen Person bewusst wird und diese Gefühle ein solches Unbehagen in einem selbst hervorrufen, dass es umso

- *Emotionale Übernahme* wird erlebt, wenn das durch Ansteckung übertragene Gefühl eindeutig als nicht das eigene erkannt wird, obwohl die Quelle nicht unbedingt klar ist. Die Person ist nicht unbedingt in der Lage, es zu kontrollieren und zu klassifizieren oder in einen empathischen Prozess umzuwandeln (Binder, 1994a).

Kommen wir nun zum störungsspezifischen Problem der Prävalenz präempathischer Formen.

Empathie erfordert die Fähigkeit, zwischen sich selbst und anderen zu unterscheiden (Bischof-Köhler, 1989). An diesem Entwicklungspunkt der Differenzierung tritt Empathie mit voller Intensität im Kontext der Erfahrungswelt des Kindes auf. Normalerweise nimmt die globale, intensive empathische Erregbarkeit im Laufe der Entwicklung zugunsten bereichsspezifischer, situationsspezifischer und beziehungspezifischer empathischer Prozesse ab. Wenn Empathie entwickelt wird, können die präempathischen Formen der Erregung und Ansteckung entweder durch empathische Prozesse oder durch Beiseiteschieben, Abstumpfen und Vermeiden in Differenzierung und Bewältigung umgewandelt werden.¹⁰ Die präempathischen Formen bleiben als mögliche Reaktionsweisen das ganze Leben lang erhalten. Im besten Fall werden sie als notwendiger Bestandteil des empathischen Prozesses integriert; im schlimmsten Fall bleiben sie erhalten, ohne integriert zu werden.

Ein typisches Beispiel für die Übernahme von Emotionen ist die folgende Geschichte einer Patientin:

„Gestern war ich gut gelaunt, als ich zu einem gemütlichen Beisammensein ging, und da saß ich wieder neben dieser dummen Anita. Plötzlich war meine gute Laune weg, und ich fühlte mich sehr ängstlich und sehr schlecht, obwohl es für mich keinen Grund gab. Ich weiß genau, dass es nichts mit mir zu tun hatte und dass Anita mir das antut. Ich habe ihr nie etwas getan und ich weiß wirklich nicht, warum sie mich nicht mag und mir schlechte Gefühle sendet.“

Um die emotionale Ansteckung zu illustrieren, geben wir Ihnen ein Beispiel einer Szene, die sich auf einer psychiatrischen Station in China abspielte, wo ich (U.B.) einige Zeit zu Gast war.

wichtiger wird, Bewältigungsstrategien für das eigene Wohl zu entwickeln (siehe Batson & Oleson, 1991).

2. ‚Empathische Wut‘ – eine Aggression, die sich gegen die ein unangenehmes Gefühl hervorrufende Person richtet, wobei die wütende Person gleichzeitig Mitgefühl für diesen Menschen hat. In vielen Fällen können Schuldgefühle als eine empathische Wut auf sich selbst verstanden werden, d. h. als Derivate des Bezugssystems, der Empathie ist (siehe Hoffman, 1990).

¹⁰ Der deutsche Psychiater Janzarik (1959) hat die Theorie, dass psychotischen Menschen die Fähigkeit fehlt, gezielt zwischen Vordergrund- und Hintergrundwahrnehmung und Konzentration zu wechseln, ausführlich ausgearbeitet. Die von ihm verwendeten Fachbegriffe sind „Aktualisierungsdefizite“ und „Desaktualisierung“.

Eine neue Patientin gerät in einen erregten Zustand, voller Wut und Angst, weil die Tür geschlossen ist. Sie schreit, schimpft, schlägt mit den Fäusten gegen die Tür und tritt nach außen mit ihren Füßen. Zwei Krankenpfleger:innen und eine weitere Patientin kümmern sich um sie. Die anderen Patient:innen und Pfleger:innen bleiben zunächst im Aufenthaltsraum zurück, manche neugierig, manche ängstlich und angespannt, manche – zumindest scheint es so – uninteressiert. Das dramatische Geschehen an der Tür ist jedoch für alle sichtbar und hörbar. Ein Patient springt auf und beginnt, über die Kriege in der Welt, über Mord und Gewalt unter Menschen usw. zu dozieren. Eine Pflegerin weist ihn streng zurecht und sagt ihm, er solle den Mund halten und mit diesem Unsinn aufhören, denn niemand wolle das hören. Der Patient nimmt eine militärische Haltung ein und schreit: „China ist stark, ich habe keine Angst.“ Der Pfleger packt ihn grob am Arm und führt ihn mit Gewalt in sein Zimmer. So viel zu der Szene.

Weder der Patient selbst noch sonst jemand verstand, dass es sich um einen Fall emotionaler Ansteckung handelte. Daher wurde seine Symbolisierung der emotionalen Atmosphäre als schizophrener Unsinn missverstanden, ebenso wie seine darauffolgenden Bemühungen um emotionale Selbstregulation und Bewältigung seiner Angst. Aus dem Kontext der Situation ist für uns völlig klar, dass die ziemlich übertriebene, harte Reaktion des Betreuers ebenfalls Aspekte emotionaler Ansteckung zeigte, aber der Patient hatte das bestimmt nicht verstanden. Was der Patient erlebte, war eine plötzliche gegen ihn gerichtete Aggression, die ihn schließlich völlig verwirrte.

4. *Die Unfähigkeit flexibel zwischen emotionalen und kognitiven Dimensionen des sozialen Verständnisses zu wechseln*

Mehr oder weniger parallel zur Entwicklung der Empathie, wenn auch deutlich davon abgegrenzt und unter anderen Entwicklungsbedingungen (Bryant, 1990), erfolgt die Entwicklung der Fähigkeit zur kognitiven sozialen Perspektivenübernahme, ebenfalls über Vorformen. Wir haben diese beiden zentralen Dimensionen des sozialen Verstehens bereits erwähnt und werden nun näher auf sie eingehen und dann den Unterschied zwischen ihnen verdeutlichen.

In der modernen Fachliteratur wird Empathie als wesentlich für artspezifische und arterhaltende Fähigkeiten im Dienste des sozialen Zusammenhalts (Bischof-Köhler, 1989) angesehen. Empathie entsteht nicht zufällig. Sie entsteht vielmehr im Kontext eines sozialen Bezugssystems, der anhand der Dimensionen bekannt-unbekannt, Freund-Feind, Klarheit-Verwirrung strukturiert ist. In ihrer ursprünglichen Natur ist Empathie kommunikativ. Empathische Prozesse führen sowohl

beim Sender als auch beim Empfänger zu einem gesteigerten Wohlbefinden und Selbstwertgefühl, zu einer optimistischeren Weltsicht und zu einem stärkeren persönlichen Kontakt und Vertrauen. Empathie ist ein emotionaler Prozess, der wahrhaft erlebt werden muss. Sie erfordert ein hohes Maß an Intensität. Sie kann auch emotional überfordernd werden und zu aver-siven Reaktionen führen, wenn die Erregung zu stark ist und keine angemessene Differenzierung erzielt werden kann, d. h. wenn die Ansteckung überwiegt. Diese Phänomene werden als persönliche Notreaktionen bezeichnet und müssen klar von der reifen Empathie unterschieden werden.

Kognitive soziale Perspektivenübernahme ist eine mehr oder weniger rationale Fähigkeit, sich in die Lage einer anderen Person zu versetzen. Es handelt sich um eine instrumentelle Fähigkeit, die auf objektive Klassifizierung und Bewertung ausgerichtet ist. Sie befähigt den Menschen zur sozialen Kontrolle und zur Kontrolle seiner Umgebung, verringert seine Ängste und erleichtert die Vorausplanung eines bestimmten Verhaltens. Die Tendenz, ein solches mehr oder weniger rationales, interpretierendes, vorausschauendes Verständnis der Motive einer anderen Person zu entwickeln, nimmt in zwischenmenschlichen Begegnungen zu, in denen Wettbewerbsambitionen und Durchsetzungsvermögen vorwiegen. Darüber hinaus tritt sie sehr stark unter Bedingungen auf, die von Angst, Unsicherheit, Minderwertigkeit, Verwirrung, Hilflosigkeit, Abhängigkeit und Schwäche geprägt sind, d. h. in Fällen von allgemein geringem Vertrauen in sich selbst und in andere. Wie die Empathie impliziert kognitive soziale Perspektivenübernahme eine Reaktionsfähigkeit in Bezug auf Signale und Grenzen wie die Unterscheidung zwischen Ich und Anderen, basiert jedoch auf einer anderen Motivation und findet auf einer kognitiven Ebene statt. In der Realität werden die beiden Dimensionen der Empathie und der kognitiven sozialen Perspektivenübernahme normalerweise nicht getrennt dargestellt, da wir normalerweise sehr schnell und flexibel von einer Dimension in die andere wechseln. Sie können sich ergänzen oder ersetzen. Es scheint genau dieses angemessene Schwanken zwischen emotionaleren und kognitiveren Verständnisweisen zu sein, das kongruentes mentales Funktionieren, flexible Selbstregulation und Kontrolle der Umgebung in zwischenmenschlichen Beziehungen ausmachen.

Ein häufiges Problem, das typisch für psychotische Menschen ist, liegt darin, dass diese Patient:innen oft nicht in der Lage sind, eine angemessene problem- oder situationsspezifische Wahl bezüglich der Aktivierung dieser beiden Dimensionen des sozialen Verständnisses zu treffen (Binder, 1998). Wie oben erwähnt, ist es überhaupt nicht überraschend, dass wir zuerst die Natur der Beziehung verstehen und uns darauf konzentrieren müssen, die Beziehung zu hinterfragen, bis wir zu einer angemessenen Lösung kommen. Das Einzige, das für

psychotische Prozesse typisch ist, ist die Tatsache, dass für psychotische Patient:innen diese Entscheidung so schwierig und so fragil ist, dass er oder sie die Beziehung immer wieder in Frage stellt. Dies geschieht oft auf einer existenziellen Ebene und betrifft global – wie in der Kindheit – die ganze Person, entweder auf destruktive oder auf hilfreiche Weise.

Ihre Fähigkeit, bereichs-, situations- und beziehungs-spezifisch von der Dimension des empathischen Verstehens zur Dimension der kognitiven sozialen Perspektivenübernahme zu wechseln, ist beeinträchtigt. Die Ambivalenz zwischen ihrem Nähe-Bedürfnis und ihrem Misstrauen führt in dieser Beziehung bei beiden Partnern zu einer verwirrenden intersubjektiven Situation.

Das verzweifelte Bedürfnis des oder der Patienten/in nach empathischer Verbundenheit einerseits sowie andererseits das ebenso dringende Interesse an einem Rückzug zum Zwecke des Selbstschutzes und an einer kognitiven sozialen Perspektivenübernahme führen zu irritierenden widersprüchlichen Gesichtsausdrücken, die oft nicht mit der verbalen Kommunikation übereinstimmen, und umgekehrt. Im Alltag gerät das Gegenüber durcheinander und reagiert inkongruent, verschlossen oder verwirrend. Diese Reaktion führt beim Patienten wahrscheinlich zu kognitiven Interpretationen, die in die Irre gehen. Der/die Therapeut:in, vorausgesetzt er oder sie ist in der Lage, auf seiner/ihrer empathischen Spur zu bleiben, lädt den oder die Patienten/in ein, sich emotional zu öffnen und macht so den oder die Patienten/in sich seiner sozialen Bedürfnisse und deren Dringlichkeit bewusst. Obwohl der/die Patient:in das empathische Verständnis und die Akzeptanz des oder der Therapeuten/in bis zu einem gewissen Grad erleben kann, ist er oder sie meist nicht dazu fähig, die Tendenz zur kognitiven sozialen Perspektivenübernahme in angemessener Weise beiseitezuschieben. Eine Folge dessen ist die Interpretation aller Signale des anderen als wären sie alle bewusst abgegebene, relevante Beziehungsbotschaften.

5. *Zusammenfassung der Folgen dieser zentralen Defizite für Menschen mit schweren Störungen*

Das reduzierte Repertoire an Selbstregulationsstrategien führt häufig zu einem unangemessenen Verhalten, das durch eine reduzierte Flexibilität gekennzeichnet ist und für die Betroffenen schwer verständlich oder sogar irritierend ist. Die Tatsache, dass die Person bis zu einem gewissen Grad überwältigenden und unangenehmen Emotionen ausgeliefert ist, verstärkt ihre Neigung zu primitiven Bewältigungsstrategien, die für einen Erwachsenen nicht angemessen sind. Dieser Gemütszustand bleibt bestehen, solange die Bedingungen eine persönliche Entwicklung und ein persönliches Wachstum nicht zulassen. Da

diese archaischen Versuche einer Selbstregulation für das soziale Umfeld dieser Person verwirrend sind, führen sie folglich zu einer Reduktion konstruktiver Interaktionsbedingungen wie der dringend benötigten Akzeptanz und Empathie. Eine hohe Fähigkeit, auf Signale zu reagieren, und eine reduzierte Fähigkeit, diese zu kontrollieren oder zu differenzieren, führen zu einer Prävalenz präempathischer Formen.

Empathie ist ein aktiver mentaler Prozess. Das bedeutet, dass eine gewisse emotionale Dimension des Erlebens im zwischenmenschlichen Bereich bewusst aktiviert wird. Emotionale Ansteckung und emotionale Übernahme erfolgen jedoch unfreiwillig und passiv ohne entsprechende Zielorientierung oder Motivation. Dies kann positiv oder negativ sein, je nach der Qualität des durch Ansteckung oder Übernahme erlebten Gefühls. Im psychotischen Seinszustand ist der erlebte Mangel an einer angemessenen aktiven und kompetenten Fähigkeit, Einfluss auszuüben – auf die eigene emotionale Stabilität, auf die Reaktionen und Gefühle anderer Menschen und auf situative Umstände –, grundsätzlich negativ (Binder & Binder, 1994).

Empathie ruft aufgrund der Unterscheidung zwischen Ich und Anderen grundsätzlich bereichsspezifische Emotionen hervor; emotionale Ansteckung ruft globale Seinszustände hervor. Solche passiven globalen Seinszustände werden als von anderen kontrolliert erlebt. Wenn zwischenmenschliche Emotionen so unangenehm werden, dann ist die offensichtliche Folge, dass der/die psychotische Patient:in, obwohl er oder sie sich mit der gleichen Intensität wie andere Menschen nach emotionalem Kontakt sehnt, vor diesem flieht, ihn unterdrückt oder sich vorstellt, er sei nicht vorhanden. Gefühle und Gedanken werden völlig auf den Kopf gestellt. In Zuständen von Angst, Misstrauen und Verwirrung nimmt die empathische Fähigkeit zugunsten der kognitiven sozialen Perspektivenübernahme ab. Wenn die kognitive soziale Perspektivenübernahme sich durchsetzt und in einer Beziehung angewendet wird, in der beide Partner eigentlich nach emotionalem Kontakt streben, reduziert sie das Bewusstsein für und die Verwirklichung von empathischen Verstehensprozessen. Dies führt zu kognitiven Konstruktionen, denen die notwendige emotionale Bewertung fehlt und die daher keinen Bezug mehr zur Realität haben.

6. *Die Implikationen für die Therapie mit Patient:innen mit schweren Störungen*

Die therapeutische Empathie ist nicht nur ein Hilfsmittel für die Beziehung, sondern sie ist der Kern der Arbeit selbst, die ähnlich wie die frühkindliche Entwicklung funktioniert. Sie hat ebenso die Funktion, eine Selbststruktur, Selbsterfahrung, ein soziales Bezugssystem, emotionale Selbstregulation und die Gestaltung zentraler, motivationaler, emotionaler, affektiver und kognitiver

Strukturen innerhalb einer sicheren Beziehung zu fördern und zu entwickeln. Ein Verständnis der Entwicklungsstimuli in der Beziehung zwischen der primären Bezugsperson und dem Kind kann uns dabei helfen, die Patient:innen bei der Entwicklung ihrer Identität zu unterstützen und zu lernen, Nachrichten auf angemessene Weise zu senden und zu empfangen, und zwar mit dem Ziel eines empathischen und kognitiven sozialen Verstehens innerhalb ihres gegenwärtigen Bezugssystems.

Wenn wir die Interaktionen zwischen der primären Bezugsperson und dem Kind im Hinblick darauf betrachten, was in Bezug auf Entwicklungsreize geschieht, sehen wir, was eine frühe empathische Reflexion als eine Form der Interaktion anregt:

- Die Entwicklung eines Gefühls geteilter Menschlichkeit und damit einer sozialen Bindung durch emotionale Abstimmung und Anpassung an eine artspezifische Ausdrucksweise.
- Die Entwicklung eines Selbst und einer Identität, indem die empathische Interaktion das Kind ermutigt, sich seiner Gefühle bewusst zu werden. Die Tatsache, dass das Gefühl nicht vollkommen identisch mit dem Kind geteilt wird, macht eine Differenzierung zwischen innen und außen möglich und daher folgt die empathische Interaktion einem aktiven und reaktiven Muster.
- Das Gefühl, in seinem Umfeld wirksam zu sein, da die Empathie die Selbstregulation und den Einfluss auf andere fördert sowie die Fähigkeit vermittelt, etwas zu bewirken.

Wenn wir die therapeutische Situation betrachten, werden wir feststellen, dass es bei der Kommunikation eines empathisch empfundenen Gefühls nützlich ist, die folgenden Punkte zu berücksichtigen und zu erläutern:

- „Ich verstehe dieses Gefühl, weil wir beide Menschen sind.“ Auf diese Weise wird das Gefühl der Zugehörigkeit und Verbundenheit allgemein verstärkt, und gleichzeitig muss der/die Patient:in keine Angst haben, dass er/sie besonders durchsichtig und offensichtlich ist (empathische Situation der Gemeinsamkeit).
- „Ich verstehe dieses Gefühl, weil ich Sie als einen Menschen kenne, der ...“ Hier verstärken wir die Identität des/der Patienten/in, indem wir eine Wahrnehmung von ihm/ihr vermitteln als einer differenzierten Person, die durch ein gewisses Maß an Stabilität bezüglich ihrer persönlichen Eigenschaften gekennzeichnet ist. Da dies ein beschreibendes Element enthält, haben wir Material für die Konstruktion des Selbstkonzepts bereitgestellt (empathische Situation der Differenzierung).
- „Ich verstehe dieses Gefühl, weil Sie es mir mitgeteilt haben, indem Sie ...“ Hier helfen wir dem/der Patienten/in, seine/ihre Einflussfähigkeit zu erleben; auch die Zusammenhänge

zwischen dem Senden und Empfangen von Nachrichten werden deutlich und damit als mehr oder weniger freiwillig und kontrollierbar erlebt (empathische Situation der Interaktion).

In der therapeutischen Begegnung ist es wichtig, sich stets bewusst zu sein, dass psychotische Patient:innen trotz all ihrer Störungen und Defizite zugleich über Verhaltensweisen verfügen, in denen sie als ‚Erwachsene‘ und in einer ‚differenzierten‘ Weise funktionieren. In stabilen Phasen wissen sie genau, wie sie fühlen und verstehen. Sie wissen auch (und das ist ein sehr schambesetztes und gut gehütetes Geheimnis), dass sie in manchen Bereichen und Phasen ihres Erlebens die ‚erwachsene‘ Art des Fühlens und Verstehens verlassen – so wie wir alle das in bestimmten Ausnahmefällen tun. Das bedeutet, dass wir, wenn wir zusammen mit dem/der Patienten/in empathisch nach dem genauen Stadium in ihrer Entwicklung suchen, das er/sie gerade wieder durchmacht, und wir dann auf eine Weise reagieren, die seinem/ihrer unmittelbaren Bedürfniszustand und seiner/ihrer Fähigkeit zum Verstehen entspricht, diese Aufgaben mit einem Maß an Respekt ausführen müssen, das erwachsenen Menschen angemessen ist. Es gilt, eine emotionale Beziehung aufzubauen, in der sich beide Partner:innen, Patient:in und Therapeut:in, so sicher, angstfrei und souverän fühlen können, dass in der unmittelbaren Interaktion die Beziehung entweder im Vordergrund steht und als solche anerkannt wird oder gleichsam wieder desaktualisiert werden kann.¹¹

In der Arbeit mit schwer gestörten psychotischen Patienten ist es unentbehrlich, dass wir unsere Interaktionen sowie die Quelle unseres empathischen Verständnisses und Wissens dem oder der Patienten/in gegenüber transparent machen. Damit uns dies gelingt, müssen wir uns unseres eigenen Erlebens genau und auf kongruente Weise bewusst sein und über dieses Erleben hinsichtlich seiner Implikationen für die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess von einem Augenblick zum nächsten reflektieren können. Dies umfasst die Grundlage unseres Verständnisses der jeweiligen Störung und schließlich auch unserer konkreten, während der Zeit der therapeutischen Beziehung gemachten Erfahrungen mit diesem oder dieser Patienten/in. Bleiben wir bei einer personenzentrierten Art des Verstehens, ergeben sich unsere therapeutischen Interventionen aus unserem störungsspezifischen

empathischen Verständnis und aus unserer Fähigkeit, dies in der Beziehung zu vermitteln.

Wir glauben, dass wir in extremen Ausnahmefällen manchmal ähnliche Erfahrungen machen wie unsere psychotischen Patienten. Da uns dies aber nur in Ausnahmefällen passiert, bleiben wir für andere und uns selbst verständlich. Wir haben daher die Fähigkeit, auf einer innerpsychischen Ebene angemessene emotionale Mechanismen der Selbstregulation zu aktivieren und außerdem durch emotionalen Kontakt auch durch das empathische Verständnis eines anderen Menschen Unterstützung zu erhalten. Insofern sind diese Situationen lediglich ‚psychotische Momente‘, die wir hinter uns lassen können, ohne Psychosen zu entwickeln. Wir glauben, dass uns eine angemessene Selbstreflexion hilft, unsere psychotischen Patienten empathisch zu verstehen, da dies uns ermöglicht, weiterhin an ihren Erfahrungen teilzuhaben und unseren gemeinsamen Nenner, den wir für empathisches Verständnis brauchen, wie klein dieser auch sein mag, aufrechtzuerhalten. Und wir sind zutiefst davon überzeugt, dass wir aus den therapeutischen Erfahrungen mit psychotischen Patienten lernen können, und folglich dazu imstande sind, unser Verständnis für Menschen mit anderen Störungen zu verstärken und ihnen besser zu helfen. Als Menschen teilen wir im Grunde alle die gleichen Emotionen, und, obwohl die Persönlichkeitsstruktur oder -störung meines Gegenübers in spezifischer und hochkomplexer Weise sehr unterschiedlich zu meiner ist, kann sie doch im Prinzip dem Verstehen zugänglich sein. Wir betrachten dieses Wissen als den Kern reifer Beziehungen und therapeutischer Empathie.

Literatur

- Batson, D. & Oleson, K. (1991). Current Status of the Empathy-altruism Hypothesis. In Clark, M. S. (Ed.) *Prosocial Behavior* London: Sage Publications.
- Bavelas, J. B., Black, A., Lemery, C. R. & Mullet, J. (1990). Motor Mimicry as Primitive Empathy. In Eisenberg, N. und Strayer, J. (Eds.) *Empathy and its Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Binder, U. (1994a). Klientenzentrierte Psychotherapie mit Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein systemimmanentes störungsspezifisches Verstehens- und Handlungskonzept. In Hutterer-Krisch, R. (Ed.) *Psychotherapie mit psychotischen Menschen*. Springer.
- Binder, U. (1994b). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie*. Dietmar Klotz.
- Binder, U. (1996a). Empathie und kognitive Perspektivenübernahme. In Frielingsdorf-Appelt, C., Pabst, H. & Speierer, G. W. (Hrsg.) *Gesprächspsychotherapie. Theorie, Krankenbehandlung, Forschung*. GwG-Verlag.
- Binder, U. (1996b). Die Bedeutung des motivationalen Aspektes von Empathie und kognitiver sozialer Perspektivenübernahme in der personenzentrierten Psychotherapie. In Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P. and Stipsits, R. (Eds.) *Client-centered and Experiential Psychotherapy*. Peter Lang.

11 Es ist wichtig, diesen Patient:innen dabei zu helfen, zwischen Ausdruckssignalen in einer Subjekt-Subjekt-Beziehung (primäre Inter-subjektivität) und Signalen, die sich auf ein Objekt in einer Situation gemeinsamer Aufmerksamkeit beziehen (sekundäre Inter-subjektivität), zu unterscheiden.

- Binder, U. (1998). Empathy and Empathy Development with Psychotic Clients. In Thorne, B. and Lambers, E. (Eds.) *Person-Centred Therapy: A European Perspective*. Sage Publications.
- Binder, U. & Binder, J. (1994). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie: Schizophrene Ordnung. Psychosomatisches Erleben. Depressives Leiden*. Dietmar Klotz.
- Binder, U. & Binder, J. (1998). Überlegungen zu und Definitionen von Empathie. Nicht publiziertes Manuskript.
- Bischof-Köhler, D. (1989). *Spiegelbild und Empathie*. Hans Huber.
- Bråten, S. (1998). Infant Learning by Altercentric Participation: The Reverse of Egocentric Observation in Autism. In Bråten, S. (Ed.) *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bridges, L. & Grolnick, W. (1995). The Development of Emotional Self-regulation in Infancy and Early Childhood. In Eisenberg, N. (Ed.) *Social Development*. London: Sage Publications.
- Bryant, B. K. (1990). Mental Health, Temperament, Family and Friends: Perspectives on Children's Empathy and Perspective-taking. In Eisenberg, N. und Strayer, J. (Eds.) *Empathy and its Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Buck, R. & Ginsburg, B. (1991). Spontaneous Communication and Altruism: The Communicative Gene Hypothesis. In Clark, M.S. (ed.) *Prosocial Behavior*. Sage Publications.
- Cicchetti, D. & Carlson, V. (Eds.) (1989). *Child Maltreatment. Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge University Press.
- Dunn, J. (1988). *The Beginnings of Social Understanding*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Feshbach, N. (1990). Parental Empathy and Child Adjustment/Maladjustment. In Eisenberg, N. und Strayer, J. (Eds.) *Empathy and its Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Harris, P. (1991). *Children and Emotion*. Basil Blackwell Ltd.
- Hattie, J. (1992). *Self-concept*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Hobson, R. P. (1998). *The Intersubjective Foundations of Thought*. In Bråten, S. (Ed.) *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (1990). The Contribution of Empathy to Justice and Moral Judgement. In Eisenberg, N. & Strayer, J. (Eds.) *Empathy and its Development*. Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and Moral Development*. Cambridge University Press.
- Janzarik, W. (1959). *Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen*. Springer.
- Kasari, C. & Sigman, M. (1996). Expression and Understanding of Emotion in Atypical Development. Autism and Down-Syndrome. In Lewis, M. und Sullivan, M.W. (eds.) *Emotional Development in Atypical Children*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Meltzoff, A. N. & Moore, M. K. (1998). Infant Intersubjectivity: Broadening the Dialogue to Include Imitation, Identity and Intention. In Bråten, S. (ed.) *Intersubjective Communication in Early Ontogeny*. Cambridge University Press.
- Mogel, H. (1990). *Bezugssystem und Erfahrungsorganisation*. Göttingen: Hogrefe.
- Oatley, K. & Jenkins, J. (1996). *Understanding Emotions*. Blackwell Publishers.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical Evolutions in Person-Centered/Experiential Therapy* Praeger Publishers.
- Prouty, G. (1998). *Persönliche Mitteilung*.
- Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework. In Koch, S. (Ed.). *Psychology: A Study of a Science. Vol. 3. Formulations of the Person and the Social Context*. McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin Company.
- Tucker, D. M., Vanatta, K. & Rothlind, J. (1990). Arousal and Activation Systems and Primitive Adaptive Controls on Cognitive Priming. In Stein, N., Leventhal, B. & Trabasso, T. (Eds.) *Psychological and Biological Approaches to Emotion*. Lawrence Erlbaum Associates.

Personzentrierte Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung

David Fraissl

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden Grundprinzipien für den Tätigkeitsbereich des psychosozialen Betreuens von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus personenzentrierter Perspektive formuliert. Die erfolgreiche Betreuung dieser Personengruppe basiert auf einer hilfreichen Beziehung zwischen Betreuer*innen und Klient*innen. Eine hilfreiche Beziehung entsteht wiederum durch kongruentes, wertschätzendes und empathisches Betreuen unter Berücksichtigung störungsspezifischer Aspekte. Anhand einer Fallgeschichte werden die personenzentrierte Betreuungspraxis und die in diesem Rahmen bedeutsame Förderung der Autonomie erläutert.

Schlüsselwörter: Personzentriertes Betreuen, Soziale Arbeit, Autonomie

Abstract

This article formulates basic principles for the field of psychosocial care for people with severe mental illness from a person-centered perspective. Successful care for this group of people is based on a helpful relationship between carers and clients. A helpful relationship is in turn created through congruence, positive regard and empathy, considering disorder-specific aspects. Using a case study, the person-centered care practice and the promotion of autonomy are outlined.

Keywords: Person-centered care, social work, autonomy

<https://doi.org/10.24989/person.v29i1.3>

1. Einführung

Im Rahmen des personenzentrierten Ansatzes gibt es bisher keine Beschreibung für den Tätigkeitsbereich des psychosozialen Betreuens von Menschen mit psychischer Erkrankung.¹ Der vorliegende Beitrag erläutert anhand eines Fallberichts, wie eine personenzentrierte Haltung in der psychosozialen Betreuungspraxis von Menschen mit psychischer Erkrankung umgesetzt werden kann. Geschildert werden Abläufe beim Beziehungsaufbau zu einer betroffenen Person, wie sie in Einrichtungen

zur Unterstützung psychisch kranker Menschen immer wieder vorkommen. Die darin ausgeführten Betreuungstätigkeiten werden aus personenzentrierter Perspektive begründet. Es wird sich zeigen, dass personenzentrierte Betreuung im Wesentlichen auf einer hilfreichen Beziehung beruht, die sich durch Kongruenz, Wertschätzung und Empathie unter Berücksichtigung störungsspezifischer Aspekte auszeichnet. Abschließend folgen allgemeinere Überlegungen zum Verhältnis zwischen Autonomie und dem Setzen von Grenzen im personenzentrierten Betreuen.²

In Österreich existieren, wie in anderen Ländern auch, betreute Wohngruppen von verschiedenen Organisationen für Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung Unterstützung für eine selbstständige Lebensführung benötigen.³ Die Betreuungsangebote in diesen Wohngruppen sind vielfältig:

Dr. David Fraissl, MA MSc, Studium der Psychologie und Philosophie, Promotion in Philosophie an der Universität Wien, tätig als stellvertretender Teamleiter und Betreuer von Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer Wohneinrichtung sowie als externer Lehrbeauftragter an der Universität Wien und an der Medizinischen Universität Wien.

Korrespondenz: mail@david-fraissl.com

Anmerkung: Vom betreffenden Klienten aus der folgenden Falldarstellung wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Die Pseudonymisierung des Namens erfolgte in Anlehnung an die Vorgaben der Zeitschrift „Psychiatrische Praxis“, Thieme-Verlag.

1 Der Artikel hat ausschließlich psychosoziale Betreuung im Rahmen von Sozialer Arbeit im Blick und nicht gesetzliche Betreuung (Deutschland) bzw. gesetzliche Erwachsenenvertretung (Österreich).

2 An dieser Stelle möchte ich Sabine Birner danken, von der ich vieles über die personenzentrierte Betreuungspraxis und Mitarbeiter*innenführung lernen durfte.

3 Die gesetzliche Grundlage für die Betreuungstätigkeiten und -strukturen in Österreich ist im Heimaufenthaltsgesetz zu finden. Konkretere Vorgaben sind in den Landesgesetzblättern des jeweiligen Bundeslands festgehalten, wie beispielsweise in der niederösterreichischen Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung.

Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen, Behörden etc.), Bezugsbetreuung, Zielentwicklung und Lebensplanung sowie Assistenz bei der Umsetzung, Förderung sozialer Fähigkeiten, Krisenintervention, Freizeitgestaltung, Reintegration in die Gesellschaft, Sicherstellen der medizinischen Versorgung. Das übergeordnete Betreuungsziel der Wohngruppen besteht darin, die persönliche und berufliche Entwicklung der Bewohner*innen soweit zu fördern, dass sie in Selbstständigkeit ihr Leben führen können. Ein wichtiger Bestandteil davon ist die Stabilisierung und/oder Verbesserung des subjektiven Befindens.

Die konkreten Tätigkeiten der Betreuer*innen sind entsprechend den Betreuungsangeboten ebenfalls vielfältig: Alltagsstrukturierung wie die Unterstützung bei Alltagsaktivitäten und die Mitgestaltung des Tages-, Wochen- und Jahresablaufs, psychosoziale Betreuung wie die Förderung von individuellen Fähigkeiten sowie Inklusion, Entlastungsgespräche und Kriseninterventionen, Kontaktaufnahme und Begleitung zu Ärzt*innen, Therapeut*innen und Beratungsstellen, Zielplanungen, Bezugsbetreuungstätigkeiten, Gestaltung der Freizeitaktivitäten, Kommunikation mit Behörden und Ämtern, Teamarbeit, Dokumentation und Administration. Die Tätigkeiten mit unmittelbarem Klient*innenkontakt lassen sich mit einer dezidiert personenzentrierten Haltung ausführen. Was das hinsichtlich der Betreuungspraxis bedeutet, möchte ich zunächst mit einem Fallbeispiel illustrieren und danach theoretisch begründen. Die Fallgeschichte soll die personenzentrierten Grundprinzipien von psychosozialer Betreuungsarbeit deutlich machen. „Der Einzelfall – so faszinierend er auch sein mag – wird erst dadurch für die Sozialwissenschaften interessant, dass er für etwas steht, d. h. etwas repräsentiert“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 228). Die betreffende Person wird in der Falldarstellung „Alexander B.“ genannt.⁴

2. Fallbeispiel

Alexander B., Mitte 30, ist in dieser Fallgeschichte ein Bewohner einer 24 Stunden betreuten Wohngemeinschaft. Bei ihm besteht seit Jahren eine chronifizierte paranoide Schizophrenie, aufgrund derer er nicht mehr selbstständig seinen Alltag bewältigen kann. Er hört permanent mehrere Stimmen, die ihn, seinen Verhaltensreaktionen nach zu urteilen, oft verärgern und manchmal belustigen. Herr B. zeigt verschiedene spezifische Ängste, wie beispielsweise Angst vor Hunden oder vor

dem Autofahren. Sein Gedankengang ist teilweise für andere Personen kaum nachvollziehbar. Die Intensität seines emotionalen Ausdrucks ist oft gering, und er reagiert nur wenig auf Versuche, ihn emotional zu affizieren. Das Sozialverhalten wechselt zwischen dem von außen erkennbaren Bedürfnis nach sozialen Kontakten auf der einen und sozialem Rückzug auf der anderen Seite. Zeitweise isst er gemeinsam mit den Mitbewohner*innen und Betreuer*innen in der Wohnküche und scherzt mit ihnen. In anderen Phasen wiederum zieht er sich zurück, sieht Insekten, wo andere Personen keine sehen, fühlt sich von Personen in seinem Umfeld bedroht und wird zeitweise verbal aggressiv.

Das Verhältnis zwischen Alexander B. und mir war zu Beginn meiner Tätigkeit in der Wohngemeinschaft reserviert. Unsere Interaktionen beschränkten sich auf das Notwendigste, wie Medikamente einschachteln oder Kaffee nachfüllen. Doch dann stellte er eines Tages plötzlich den Kontakt zu mir her, mit einer klaren Frage und einem darauffolgenden Wunsch: „Haben Sie da einen MP3-Player? Ich hätte auch gerne einen.“ Mit meiner Erklärung, dass es sich nicht um einen MP3-Player handle, sondern um ein Smartphone, war der Anfang für eine monatelange Zusammenarbeit gelegt. Herr B. hatte ein konkretes Ziel, welches er selbst formulierte: Ich sollte gemeinsam mit ihm ein Smartphone besorgen. Zu diesem Zeitpunkt ahnte ich noch nicht, welche Bedeutung dieses Gerät hatte, mit dem er unterwegs Musik hören konnte.

Ein paar Wochen danach fuhren Herr B. und ich mit dem Firmenbus zu einem nahegelegenen Elektronikfachgeschäft, um ein Smartphone samt Kopfhörer zu besorgen. Das Autofahren war für uns beide aufregend, da ich wenig Übung im Autofahren mit manueller Gangschaltung und Herr B. generell Angst vor und beim Autofahren hatte. Die Aufregung wurde im stark frequentierten Einkaufszentrum nicht weniger. Immer wieder musste der Einkauf durch Rauchpausen und Gespräche unterbrochen werden. Schließlich entschied sich Herr B. für ein Smartphone und für Kopfhörer, die seinen Anforderungen entsprachen.

In der WG zurückgekommen, übertrugen wir die gewünschten MP3-Dateien auf sein neues Smartphone. Dabei waren einige Hindernisse zu überwinden: die Verbindung zwischen dem Smartphone und dem Laptop herstellen, einen passenden YouTube-MP3-Konverter finden, den Konvertierungsprozess erfolgreich durchführen, die Kopfhörer anschließen, die Bedienung des Smartphones. Nach etwa zwei Stunden hatten wir es geschafft: Herr B. hatte 30 Lieder auf seinem neu erworbenen Smartphone und konnte sie selbstständig abspielen.

Herr B. ging schon immer unruhig zwischen seinem Zimmer, der Kaffeemaschine in der Wohnküche und dem Raucherplatz im Hof hin und her. Und nun tat er dies nur noch

⁴ Dass die Person etwa zwei Jahre nach Beendigung des Betreuungsverhältnisses der Publikation ihrer Fallgeschichte zustimmte, zeugt vom nachhaltigen Vertrauensverhältnis zwischen uns und bekräftigt die Hauptaussagen in diesem Artikel.

mit Musik in den Ohren. Wir vereinbarten alle paar Wochen einen Zeitpunkt, an dem wir uns zusammensetzten, um neue Lieder auf das Smartphone zu laden. Im Zuge dessen kam es zu Gesprächen über die jeweiligen Interpret*innen, über die biografische Zeitspanne, in der Herr B. oder ich das jeweilige Lied gehört hatten, über aktuelle Freuden oder Belastungen und ja: auch über Einzelheiten seiner psychischen Verfassung.

Die Beziehung zwischen Herrn B. und mir färbte sich fortlaufend positiver und unsere Gespräche wurden häufiger und offener. Herr B. schilderte mir unerwartet freimütig, dass er unter der Allgegenwärtigkeit der Stimmen litt und dies mit Musik leichter auszuhalten sei; dass er den chemischen Geschmack seiner Medikamente hasste, aber er zurzeit wisse, dass er sie nehmen müsse; dass er nicht allein wohnen könne und uns Betreuer*innen wirklich brauche. Und Herr B. vertraute mir den genauen Geldbetrag auf seinem Konto an – eine Information, die er mir ein paar Monate zuvor nicht gegeben hätte. Wollte er mir doch zu Beginn unseres Kontakts nicht einmal seine SIM-Karten-Nummer sagen.

3. Personzentriertes Betreuen

Im beschriebenen Fall wurden verschiedene Betreuungstätigkeiten ausgeführt, vordergründig die Unterstützung bei Alltagsaktivitäten (Einkaufen, Lieder besorgen) und bei der Freizeitgestaltung (Musik hören beim Rauchen). Wichtig dabei war die übergeordnete psychosoziale Betreuung, die sich in folgende Teiltätigkeiten unterteilen lässt: Förderung in der individuellen Zielerreichung, akute Entlastungsgespräche in stresserzeugenden Situationen und Mithilfe beim Erwerben einer für Herrn B. neuen Bewältigungsstrategie. Der letzte Punkt ist von besonderer Relevanz: Dass das Stimmenhören für Herrn B. durch das Musikhören erträglicher wurde, dass also die Erleichterung einer Krankheitssymptomatik die erfreulichste Wirkung und vielleicht sogar der tragende Grund unserer gesamten Unternehmung war, wurde mir erst im Nachhinein in den offeneren Gesprächen klar.

Vermutlich ist durch die reine Falldarstellung schon zu erahnen, welche personzentrierten Theorieversatzstücke an welcher Stelle in der Geschichte zu finden sind. Ich werde nun eine systematische Einordnung des beschriebenen Falls durchführen, um die Grundlagen des personzentrierten Betreuens näher zu explizieren. Da ich hier hauptsächlich auf meine Erfahrungen rekurrieren werde, erfolgt die Untersuchung in phänomenologischer Manier aus der Ersten-Person-Perspektive (Fuchs, 2023, S. 28 ff).

Hilfreiche Betreuungsbeziehungen

Die Beziehung, die sich zwischen Herrn B. und mir ereignet hat, lässt sich als hilfreiche Beziehung im Sinne von Carl Rogers charakterisieren: Eine Beziehung, „in der einer der Teilnehmer bestrebt ist, für eine oder beide Parteien dahin zu gelangen, daß die latenten inneren Ressourcen des Individuums höher geschätzt, nachhaltiger ausgedrückt und wirksamer gebraucht werden“ (Rogers, 2021 [1958]⁵, S. 53). Dank des Aufbaus einer solchen Beziehung, wird der*die Klient*in „die Fähigkeit in sich selbst entdecken, diese Beziehung zu seiner Entfaltung zu nutzen, und Veränderung und persönliche Entwicklung finden statt“ (Rogers, 2021 [1954], S. 47). In einer wahrlich hilfreichen Betreuung werden zwischenmenschliche Beziehungen geschaffen, die die Klient*innen in die Lage versetzen, die eigenen Potenziale und Ziele zu verwirklichen, die individuellen Eigenschaften und Fähigkeiten auszubauen und zu erweitern. Hilfreiche Betreuungsbeziehungen basieren letztlich auf der Aktualisierungstendenz, „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung und Förderung des Organismus dienen“ (Rogers, 2020 [1959], S. 26).

Es erfordert laut Rogers (2021 [1954], S. 48) drei Bedingungen, die eine hilfreiche Beziehung gedeihen lassen: „Die Beziehung, die ich als hilfreich erfahren habe, läßt sich durch eine Art von Transparenz meinerseits charakterisieren, die meine wirklichen Gefühle hindurchscheinen läßt, als ein Akzeptieren dieses anderen als besonderer Person eigenen Rechts und eigenen Werts, und als ein tiefes, mitfühlendes Verstehen, das mir ermöglicht, seine private Welt mit seinen Augen zu sehen.“ Rogers selbst weitet in seinen Schriften die personzentrierten Einsichten auf verschiedenste Arbeitskontexte aus, wie beispielsweise die Teamführung (Gordon, 2021 [1951]) und das Unterrichten (Rogers, 2021 [1951]). Insofern ist es durchaus gerechtfertigt, personzentrierte Konzepte auf die psychosoziale Betreuung psychisch kranker Menschen zu übertragen. Eine der Hauptaussagen dieses Beitrags lautet dementsprechend: Die drei Bedingungen der Kongruenz, Wertschätzung und Empathie haben nicht nur Therapeut*innen zu erfüllen, wenn sie eine erfolgreiche Psychotherapie anbieten wollen, sondern auch psychosoziale Betreuer*innen, wenn sie eine hilfreiche Betreuung ihrer Klient*innen zur Verfügung stellen möchten.

⁵ Für eine historische Kontextualisierung wird in Klammern das Erscheinungsjahr der Originalpublikation angegeben.

Kongruentes Betreuen

Rogers (2021 [1960], S. 74) schreibt über die Kongruenz: „Man hat entdeckt, daß Veränderungen in der Persönlichkeit dann gefördert werden, wenn der Psychotherapeut ganz er selbst ist, wenn er in der Beziehung zu seinem Klienten authentisch und ohne ‚Front‘ oder Fassade dasteht, wenn er offen die Gefühle und Einstellungen präsentiert, die im jeweiligen Augenblick in ihm auftauchen. [...]. Damit meinen wir, daß die Gefühle, die der Therapeut hat, ihm bekannt, seinem Bewußtsein zugänglich sein müssen, und daß er in der Lage ist, diese Gefühle zu leben, *sie zu sein*, fähig, sie mitzuteilen, wenn es zweckmäßig erscheint.“

Zu Beginn des Kontakts war ich Herrn B. gegenüber inkongruent, da mich sein aggressiv wirkender Habitus und seine sporadischen verbalen Angriffe ängstigten. Dies war vermutlich auch dem Umstand geschuldet, dass ich zu dieser Zeit noch Berufsanfänger in diesem Tätigkeitsbereich war. Aufgrund der von mir eingenommenen defensiven Haltung war ich anders, als ich sonst war. Ich verhielt mich ernster, besorgter und wachsender. Dies legte sich allmählich im Zuge unserer gemeinsamen Unternehmung, durch unseren Beziehungsaufbau. Umso weniger Ängstlichkeit ich vor Herrn B. verspürte, desto kongruenter wurde mein Verhalten ihm gegenüber, desto adäquater konnte ich meine wirklichen Gedanken und Gefühle ausdrücken. Und umso kongruenter ich mich fühlte, desto angenehmer und sicherer wurde die Atmosphäre in unserer Beziehung. Die gefühlte Sicherheit reduzierte die Ängstlichkeit und steigerte die Kongruenz. Hier fand in gewisser Weise eine Aufwärtsspirale des Sicherheitsgefühls statt. Auch wenn ich hier nur von meiner Perspektive berichten kann, vermute ich, dass ähnliche Prozesse auch bei Herrn B. abliefen.

Eine erinnerungswürdige Kongruenzenerfahrung fand während der Autofahrt zum Einkaufszentrum statt. Ich offenbarte Herrn B. meine Nervosität aufgrund des Fahrens eines Kleinbusses mit manueller Gangschaltung. Dies war zwar ein Risiko in Anbetracht seiner Angst vor dem Autofahren, jedoch wollte ich mich nicht verstellen und meinen Gefühlszustand verständlich machen. Zu meiner Beruhigung reagierte Herr B. innerhalb seines damaligen eher schmalen Ausdrucksspektrums sehr verständnisvoll darauf und sagte, dass es bestimmt schwierig sein müsse mit so einem großen Auto in derart starkem Verkehr zu fahren. Vielleicht schätzte er es, dass ich ehrlich und transparent war. Vielleicht gewann er Sicherheit, indem ich meine eigene Unsicherheit ausdrückte. Aus meiner Sicht war das verbalisierte Verständnis von Herrn B. keine nebenbei getätigte Höflichkeitsfloskel, denn dafür zeigte er üblicherweise keine Bereitschaft.

Einige Monate nach der Autofahrt, als Herr B. mir offenherzig über seine psychische Verfassung berichtete, war ich ganz ich selbst. Ich fühlte mich nicht bedroht, sondern sicher, verhielt mich „natürlich“, aus mir heraus, ohne überzogenem Ernst und überreizter Wachsamkeit. Zu diesem Zeitpunkt hatte sich zwischen uns eine hilfreiche Betreuungsbeziehung etabliert. Ich konnte mit Leichtigkeit Herrn B. akzeptieren und respektieren, ihm zuhören und antworten, ohne Vorbehalte, pädagogischen Überlegungen und externen Zielsetzungen, womit die zweite Bedingung angesprochen ist.

Wertschätzendes Betreuen

Zur Wertschätzung schreibt Rogers (2021 [1960], S. 75): „Es ist einer Veränderung förderlich, wenn der Therapeut eine warme, positive und akzeptierende Einstellung gegenüber dem, was im Klienten *ist*, einnimmt. Das schließt mit ein die echte Bereitschaft des Therapeuten, es dem Klienten zu erlauben, jegliches Gefühl, das sich augenblicklich in ihm ereignet – Furcht, Verwirrung, Schmerz, Stolz, Zorn, Haß, Liebe, Mut oder Bewunderung –, ganz zu *sein*.“

In der Betreuung existieren Grenzen hinsichtlich der Handlungsfreiheit der Klient*innen (dazu später mehr). Dennoch gilt innerhalb dieser Grenzen das Prinzip, dass Klient*innen denken, fühlen und tun können, was sie möchten, also so sein dürfen, wie sie wollen. Die Wertschätzung der Klient*innen besteht darin, sie in ihrem je individuellen Sosein anzuerkennen. Dies impliziert die Achtung der von ihnen selbstbestimmt gewählten Handlungsziele, auch wenn sie auf dem ersten Blick aus Betreuer*innen-Perspektive nicht immer nachvollziehbar scheinen.

Wertschätzungen dieser Art erfuhr Herr B. an verschiedenen Punkten unserer Smartphone-Unternehmung. Die Gesamtausrichtung unserer gemeinsamen Zusammenarbeit initiierte Herr B., indem er das übergeordnete Ziel formulierte: „Ich möchte unterwegs Musik hören.“ Er entschloss sich dafür, ein Smartphone zum Abspielen der Musik zu kaufen, auch wenn er die eigentlichen Funktionen eines Smartphones nicht nutzen wollte und ein schlichter MP3-Player von außen betrachtet sinnvoller erschienen wäre. Herr B. bestimmte über Zeit und Ort des Smartphone-Einkaufs, auch über die Geschwindigkeit durch das Einlegen von Pausen. Er entschied mit, wie wir zum Einkaufszentrum gelangen sollten, nämlich autofahrend mit dem Firmenbus. Nach dem Einkauf beteiligte sich Herr B. an der Entscheidung, wann und wie wir die Musik auf sein Handy übertragen. Schließlich beschloss er allein, welche Lieder auf das Smartphone gespeichert wurden. Das mag vielleicht trivial klingen, aber hinsichtlich Herr B.s Persönlichkeitsstruktur war es von größter Wichtigkeit, sich bei der Liederauswahl

nicht einzumischen, um ihm beispielsweise „beruhigendere“ Genres zu empfehlen. Retrospektiv denke ich, dass er zu diesem Zeitpunkt unserer Beziehungsdynamik solche gut gemeinten Ratschläge als bedrohliche Manipulationsversuche wahrgenommen hätte.

Als Herr B. mir zu Beginn die SIM-Karten-Nummer nicht geben wollte, war das in Ordnung und ich versuchte ihm auch das Gefühl zu vermitteln, dass seine Verhaltensreaktion in Ordnung für mich war. Als Herr B. mir ein paar Monate danach seinen genauen Kontostand verriet, war das ebenso in Ordnung und ich versuchte ihm ebenso das Gefühl zu vermitteln, dass sein Verhalten in Ordnung für mich war. Beide Handlungen von Herrn B. hatte ich respektiert, ohne die dahinterliegenden Überlegungen und Emotionen anzuzweifeln. Anklagende sowie lobpreisende Reaktionen auf Äußerungen von Klient*innen können jeweils auf ihre Art kontraproduktiv sein. Nur weil sich ein Klient oder eine Klientin sozial erwünscht oder unerwünscht verhält, sollte dies aus meiner Sicht *per se* zu keinem überschwänglichen Lob oder Tadel seitens der Betreuer*innen führen.

Bei Lichte gesehen ist personenzentriertes Wertschätzen das Gegenteil von Schätzen, Bewerten, Beurteilen. So schwierig es teilweise im Betreuungsalltag sein mag: Wertschätzend betreiben bedeutet mit den Klient*innen so umzugehen, wie sie *sind*, mit ihren faktisch vorhandenen Gedanken, Gefühlen und Handlungen und nicht wie sie „idealerweise“ sein sollten. Eine derart wertschätzende Haltung drückt sich in kleinen Handlungen und subtilen Gesten aus: Ich urteilte nicht aus meiner Perspektive, welches Einkaufszentrum oder Smartphone geeigneter für Herrn B. sei; ich rollte nicht mit den Augen, als Herr B. ein Lied wählte, das ich persönlich nicht mochte. Ich versuchte Herrn B. aus seinen Maßstäben, aus seinen Zielen und Bedürfnissen heraus zu unterstützen. Eine hilfreiche Betreuungsbeziehung kann dann entstehen, wenn das innere Bezugssystem der Klient*innen wertgeschätzt wird. Dies leitet zur dritten Bedingung über.

Empathisches Betreuen

Empathie bedeutet laut Rogers (2021 [1960], S. 75) Folgendes: „Wenn der Therapeut die Gefühle und persönliche Sinngebungen erfasst, die der Klient in jedem Augenblick erfährt, wenn er diese von ‚innen‘, so wie sie den Klienten erscheinen, wahrnehmen kann, und wenn es ihm gelingt, etwas von seinem Verständnis dem Klienten mitzuteilen, dann ist diese dritte Bedingung erfüllt.“

Die Erste-Person-Perspektive eines anderen Menschen vollkommen einzunehmen, ist aus erkenntnistheoretischen Gründen unmöglich (Searle, 2004, S. 94). Dennoch kann eine

Annäherung an das innere Bezugssystem meines Gegenübers stattfinden, indem ich seine Gedanken und Gefühle empathisch nachvollziehen lerne. In der Betreuung entwickelt sich empathisches Verständnis in einem wechselseitigen Prozess, in dem Betreuer*innen die Ziele und Bedürfnisse der Klient*innen kennenlernen, weil die Klient*innen mal mehr und mal weniger Auskunft über ihr Innenleben geben. Im Laufe des Beziehungsaufbaus zwischen Herrn B. und mir wuchs meine Empathie und mein Verständnis mit jeder gemeinsamen Tätigkeit und jedem erfolgreich bewältigten oder auch gescheiterten Ziel. Vor allem deswegen, weil Herr B. in diesen Situationen stetig mehr von seiner Gedanken- und Gefühlswelt preisgab.

Als Herr B. mir Informationen bezüglich seines Handyvertrags vorenthielt, hakte ich nicht nach, weil ich aus seinem Bezugssystem heraus verstand, dass er ein weiteres Nachfragen meinerseits als Bedrohung empfunden hätte. Im Einkaufszentrum hatte ich den Eindruck, dass sich Herr B. verstanden fühlte, als ich eine Rauchpause vorschlug, damit er seinen Stresspegel ein wenig senken konnte. Den gleichen Eindruck machte Herr B. auf mich, als ich seine nostalgischen Gefühle verbalisierte, die er augenscheinlich beim Hören eines seiner heruntergeladenen Lieder verspürte. Auf der anderen Seite machte es in manchen Situationen den Anschein, dass sich Herr B. genau dann verstanden fühlte, wenn ich mich zurückhielt und wir gemeinsam schwiegen.

In Hinblick auf manche zerfahrenen Gedankengänge und subjektiven Theorien von Herrn B., traten Verstehensgrenzen auf. Dennoch zeigte ich mich bemüht Herrn B. zu verstehen, fragte nach und bekannte mich offen zu meinem fehlenden Verständnis. Ich lernte erst mit der Zeit, dass Herr B. offenbar nicht über mein fehlendes Verständnis aufgebracht war, sondern mein Bemühen um ein Verständnis wertschätzte. Indem ich die Äußerungen von Herrn B. paraphrasierend wiederholte oder mit meinen eigenen Gedankengängen assoziierte und mich Herr B. daraufhin entweder korrigierte oder bestätigte, näherten wir uns einem gemeinsamen Verstehenshorizont. Wenn Herr B. einer meiner Paraphrasierungen zustimmte – „Ja genau, das mein ich!“ –, dann waren das bedeutsame Momente im Aufbau einer hilfreichen Betreuungsbeziehung.

Störungsspezifische Aspekte

Der Aufbau einer hilfreichen Beziehung zwischen Herrn B. und mir gelang deswegen, weil ich ihn kontinuierlich ansteigend kongruent, wertschätzend und empathisch betreute. Umgekehrt verhielt sich Herr B. fortwährend kongruenter, wertschätzender und empathischer mir gegenüber. Am Ende unserer gemeinsamen Unternehmung waren wir beide wir selbst, wir wertschätzten uns gegenseitig und wir waren ehrlich an einem

Verständnis des jeweils anderen interessiert. Aus meiner Sicht fühlte sich Herr B. an irgendeinem Punkt unserer Beziehung so frei von Bewertungen und Bedrohungen, dass er sich in meiner Anwesenheit sicher und wohl fühlte. Herr B. offenbarte mir viele Einzelheiten seiner Persönlichkeit und seines Lebens: Episoden aus seiner Vergangenheit, seine Zukunftsvorstellungen, Facetten seiner gegenwärtigen Persönlichkeit, seine Gedanken und Gefühle, seine Hoffnungen und Ängste, die Merkmale und Auswirkungen seiner psychischen Erkrankung und seine Bewältigungsstrategien. Herr B. legte einige seiner wesentlichen Vulnerabilitäten offen, was vor der gemeinsamen Unternehmung nicht möglich gewesen wäre.

Herr B. nahm während der gesamten Zeitspanne der geschilderten Falldarstellung die von seinem Psychiater verordneten Psychopharmaka ein. Als hilfreich erlebte Alexander B. insbesondere ein Antipsychotikum, das er einmal im Monat *per* Depot-Spritze erhielt. Dies ist deswegen wichtig zu erwähnen, da eine gelungene und als hilfreich erlebte psychopharmalogische Behandlung von Schizophrenien mit Antipsychotika eine wichtige Voraussetzung für das Einlassen auf eine hilfreiche Betreuungsbeziehung darstellt (Luderer, 2021, S. 23). Klient*innen müssen in kognitiver, emotionaler und sozialer Hinsicht ein Minimum an „Betreuungsfähigkeit“ besitzen, um das hier dargestellte Konzept der personenzentrierten Betreuung praktizieren zu können.

Ohne die psychosoziale Betreuung explizit zu erwähnen, konkludiert Luderer (2021, S. 30) für die personenzentrierte Arbeit mit Menschen mit Schizophrenie: „Betroffene und Angehörige nehmen pflegende, beratende und behandelnde Personen als hilfreich wahr, wenn sie sich verstanden und auf Augenhöhe mit dem Therapeuten fühlen“. Diese Aussage gilt für alle Personen im Betreuungskontext, unabhängig vom Vorliegen einer spezifischen psychischen Erkrankung. Wie Rogers in seinen späteren Schriften betont, sind Kongruenz, Wertschätzung und Empathie notwendige und hinreichende Bedingungen für eine hilfreiche Beziehung und für die Persönlichkeitsentwicklung *aller* Menschen (Oberreiter, 2021). Doch eine kongruente, wertschätzende und empathische Haltung im Betreuen von psychisch erkrankten Menschen einzunehmen und zu bewahren, wird durch ein störungsspezifisches Wissen enorm erleichtert. Von der Norm abweichende, insbesondere destruktiv erscheinende Verhaltensweisen werden dann nicht mehr als persönliche Eigenheiten der jeweiligen Klient*innen oder als soziale Signale in Richtung der betreuenden Personen betrachtet, sondern als Symptome und Begleiterscheinungen der entsprechenden psychischen Erkrankung (Binder & Binder, 2019, S. 93ff). Störungsspezifisches Betreuen führt zu mehr Verständnis der individuellen Klient*innen, da die Krankheitssymptome oft ein wichtiger Teil ihres Selbstkonzepts sind. Bei

Herrn B. lernte ich erst mit der Zeit, dass ein großer Anteil seiner scheinbaren aggressiven Verhaltensreaktionen auf teilweise chronische psychotische Symptome zurückzuführen sind und nicht auf meine Person oder auf meine Qualitäten als Betreuer.

Die Relevanz des störungsspezifischen Betreuens tritt vor allem dann in den Vordergrund, wenn leidenserzeugende Verhaltens- und Erlebensweisen auftreten. Dann bieten Diagnosen Orientierung für Betreuer*innen, um gezielt zu intervenieren, wie beispielsweise mit Einzelfallmedikamenten, Skills gegen selbstverletzendes Verhalten oder Psychoedukation über die entsprechende psychische Erkrankung. Diagnosen können zudem der Kommunikation dienen, sowohl innerhalb des Betreuer*innen-Teams als auch nach außen mit Vertreter*innen verschiedener Gesundheitsberufe. Manchmal können Diagnosen eine Entlastung für die Klient*innen sein, da sie plötzlich eine Erklärung für ihr jahrelang unerklärliches Verhalten und Erleben erhalten. Doch darf dann die Gefahr nicht übersehen werden, dass Klient*innen fatalistisch ihre Verantwortung von sich weisen, da sie „ja nicht anders können“, weil sie diese oder jene Erkrankung haben.

In der alltäglichen personenzentrierten Betreuung ist zu beachten, dass die Klient*innen nicht vorschnell mit vermeintlichem Experten*innenwissen konfrontiert werden. Dass für Herr B. das Stimmenhören durch Musikhören erträglicher wurde und somit eine Symptomerleichterung durch unser Vorhaben eintrat, war nicht das Resultat einer aus der Diagnose abgeleiteten Intervention meinerseits, sondern die für mich unvorhersehbare Wirkung der hilfreichen Betreuungsbeziehung, die ich Herrn B. anbot und er annahm. Dieser zutiefst personenzentrierte Prozess betrifft jedoch nicht mehr nur Nutzen und Nachteil des störungsspezifischen Vorgehens als solchen, sondern führt geradewegs zu allgemeineren Betrachtungen über das Verhältnis zwischen Autonomie und Grenzen in der personenzentrierten Betreuung.

4. Allgemeinere Betrachtungen

In den Ausführungen zum wertschätzenden Betreuen wurde postuliert, „dass Klient*innen denken, fühlen und tun können, was sie möchten, also so sein dürfen, wie sie wollen“. Mit anderen Worten: In der personenzentrierten Betreuung wird ausdrücklich die Freiheit und Autonomie der Klient*innen anerkannt und forciert. Gleichzeitig bestehen im Betreuungskontext auch notwendige Beschränkungen jener Freiheit. Daher muss in personenzentrierten Betreuungsbeziehungen das Verhältnis zwischen Freiheit und Zwang – oder besser: zwischen Autonomie und ihren Grenzen – eine besondere Berücksichtigung erhalten. „Wichtige Persönlichkeitsmerkmale, die einen guten

Betreuer auszeichnen, sind soziales Engagement, Empathie und ein Gespür dafür, wo im Umgang mit Kranken und Behinderter die Grenze zwischen Fürsorge und Bevormundung verläuft“ (Lorz, 2015, S. 14). Die Demarkationslinie zwischen autonomieunterstützender Fürsorge und kontrollierender Bevormundung lässt sich mit der folgenden Formel kennzeichnen: Personenzentrierte Betreuer*innen gewährleisten maximalmögliche Autonomie innerhalb minimalnotwendiger Grenzen.

Maximalmögliche Autonomie

Herr B. formulierte das Ziel unserer monatelangen Unternehmung. Er bestimmte selbst, dass er ein Smartphone zum Musikhören will, wenn auch ohne Vertrag und ohne Möglichkeit zum Telefonieren. Er suchte sich seine favorisierten Kopfhörer aus und beschloss, sich gleich drei Exemplare davon zu kaufen. Er entschied sich für diejenigen Lieder, die er hören wollte. Er legte jeden Tag mehrmals fest, wann und wo er Musik hörte. In all diesen autonomen Entscheidungen können sich Betreuer*innen einschalten, um ihren Klient*innen beratend zur Seite zu stehen, aber nicht um sie zu lenken, zu drängen oder gar zu zwingen. Kongruentes, wertschätzendes und empathisches Betreuen mündet in einer autonomieorientierten Betreuungspraxis.

Mit derartigen Überlegungen haben wir längst das normative Feld der Ethik betreten. Aus Immanuel Kants Ethik entlehnt besteht der zentrale Grundsatz für ein ethisches Betreuen darin, die Klient*innen als Personen anzuerkennen, als autonome Lebewesen, deren „*Dasein an sich selbst* einen absoluten Wert hat“, „als Zweck an sich selbst, *nicht bloß als Mittel*“ (Kant, 2015 [1785], AA S. 428). Klient*innen setzen und verfolgen Ziele selbst; Betreuer*innen unterstützen lediglich dabei, diese Ziele realistisch zu setzen und erfolgreich zu verfolgen. Dabei vernachlässigt die autonomieorientierte Betreuung nicht die Wichtigkeit von sozialen Beziehungen im Sinne einer irreführenden atomistisch-individualistischen Auffassung vom Menschen, sondern beachtet die Selbstbestimmungsfähigkeit und die Beziehungsangewiesenheit des Menschen gleichermaßen. Dies geht mit dem „personenzentrierten Axiom“ von Peter Schmid (2017, S. 170) einher, „dass der Mensch die Fähigkeit und Tendenz zur Entwicklung in sich selbst trägt, er aber der Beziehung bedarf, damit diese Entwicklung tatsächlich stattfinden kann.“

Kant (2000 [1798], AA S. 327) charakterisierte im 18. Jahrhundert das Streben nach Autonomieerleben als eine anthropologische Grundkonstante: „Das Geschrei, welches ein kaum geborenes Kind hören läßt, hat nicht den Ton des Jammers, sondern der Entrüstung und aufgebrachtten Zorns an sich; nicht weil ihm was schmerzt, sondern weil ihm etwas

verdrießt: vermutlich darum, weil es sich bewegen will und sein Unvermögen dazu gleich als eine Fesselung fühlt, wodurch ihm die Freiheit genommen wird“. Mehr als 50 Jahre empirische Forschung zeigen, dass das Autonomieerleben ein psychologisches Grundbedürfnis ist, dessen Befriedigung notwendig ist für das subjektive Wohlbefinden und die psychische Verfassung (Ryan & Deci, 2017). Die psychische Gesundheit profitiert von einem autonomieunterstützenden Umfeld im Gegensatz zu einem kontrollierenden. Das ist eine zentrale Einsicht für das professionelle Handeln von Betreuer*innen, da eine autonomieorientierte Betreuungshaltung keine „nette“ Beigabe ist, sondern essenzieller Bestandteil des fachlichen Know-hows, um die psychische Verfassung der Klient*innen zu stabilisieren und gegebenenfalls zu verbessern. In hilfreichen Betreuungsbeziehungen erleben die Klient*innen Sicherheit und Autonomie, wodurch sie mehr psychisches Wohlbefinden spüren und ihre eigenen Potenziale entfalten. Damit sind die Voraussetzungen geschaffen, um das eingangs angegebene übergeordnete Betreuungsziel zu realisieren: die persönliche und berufliche Weiterentwicklung.

Rogers (2021 [1957], S. 171, mod. DF) schreibt, dass der personenzentrierte Ansatz den Klient*innen eine „Entwicklung zur Selbstbestimmung“ ermöglicht, „daß er [der Klient] es ist, der nach und nach die Ziele auswählt, wohin er sich entwickeln möchte. Er entscheidet, welche Tätigkeiten und Verhaltensweisen für ihn von Bedeutung sind, und welche es nicht sind“. Richtung und Geschwindigkeit lassen sich personenzentrierte Betreuer*innen von den jeweiligen Klient*innen vorgegeben. Wohin sein Weg führt und wie schnell er darauf unterwegs sein möchte, hatte Herr B. selbst bestimmt. Er hatte das Stimmenhören erträglicher gemacht, indem er mobil Musikhören konnte. Die Symptomerleichterung war kein intendiertes Betreuungsziel, keine geplante Intervention, keine Konsequenz eines vermeintlichen Expert*innenwissens von Betreuer*innen, sondern eine von Herrn B. selbst verwirklichte innere Ressource auf Basis unserer hilfreichen Betreuungsbeziehung. Ganz im Sinne der Aktualisierungstendenz wurde darauf vertraut, dass Herr B. unter der Voraussetzung einer hilfreichen Beziehung die eigenen leidmindernden Potenziale zu realisieren vermag.

Das beinhaltet die vielleicht für manche Ohren radikale Implikation, dass ich als personenzentrierter Betreuer oft nicht weiß, wozu genau ich helfe – ich helfe „einfach“ und das ist schwer genug. Ich weiß oft nicht, was am Ende „rauskommt“, aber ich weiß, dass ich so kongruent, wertschätzend und empathisch wie möglich bin, eine hilfreiche Beziehung anbiete und darauf vertraue, dass der*die jeweilige Klient*in die Beziehung für sich zu nutzen weiß. Dies führt nicht nur zu mehr Autonomie auf Seiten der Klient*innen, sondern auch zu mehr Entlastung auf Seiten der Betreuer*innen. Betreuer*innen müssen, können

und sollen es nicht immer besser wissen als die Klient*innen. Damit kann nun das Grundprinzip der personenzentrierten Betreuung formuliert werden, welches jede einzelne Betreuungstätigkeit durchzieht: Der Betreuungsprozess wird maßgeblich von den Klient*innen beeinflusst und mitgestaltet, wenn möglich angeleitet und gesteuert. Gegenstücke davon sind fremdbestimmendes, interventionistisches, infantilisiertes und kontrollierendes Betreuen.

In den sogenannten Bezugsbetreuungsstunden kann das autonomieorientierte personenzentrierte Betreuen zu seiner vollen Geltung gelangen. Die Bezugsbetreuungsstunden stehen für gemeinsame Tätigkeiten von Bezugsbetreuer*in und Bezugsklient*in zur Verfügung und sind daher bestens dafür geeignet, sie ganz der Richtung und der Geschwindigkeit der Klient*innen zu überlassen. Ob Kino gehen, Eis essen, Bowling, Therme, Anime-Convention, Bootfahren, Waldspaziergang oder Techno-Club – vieles ist möglich, wenn sich Betreuer*innen auf das Wagnis einlassen, den Klient*innen das Ruder zu überlassen, ohne dabei auf Vorsichtsmaßnahmen zu vergessen (wie beispielsweise die Mitnahme eines Einzelfallmedikaments). Meiner Erfahrung nach können gerade bei den intuitiv abwegigeren Tätigkeiten Facetten der Persönlichkeitsentwicklung angeregt werden, die im Vorfeld nicht abzusehen sind.

Minimalnotwendige Grenzen

Bei aller Betonung der Freiheit und Autonomie der Klient*innen im personenzentrierten Betreuungssetting, dürfen die notwendigen Grenzen nicht übersehen werden. Für die Spieltherapie mit Kindern schreibt Elaine Dorfmann (2021 [1951], S. 238): „Der Therapeut setzt dem verbalen Ausdruck von Gefühlen von Seiten des Kindes keinerlei Grenzen. Einige Gefühle dürfen jedoch nicht direkt in Handlung ausgedrückt werden.“ Klient*innen sollten nicht ihre Gedanken und Gefühle verleugnen müssen, jedoch dürfen sie auch nicht all ihre Gedanken und Gefühle in Handlungen umsetzen, wie beispielsweise Betreuer*innen oder Mitbewohner*innen zu attackieren. Es ist ähnlich wie mit der Demokratie: Wie die Demokratie eigentlich keine antidemokratischen Positionen anerkennen kann, weil sie sich sonst selbst vernichten würde, kann auch die personenzentrierte Betreuung kein Verhalten von Klient*innen hinnehmen, welches diese Betreuungsform verunmöglichen würde.

Wichtig ist, die Grenzen in der Betreuung klar zu setzen, transparent zu kommunizieren, gut zu begründen und im besten Fall gemeinsam mit den Klient*innen in Bewohner*innen-Besprechungen zu formulieren. Die Grenze „Selbst- und/oder Fremdgefährdung“ ist eine letzte Grenze, die rechtlich und ethisch absolute Geltung besitzt. Aber es existieren auch weniger drastische Grenzen, wie beispielsweise die

einrichtungsspezifische Hausordnung und zusätzliche Regeln für ein reibungsloses Zusammenleben. „Beschriftetes Essen von Mitbewohner*innen wird bitte nicht gegessen“ oder „Nachtruhe ab 22 Uhr“ – diese ganz praxisbezogenen Grenzsatzungen sind erforderlich, damit die Klient*innen gerade aufgrund dieser Grenzen in Autonomie leben können. Wie für den Makrokosmos einer jeden demokratischen Gesellschaft kann auch im Mikrokosmos von Wohngemeinschaften das Schadensprinzip von John Stuart Mill (2017 [1859], S. 19) herangezogen werden: Der Einzelne darf nur dann zu etwas gezwungen werden, um „die Schädigung anderer zu verhüten“. Anders gesagt: Die Freiheit des*der einen hört dort auf, wo die Freiheit des*der anderen anfängt. So gesehen gewährleisten Grenzen die personenzentrierte Orientierung an der Autonomie des einzelnen Menschen.

Es sei nochmal die obige Formel wiederholt: Innerhalb der minimalnotwendigen Grenzen ist maximalmöglichster autonomer Freiheitspielraum sicherzustellen. In der Praxis zeigt sich dieses Bemühen in subtilen Gesten, die von Dritten kaum zu bemerken sind. Beispielsweise war es für Herrn B. ein fundamentaler Unterschied, wenn Betreuer*innen ihn fragten, ob er seine Medikamente nehmen möchte oder ob man ihn selbst nach den Medikamenten fragen ließ. Herr B. durchlebte Phasen, in der er bloßes Nachfragen als massives Eindringen in seinen Autonomieradius empfand. In anderen Phasen wollte er auf die Medikamenteneinnahme erinnert werden, weil er seinem eigenen Gedächtnis nicht mehr traute. Dann war es angebracht, ihn bezüglich seiner Medikamenteneinnahme proaktiv anzusprechen. Ein zweites Beispiel: Herr B. nahm ein und dieselbe Erinnerung an einem Arzttermin fundamental unterschiedlich wahr, wenn Betreuer*innen ihn sofort nach dem Nachhausekommen von der Tagesstruktur darauf ansprachen, oder wenn sie ihm etwas Zeit ließen, in der Wohngemeinschaft anzukommen, um ihn danach auf den Arzttermin anzusprechen.

Es existiert keine feste Regel, ab wann das Handeln von Betreuer*innen als aufdringliche Fremdbestimmung oder als Fürsorge im Rahmen der Anerkennung von Autonomie erfahren wird. Das ist nicht nur intersubjektiv zwischen den Klient*innen unterschiedlich, sondern auch intrasubjektiv innerhalb des-/derselben Klient*in zu verschiedenen Zeitpunkten. Dies einschätzen zu können, erfordert die oben beschriebenen personenzentrierten Betreuungskompetenzen, insbesondere ein empathisches Einfühlungsvermögen. Generell gilt, dass Grenzen dann hilfreich sind, wenn sie personenzentriert und damit in Hinblick auf die Bedürfnisse und Ziele aller Beteiligten gesetzt werden, insofern dies im gegebenen Fall möglich ist. Individuelle Ausnahmen sind in Grenzsatzungen immer möglich, denn Gerechtigkeit entsteht durch differenziertes und auf

das Individuum abgestimmtes Betreuen, nicht durch homogenisierende Vereinheitlichung.

Genauso wie die Autonomie der Klient*innen im Betreuungskontext ihre Grenzen hat, besitzt auch das personenzentrierte Betreuen selbst seine Grenzen. Und diese treten besonders dann zum Vorschein, wenn externe Ansprüche vordringlich werden, die außerhalb des inneren Bezugssystems der jeweiligen Klient*innen liegen. Dies hat mit dem doppelten Mandat in der Sozialen Arbeit zu tun: Zum einen ist Soziale Arbeit orientiert an den Bedürfnissen der individuellen Klient*innen, zum anderen handelt sie aber auch im Auftrag des Staates und unter dem Banner des gesellschaftlich Wünschenswerten (Böhnisch & Lösch, 1973). Wenn letzteres Mandat schlagend wird, wird notgedrungen die personenzentrierte Betreuung ein Stück weit vernachlässigt. Wenn beispielsweise Klient*innen aufgrund ihres Hygienezustands angeregt werden müssen, sich regelmäßiger zu pflegen. Oder wenn Klient*innen angehalten werden müssen, nicht mehr laut singend durch die Einkaufsstraße zu spazieren, um Lärmbelästigungen zu vermeiden. Oder auch wenn Menschen gegen ihren Willen in eine geschlossene Abteilung einer psychiatrischen Klinik eingewiesen werden müssen, da sie sich fremdgefährdend verhalten.

Auch in denjenigen Betreuungstätigkeiten, in denen externe Ziele verfolgt und damit die inhärenten Zielsetzungen der jeweiligen Klient*innen notgedrungen umgangen werden, können Betreuer*innen mehr oder weniger personenzentriert handeln. Es herrscht kein dichotomes Entweder-oder, sondern ein vielgestaltiges Kontinuum zwischen heteronomen, kontrollierenden auf der einen und kongruenten, wertschätzenden, empathischen, autonomieunterstützenden Betreuungsaspekten auf der anderen Seite. In jeder Situation besteht der zentrale Impetus personenzentrierter Betreuung darin, im Vertrauen auf die Aktualisierungstendenz und Selbstverwirklichung die Erweiterung von Autonomie und persönlicher Freiheit der Klient*innen anzustreben.

Literatur

- Binder, U. & Binder, J. (2019). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung – Psychosomatisches Erleben – Depressives Leiden*. 5. Auflage. Westarp Science.
- Böhnisch, L. & Lösch, H. (1973). Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In: Otto, H.U. & Schneider, S. (Hrsg.) *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit (Bd. 2, S. 21–40.)*. Luchterhand.
- Dorfmann, E. (2021). Spieltherapie. In: Rogers, C.R. *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. 21. Auflage, S. 219–254. Fischer Taschenbuch.
- Fuchs, T. (2023). *Psychiatrie als Beziehungsmedizin. Ein ökologisches Paradigma*. Kohlhammer.
- Gordon, T. (2021). Gruppen-bezogene Führung und Verwaltung. In: Rogers, C.R. *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. 21. Auflage, S. 287–334. Fischer Taschenbuch.
- Kant, I. (2015). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Kommentar von Christoph Horn, Corrina Mieth und Nice Scarano. 4. Auflage. Suhrkamp.
- Kant, I. (2000). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Felix Meiner Verlag.
- Lorz, T. (2015). *Betreuung bei psychischen Erkrankungen. Ein medizinisch-rechtlicher Ratgeber mit 15 Fallbeispielen*. Kohlhammer.
- Luderer, H.J. (2021). Schizophrenien aus personenzentrierter Sicht. Symptome, Ursachen und Folgen für personenzentrierte Beratung und Psychotherapie. *Person 25 (1)*, 18–31.
- Mill, J.S. (2017). *Über die Freiheit*. Reclam.
- Oberreiter, D. (2021). Carl Rogers und Psychose. Schizophrenie und psychotische Störungen in den Texten von Carl Rogers. *Person 25 (1)*, 5–17.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 5. Auflage. de Gruyter.
- Rogers, C.R. (2020). *Eine Theorie der Psychotherapie*. 3. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag.
- Rogers, C.R. (2021). Schüler-bezogenes Unterrichten. In: Rogers, C.R. *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. 21. Auflage. S. 335–373. Fischer.
- Rogers, C.R. (2021). Förderung der Persönlichkeitsentfaltung – einige Hypothesen. In: Rogers, C.R. *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. 23. Auflage. S. 45–52. Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (2021). „Das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“. Ansichten eines Therapeuten über persönliche Ziele. In: Rogers, C.R. *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. 23. Auflage. S. 164–182. Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (2021). Die Eigenschaften einer hilfreichen Beziehung. In: Rogers, C.R. *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. 23. Auflage. S. 53–72. Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (2021). Was wir über Psychotherapie wissen, objektiv und subjektiv. In: Rogers, C.R. *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. 23. Auflage. S. 73–82. Klett-Cotta.
- Ryan, R.M./Deci, E.L. (2017). *Self-Determination Theory. Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. Guilford Press.
- Schmid, P.F. (2017). Personenzentrierte Psychotherapie. In: Sluneco, T. (Hrsg.) *Psychotherapie. Eine Einführung*. 2. Auflage. S. 153–201. Facultas.
- Searle, J. (2004). *Mind. A brief introduction*. Oxford University Press.

Personzentrierte Psychotherapie und Pharmakotherapie einer Patientin mit einer schweren unipolaren Depression: eine Kasuistik

Hans-Jürgen Luderer

Zusammenfassung

Diese Kasuistik beschreibt die Diagnosestellung und die personzentrierte Psycho- und Pharmakotherapie einer Patientin mit einer schweren, chronisch verlaufenden unipolaren Depression.

Bemerkenswert in Bezug auf Entstehung und Verlauf waren auf der einen Seite die geringe Ausprägung der situativen und biografischen Risikofaktoren und auf der anderen Seite die hohe genetische Vulnerabilität. Mehrere Familienangehörige litten an unipolaren Depressionen, zwei von ihnen beendeten ihr Leben durch Suizid, einer dieser Suizide fand während der Behandlung der Patientin statt.

Die Depression erforderte eine komplexe Behandlung mit Psychopharmaka, bei der neben der Beachtung der Leitlinien die Einbeziehung der Patientin nach dem Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung eine entscheidende Rolle spielte. Im Mittelpunkt der ebenfalls komplexen personzentrierten Psychotherapie stand die Bewältigung der Krankheitssymptome. Vor allem betraf dies den Umgang mit dem langen und wechselhaften Verlauf, die immer wieder auftretenden Suizidgedanken sowie die Auseinandersetzung mit den depressiven Störungen und Suizidhandlungen in der Familie.

Schlüsselwörter: Schwere unipolare Depression, chronische Depression, Suizidgedanken, Inkongruenz, personzentrierte Psychotherapie

Summary

Person-centered psychotherapy and pharmacotherapy of a patient with severe unipolar depression: a case report

This case report delineates the diagnosis and person-centered psychotherapy and pharmacotherapy of a patient suffering from severe chronic unipolar depression.

A noteworthy observation regarding the progression and course of the illness is the low level of situational and biographical risk factors, while genetic risk factors were found to be substantial. It is important to note that several family members had previously suffered from unipolar depression, and that two of them had taken their own lives, one of them during the patient's treatment.

The depression required a multifaceted treatment approach involving psychotropic medication in accordance with established guidelines, complemented by shared decision-making processes with the patient. The equally complex psychotherapy focused on coping with the symptoms of depression, including the long and changing course and the recurrent suicidal thoughts, as well as the cases of unipolar depression and suicide in the family.

Keywords: Major depressive disorder, chronic depression, suicidal ideation, incongruence, person-centered psychotherapy

<https://doi.org/10.24989/person.v29i1.4>

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer war von 1996 bis 2014 Chefarzt im Klinikum am Weissenhof, Weinsberg, einer Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Danach arbeitete er bis 2024 in der dortigen Institutsambulanz. Als Kursleiter der GwG ist er auch in seinem Ruhestand weiterhin tätig. Kontakt: hj.luderer@gmx.de

Anmerkungen:

Die Patientin hat ihr Einverständnis zur Veröffentlichung ihrer Fallgeschichte erklärt. Sie kennt den Text dieses Beitrags und war in dessen Abfassung eingebunden.

1. Einleitung

1.1. Vorbemerkung

Der folgende Beitrag beschreibt Diagnosestellung und Therapie einer Patientin mit einer schweren und schwer zu behandelnden, chronischen unipolaren Depression mit gering ausgeprägten psychosozialen und stark ausgeprägten genetischen

Risikofaktoren. Im ersten Abschnitt werden allgemeine Informationen zu unipolaren Depressionen zusammengefasst dargestellt. Der zweite Abschnitt beinhaltet Vorgeschichte, Diagnosestellung, Therapie und Verlauf, der dritte Abschnitt Überlegungen zur Psychotherapie und Pharmakotherapie nach personenzentrierten Grundprinzipien bei der Patientin und bei anderen, in ähnlicher Weise betroffenen Personen.

1.2. Definitionen, Symptome, Epidemiologie

Unipolare Depressionen äußern sich in gedrückter Stimmung, Verminderung von Antrieb sowie weiteren Symptomen. Eine depressive Episode ist als Zeitabschnitt definiert, während dessen Krankheitssymptome auftreten. Eine depressive Episode dauert nach DSM-5 und ICD10/11 mindestens 14 Tage. In dieser Zeit bestehen die Symptome jeden oder fast jeden Tag und den überwiegenden Teil des Tages (APA, 2013, S. 160 f.; APA, 2022, S. 185 ff.; WHO, 2024; Behr et al., 2020, S. 216).

Symptome: Die betroffenen Personen sind in ihrem Wohlbefinden und ihren Möglichkeiten zur Teilhabe am sozialen Leben in verschiedenster Weise beeinträchtigt. Über die oben angesprochenen Symptome hinaus interessieren sie sich nicht mehr für Dinge oder Personen, die ihnen bisher wichtig waren, fühlen sich kraftlos und ermüden bei Tätigkeiten, die in der Vergangenheit wenig Anstrengung erforderten. Betroffene zweifeln an sich, sind immer wieder mit denselben negativen Gedanken beschäftigt, schlafen unruhig, kämpfen mit Suizidgedanken, können sich nur schwer konzentrieren und sind oft nur unter großen Mühen in der Lage, ihre alltäglichen Aufgaben zu erfüllen. Belastungen irgendwelcher Art verkraften sie schlechter als außerhalb von depressiven Episoden. Der Leidensdruck umfasst bei schweren Episoden nicht nur das Befinden, sondern auch Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit und der Belastbarkeit.

Epidemiologie: Unipolare Depressionen sind häufige Erkrankungen. Die 12-Monats-Prävalenz schwerer unipolarer Depressionen, im DSM-System als „Major Depressive Disorder“ bezeichnet, liegt in den USA und Deutschland bei etwa 7–8% (APA, 2022, p. 188 f.; BÄK, 2022, S. 18; Jacobi et al., 2004; Streit et al., 2023). Depressionen können in jedem Lebensalter beginnen, auch in der Kindheit (Hankin et al., 1998). Die Wahrscheinlichkeit, erstmalig zu erkranken, steigt mit der Pubertät an und ist zwischen 20 und 29 Jahren besonders hoch, wobei Ersterkrankungen auch im höheren Lebensalter nicht selten sind (APA, 2013, S. 165; APA, 2022, S. 188). Frauen erkranken etwa doppelt so häufig wie Männer, das Ersterkrankungsalter liegt bei ihnen niedriger (BÄK, 2022, S. 18). Symptome, Verlauf und Ansprechen auf medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung unterscheiden sich nicht zwischen den Geschlechtern.

1.3. Mögliche Ursachen und Risikofaktoren

Genetik und Neurobiologie: Nahe Verwandte von Betroffenen haben ein zwei- bis vierfach erhöhtes Risiko, selbst an einer Depression zu erkranken (APA, 2013, S. 166). Zwillingsstudien legen nahe, dass dies wenigstens teilweise auf genetische Faktoren zurückzuführen ist. Bei unipolaren Depressionen erkranken 37–50% der eineiigen Zwillinge und 15–20% der zweieiigen Zwillinge gemeinsam. Diese Differenz spricht für eine genetische Komponente (BÄK, 2015, S. 22; BÄK, 2022, S. 21; Propping, 1989; Sullivan et al., 2000; Lohoff, 2010).

Psychosoziale Faktoren: Belastungen und Traumata vor allem in Kindheit und Jugend, aber auch im Erwachsenenalter beeinflussen die Art und Weise, wie Menschen sich selbst und ihre Umwelt wahrnehmen. Sie führen oft zu einer negativen Beurteilung der eigenen Person, anderer Menschen und der Welt im Allgemeinen und erhöhen auf diese Weise die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung unipolarer Depressionen (APA, 2022, S. 189; Beatson & Taryan, 2003; Fu et al., 2021). Personen mit vertrauensvollen Beziehungen in der Primärfamilie, guter schulischer Bildung, funktionierender Partnerschaft und gesicherter beruflicher Situation erkranken seltener, auch chronische Verläufe sind bei ihnen seltener. Die Bedeutung dieser Risiko- und Schutzfaktoren wurde in zahlreichen Studien bestätigt (BÄK, 2015, S. 22; BÄK, 2022, S. 21; Propping, 1989). Metaanalysen identifizierten vor allem körperliche Gewalt in der Kindheit, Tod des (Ehe-)Partners und erhebliche Probleme am Arbeitsplatz als psychosoziale Risikofaktoren (Köhler et al., 2018). Zusammenfassend erhöhen Belastungen und Traumata die Wahrscheinlichkeit des Auftretens unipolarer Depressionen und anderer psychischer Störungen. Sie stellen allerdings keine notwendigen Voraussetzungen für die Entwicklung unipolarer Depression dar.

Verlauf: Depressive Episoden dauern bei 40% der erstmals erkrankten Personen bis zu drei Monate. Nach einem Jahr sind 80% wieder weitgehend symptomfrei. Wenn die erste Episode nur wenige Monate andauert und die Betroffenen danach symptomfrei sind, ist ein milder Verlauf mit jahrelangen symptomfreien Intervallen zu erwarten. Je länger die erste Episode andauert, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eines chronischen Verlaufs (APA, 2013, S. 165; APA, 2022, S. 188).

Wiedererkrankung: Etwa die Hälfte der Personen, die eine depressive Episode durchgemacht haben, erleben weitere Episoden (BÄK, 2015, S. 81). Bei schweren depressiven Episoden müssen bis zu 70–80% der Betroffenen mit einer Wiedererkrankung rechnen (Angst, 1987). Nach der dritten Episode steigt die Wiedererkrankungsrate auf fast 100% (BÄK, 2015, S. 81).

Leistungsfähigkeit: Personen mit schweren Depressionen sind in ihrer Leistungsfähigkeit während schwerer Episoden

eingeschränkt. Sie sind in dieser Zeit oft nicht in der Lage, ihrer Arbeit nachzugehen. Wenn die Symptome weniger schwer ausgeprägt sind, kann es für die Betroffenen günstiger sein, die reguläre Arbeit fortzuführen. Die durch die Arbeit vorgegebene Tagesstruktur hilft den Betroffenen oft, den Tag durchzustehen und nicht ständig an die Depression zu denken.

Suizidgefahr: Bei unipolaren Depressionen muss von einer im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um den Faktor 30 erhöhten Suizidgefahr ausgegangen werden. 9 % der Patienten, die wegen einer schweren unipolaren Depression mit Suizidgefahr in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden, sterben in den folgenden Jahren durch Suizid (BÄK, 2015, S. 20). Insofern sollten psychosoziale Fachkräfte aller Berufsgruppen gerade mit Betroffenen, die früher einen Suizidversuch unternommen haben, über dieses Thema im Gespräch bleiben.

Auch das Suizidrisiko weist eine genetische Komponente auf, die aufgrund von Studien zur familiären Häufung sowie Zwillings- und Adoptionsstudien auf 30% bis 55% geschätzt wird (Wender et al., 1986; Brent et al., 1996; Voracek & Loibl, 2007; DiBiasi et al., 2021). Eine schwedische Registerstudie stützte die Hypothese, dass bei der Weitergabe des Suizidrisikos an die nächste Generation genetische Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen (O'Reilly et al., 2020).

Chronische unipolare depressive Störungen: Wenn Symptome einer unipolaren Depression länger als zwei Jahre bestehen bleiben, spricht man von einer chronischen Depression (Machmutow et al., 2019; APA, 2022, S. 193 ff.). Diese Verlaufsform beginnt häufig bereits in der Kindheit. Risikofaktoren sind zusätzlich bestehende Persönlichkeitsstörungen, v. a. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Belastungen und Traumata in Kindheit und Jugend. Im Verlauf können sich Substanzkonsumstörungen entwickeln. Das Risiko, an einer schweren unipolaren Depression zu erkranken, ist bei engen Verwandten von Betroffenen mit chronischen Verläufen besonders hoch (APA, 2022, S. 23 f., S. 194 f.).

1.4. Ätiologische Modelle bei unipolaren Depressionen

Die unipolare Depression ist ätiologisch ein ausgesprochen heterogenes Störungsbild, wobei in der Regel von einem Zusammenspiel biologischer und psychosozialer Faktoren auszugehen ist. Die Bedeutung der verschiedenen biologischen und psychosozialen Faktoren kann individuell erheblich variieren (BÄK, 2015, S. 22; BÄK, 2022, S. 21). Bei manchen Betroffenen bestehen ausgeprägte genetische und psychosoziale Risikofaktoren, z. B. depressive Erkrankungen bei den Eltern oder in denen Herkunftsfamilien, negative Erfahrungen in der eigenen Kindheit und Jugend und ausgeprägte aktuelle Probleme. Bei anderen finden sich keine an Depressionen erkrankten Angehörigen, bei wieder anderen keine oder nur geringe

psychosozialen Belastungen in der Vorgeschichte. Depressive Erkrankungen können sich auch entwickeln, wenn keine biologischen oder psychosozialen Risikofaktoren festzustellen sind.

Ätiologische Modelle betrachten eine Störung von außen, d. h., sie setzen sich mit der Bedeutung biologischer und psychosozialer Faktoren für Entstehung und Verlauf einer Störung auseinander. Individuelle ätiologische Modelle versuchen, die Gewichtung einzelner biologischer und psychosozialer Faktoren bei einer bestimmten Person einzuschätzen. Das personenzentrierte Konzept der Inkongruenz betrachtet die psychosoziale Entwicklung von Personen von innen, d. h. es setzt sich mit dem subjektiven Erleben internalisierter Widersprüche zwischen Selbstbild und Erfahrung auseinander. Beide Sichtweisen sind für Diagnose und Therapie bedeutsam.

Das Inkongruenzkonzept nach Rogers und seine Erweiterung: Rogers (1959) ging davon aus, dass Inkongruenzen entstehen, wenn eine Person nur akzeptiert wird, wenn sie so ist, wie es sich wichtige Bezugspersonen vorstellen, und wenn Betroffene diese Bewertungen („conditions of worth“) übernehmen. Speierer (1994, S. 58 f.) wies darauf hin, dass außer den von Rogers beschriebenen Wertbedingungen (sozialkommunikative Inkongruenz) auch andere Inkongruenzquellen zum Erleben internalisierter Widersprüche führen können. Zu diesen zählte er zum einen Lebensereignisse, die nicht den Charakter von Wertbedingungen haben (z. B. Unfälle oder Naturkatastrophen) und Erfahrungen, für welche der Begriff der Wertbedingung zu schwach ist, z. B. das Erleben von Gewalt, Folter oder Krieg (lebensereignisbedingte Inkongruenz), zum anderen biologische Faktoren (dispositionelle Inkongruenz).

Bensel (2003) beschrieb in einem Beitrag zur personenzentrierten Psychotherapie bei Personen mit Alkoholabhängigkeit zwei Gruppen von Inkongruenzen. Innere Widersprüche, die als mögliche (Teil)ursachen des Trinkens in Frage kommen, bezeichnete er als primäre Inkongruenzen. Wenn diese als Folge des Konsums auftreten, spricht er von sekundären Inkongruenzen. Behr et al. (2020) und Luderer (2020) wiesen darauf hin, dass Betroffene bei allen schweren psychischen Störungen an den Symptomen und an den psychosozialen Folgen ihrer Erkrankung leiden, und dass diese Inkongruenzen im klassischen Konzept (Rogers, 1959) nicht abgebildet werden können. Bensel (2003) führte den Begriff der sekundären Inkongruenz ein, um das Erleben der Folgen übermäßigen Trinkens in einem erweiterten Inkongruenzmodell abbilden zu können. Behr et al. (2020) übernahmen die Begrifflichkeit, da das Erleben der Symptome sowie der körperlichen und psychosozialen Folgen auch bei anderen psychischen Störungen für die betroffenen Personen eine große Bedeutung haben.

Der Begriff der sekundären Inkongruenz hat bei Swildens (1991, 1993, S. 92) eine völlig andere Bedeutung. Als primäre Inkongruenz bezeichnet er internalisierte Widersprüche, die

in der Zeit der Entwicklung des Selbstkonzepts auftreten. Treten diese Widersprüche zu einem späteren Zeitpunkt, d. h. im Schulalter und danach erstmals oder erneut auf, spricht er von sekundärer Inkongruenz. Insofern sind primäre und sekundäre Inkongruenz bei Swildens zwei Varianten der Inkongruenz im Sinne von Rogers (1959). Swildens (1991) führte den Begriff der primären und sekundären Inkongruenz ein, um zwischen Inkongruenzen bei Belastungen und Traumata in der frühen Kindheit und im späteren Leben zu unterscheiden.

1.5. Ätiologische Modelle und Inkongruenzkonzept

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Risikofaktoren für die Entstehung unipolarer Depressionen bei verschiedenen Betroffenen unterschiedlich gewichtet sind. Das hat zur Folge, dass für manche Betroffene ein überwiegend biologisches Störungsmodell angemessen ist, für andere ein kombiniertes und für wieder andere ein weitgehend psychosoziales. Die Frage des passenden Krankheitsmodells erfordert eine genaue Kenntnis biologischer und psychosozialer Belastungen im Verlauf des gesamten Lebens und damit eine Auseinandersetzung mit der Biografie der betroffenen Person.

Auch die Inhalte des Erlebens von Inkongruenzen können sehr unterschiedlich sein. Alle Betroffene leiden unter den Symptomen und den psychosozialen Folgen der Störung (sekundäre Inkongruenzen i. S. von Bense, 2003 und Behr et al., 2020), viele sind zusätzlich durch frühere oder aktuelle Lebensereignisse belastet (primäre und sekundäre Inkongruenzen i. S. von Swildens).

1.6. Psychosoziale Beratung und Behandlung:

1.6.1. Psychoedukation

Psychoedukation ist der Teil der Psychotherapie, der den Betroffenen hilft, Krankheitssymptome als solche zu erkennen, die Krankheit und die Behandlung zu akzeptieren und sie in das eigene Leben zu integrieren (Bäumel & Pitschel-Walz, 2008; Pitschel-Walz & Luderer, 2016; Pitschel-Walz et al., 2018). Sie gehört inzwischen zum Standard in der Beratung und Behandlung Betroffener und ist integraler Bestandteil aller therapeutischer Gesamtkonzepte (BÄK, 2022, S. 61 f.).

1.6.2. Psychotherapeutische Konzepte zur Behandlung unipolarer Depressionen

Leitlinien empfehlen grundsätzlich ein vorwiegend psychotherapeutisches Vorgehen bei leichteren und eine kombinierte pharmako- und psychotherapeutische Behandlung bei schwereren Depressionen (BÄK, 2015, S. 73 ff.; BÄK, 2022, S. 113 ff.). Der wichtigste gemeinsame Wirkfaktor für alle

psychotherapeutischen Verfahren ist die therapeutische Beziehung, die in der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) von 2015 (BÄK, 2015, S. 93) als „eine akzeptierende, offene, aktiv zuhörende und mitfühlende Arbeitsbeziehung“ bezeichnet wurde. Die Betroffenen sollen die Möglichkeit haben, sich mitzuteilen und sich dabei verstanden fühlen (BÄK, 2015, S. 95), und sie sollen in die Lage versetzt werden, die eigene Depression in ihre Lebensgeschichte und Lebenssituation einzuordnen (BÄK, 2022, S. 84 ff.). Über diese allgemeinen Prinzipien der Psychotherapie hinaus, setzen die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren unterschiedliche Schwerpunkte.

1.6.3. Tiefenpsychologische Konzepte

Psychoanalytische und tiefenpsychologische Therapeutenpersonen sehen unipolare Depressionen in erster Linie als Folgen von Verlust und Kränkung, wobei die Betroffenen das Gefühl haben, diese Erlebnisse selbst verschuldet zu haben. Ziel der Therapie ist das Bewusstwerden dieser Zusammenhänge (BÄK, 2015, S. 97; BÄK, 2022, S. 81 ff.).

1.6.4. Verhaltenstherapeutische Konzepte

Nach Hautzinger (2011, S. 106 ff.) setzt die kognitive Verhaltenstherapie fünf Schwerpunkte, die teilweise an Symptomen und teilweise an ursächlich bedeutsamen Kognitionen und Verhaltensweisen anknüpfen. Ziel der KVT ist es, die depressionsbedingte Inaktivität zu überwinden (Symptom), die soziale Interaktion zu verbessern (Symptom oder mögliche Teilursache), dysfunktionale Überzeugungen zu erkennen und zu korrigieren (mögliche Teilursache) und Krisen zu bewältigen (Symptom oder mögliche Teilursache). Die Therapie beginnt fast immer mit Aktivitätsaufbau. Dabei werden die Betroffenen auf der Verhaltensebene angehalten, den eigenen Tagesablauf zu protokollieren, um auf diese Weise Zeiten des sozialen Rückzugs zu entdecken und angenehme Aktivitäten zu planen. Auf der kognitiven Ebene suchen helfende und betroffene Person nach Möglichkeiten, brachliegende soziale Interaktionen wieder aufzunehmen sowie dysfunktionale Denkmuster zu erkennen und zu modifizieren. Zu diesen zählen Urteile wie „Ich mache immer alles falsch“, „Ich bekomme nichts zustande“, „Niemand mag mich“, „bei mir geht immer etwas schief“ oder „man muss mit allem allein fertigwerden“.

Bei alledem betont auch Hautzinger (2011) immer wieder die grundlegenden Aspekte des personenzentrierten Beziehungsgebots: Echtheit und Aufrichtigkeit, Empathie und Verständnis, Akzeptanz und Wärme, Ruhe, fachliche Kompetenz, professionell entspanntes Verhalten.

Zur Behandlung **chronischer Depressionen** wurde seit den 1980er-Jahren ein Verfahren entwickelt, das neben dem Denken, Fühlen und Verhalten der Betroffenen auf die traumatischen

Erfahrungen dieser Personengruppe eingeht (CBASP, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, McCullough 2011). CBASP verbindet klassische verhaltenstherapeutische Techniken mit biographischer Arbeit und gezielter therapeutischer Selbstöffnung der behandelnden Person. Auf diese Weise machen die Betroffenen die Erfahrung, dass psychosoziale Fachkräfte anders sind und anders reagieren als ihre früheren Bezugspersonen.

1.6.5. *Personenzentrierte Modelle*

Personenzentrierte Modelle gehen von einer depressionstypischen Diskrepanz zwischen organismischem Erleben und Selbstkonzept aus (Rogers, 1959; BÄK, 2015, S. 98 f.). Die Betroffenen nehmen eigene Bedürfnisse kaum wahr. Wenn sie Probleme mit sich oder anderen Menschen haben, geben sie *sich* die Schuld daran (Finke, 2004, 2018). Das personenzentrierte Beziehungsangebot hilft den Betroffenen, ihre organismischen Erfahrungen besser wahrzunehmen und in das Selbstkonzept zu integrieren, sowie die Gefühle eigener Schuld zu relativieren.

Finke (2004, 2018) unterscheidet in diesem Zusammenhang wie Swildens (1991) zwischen der personenzentrierten Psychotherapie bei Patienten mit weniger schweren und dem personenzentrierten Umgang bei Patienten mit sehr schweren Depressionen. Den Ablauf der Psychotherapie gliedert er in drei Phasen auf, die Symptomphase, die Problem- und Konfliktphase und die existenzielle Phase.

In der Symptomphase stehen nach Finke (2018, 2019, S. 206 ff.) das empathische Begleiten und das Nachvollziehen des Leidens unter den Depressionssymptomen im Vordergrund. Bei Patienten mit erheblicher Symptombelastung, d. h. bei schweren akuten und chronischen Depressionen, nimmt diese Phase einen großen Teil der gesamten Therapie ein.

In der Konfliktphase treten die Auseinandersetzung mit den auslösenden Ereignissen und die bereits in der Zeit vor Beginn der Depression bestehenden psychosozialen Konflikte in den Vordergrund. Finke (2018) weist darauf hin, dass die von leichten bis mittelschweren Depressionen Betroffenen diese Themen in der Regel von sich aus ansprechen.

Zusammenfassend ist es nach Finke (2018) im Umgang mit Betroffenen wichtig, sich nicht in den Sog der Gefühle von Ausweglosigkeit hineinziehen zu lassen und nicht verzweifelt oder gereizt zu reagieren.

Swildens legte 1993 (S. 121-132) eine Kasuistik mit dem Titel „Primäre und sekundäre Inkongruenz in der Praxis – eine Falldarstellung“ vor, in der er die Behandlung einer Patientin mit einer schweren unipolaren Depression schilderte, die seit zwei Jahren arbeitsunfähig war. Der Beginn der Symptome stand in zeitlichem Zusammenhang mit Problemen am Arbeitsplatz. Aufgrund der Schwere der Symptome behandelte

Swildens zunächst medikamentös antidepressiv, worauf sich die Symptomatik innerhalb von drei Wochen entscheidend besserte. Anschließend wandte sich Swildens der Frage zu, wie sich die Depression entwickelt haben könnte und bot der Patientin schließlich eine „richtige Gesprächstherapie“ an (Swildens, 1993, S. 125).

Während dieser Psychotherapie thematisierte die Patientin zwei Lebensereignisse: zunächst einen Schwangerschaftsabbruch im Alter von 25 Jahren, für den sie sich sehr schnell entschieden habe, da ein Kind zu dieser Zeit nicht in ihr Leben gepasst habe, und ein Gespräch mit ihrer Mutter im Alter von acht Jahren, bei dem ihr die Mutter mitgeteilt habe, dass sie – die Mutter – bei ihrer Geburt fast gestorben wäre. Die Patientin habe geahnt, dass irgendetwas in ihrem Leben vorgefallen sein musste, über das ihre Mutter und ihre ältere Schwester noch nie mit ihr gesprochen hätten. Seit diesem Gespräch habe sie immer Angst um ihre Mutter gehabt und befürchte, die Mutter könnte durch sie Schaden nehmen. Diese Befürchtungen hätten sich in der Folge auf andere Menschen ausgeweitet.

Nach dem Schwangerschaftsabbruch habe sie später ausgeprägte Schuldgefühle entwickelt, diese hätten zu weiteren Befürchtungen geführt, dass sie anderen Menschen Schaden zufügen könnte. Diese Befürchtungen hätten zur Folge gehabt, dass sie niemandem einen Wunsch habe abschlagen können. In der Psychotherapie gelang es ihr, sich von ihren Befürchtungen und Schuldgefühlen zu lösen.

Diese Kasuistik schilderte den Verlauf der personenzentrierten Psychotherapie bei einer Patientin mit zu Beginn der Behandlung typischer depressiver Symptomatik, die sich nach einer medikamentösen Behandlung rasch zurückbildete. Bei der anschließenden Suche nach psychosozialen Belastungsfaktoren, die eventuell die Entstehung der Depression erklären könnten, fanden sich zwei einschneidende Lebensereignisse, deren Bearbeitung die Psychotherapie bestimmte.

1.6.6. *Personenzentrierte Psychotherapie bei unipolaren Depressionen – Wirksamkeitsnachweise*

In der Behandlung depressiver Störungen wurde die personenzentrierte Psychotherapie bisher vor allem bei Betroffenen mit psychosozialen Problemen eingesetzt, bei denen depressive Symptome als Ausdruck intrapsychischer Prozesse verstanden wurden. Die Psychotherapie soll den Betroffenen helfen, diese Prozesse zu verändern. Greenberg (1993) führt drei für depressive Störungen typische Prozesse an: 1. übermäßige Selbstkritik, 2. unbewältigte Erinnerungen und 3. problematische oder vom Patienten als unangemessen empfundene Verhaltensweisen. In der Therapie wird zunächst der für die jeweilige Person wichtigste Prozess identifiziert und dann mit spezifischen Interventionen bearbeitet. Die Wirksamkeit eines von

diesen Überlegungen abgeleiteten störungsspezifischen Vorgehens konnte in mehreren Studien (Greenberg, 1993; Watson et al., 2003; Watson & Bedard, 2006) nachgewiesen werden. Auf der Symptomebene waren kognitive Verhaltenstherapie und modifizierte Personenzentrierte Psychotherapie gleich wirksam.

Teusch et al. (2003) fand eine signifikante Symptomreduktion bei personenzentriert behandelten Betroffenen mit leichten bis mittelschweren depressiven Episoden. Antidepressive Medikation, die nach klinischer Einschätzung bei der Hälfte der behandelten Patienten gegeben wurde, hatte keine zusätzliche Wirkung.

1.7. Medikamentöse Behandlung, biologische und psychotherapeutische Aspekte

Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts gab es, abgesehen von Beruhigungs- und Schlafmitteln, keine wirksame medikamentöse Behandlung der Depression. Seit den 1950er Jahren wurden verschiedene Antidepressiva entwickelt, deren Wirkung empirisch belegt ist.

Antidepressiva sind keine Mittel, die unglückliche Menschen glücklich machen oder gar geeignet wären, bei gesunden Menschen das Wohlbefinden zu steigern. Es sind Medikamente zur Behandlung episodenhaft verlaufender und chronischer Depressionen. Entgegen oft geäußelter Befürchtungen sind Antidepressiva keine Beruhigungsmittel und machen nicht abhängig.

Eine Besserung der Symptome ist bei 50–60 % der Betroffenen zu erwarten. Gibt man Placebos, d. h. Scheinmedikamente, bessern sich die Symptome bei ca. 30%. Der Unterschied zwischen Placebo und Antidepressiva ist bei leichten Depressionen, v. a. bei depressiven Verstimmungen unterhalb der Schwelle einer unipolaren Depression nach IDC-10 oder DSM-5, geringer, bei schweren Depressionen höher (BÄK, 2015, S. 65 f.). Aus diesem Grund werden Antidepressiva in erste Linie zur Behandlung schwerer Depressionen eingesetzt. Wenn sich die Symptome schwerer Depressionen unter der Behandlung mit einem Antidepressivum nicht ausreichend bessern, kann es sinnvoll sein, dieses mit einem anderen Medikament zur Wirkungsverstärkung zu kombinieren. Für eine solche Augmentation sind in der EU zwei Medikamente zugelassen, Lithiumsalze und das Antipsychotikum Quetiapin. Auch die zusätzliche Gabe eines zweiten Antidepressivums ist möglich, wobei eine Wirksamkeit nur für wenige Kombinationen nachgewiesen ist (BÄK, 2022, S. 133–136). Zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten sind Verfahren wie die Elektrokonvulsionstherapie oder die transkranielle Magnetstimulation (BÄK, 2022, S. 91 f.). Eine wichtige Rolle, v. a. bei stationären oder tagesklinischen Behandlungen, spielen Ergotherapie und Bewegungstherapie.

Vor Beginn einer medikamentösen Therapie muss eine Aufklärung über die angestrebte Wirkung, die Nebenwirkungen und Risiken und die Dauer der Behandlung erfolgen. Jede Veränderung der Therapie erfordert eine Information über die neue therapeutische Situation. Veränderungen der medikamentösen Therapie, aber auch andere Maßnahmen sind Entscheidungen, die nach dem Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung (Loh et al., 2007) umgesetzt werden sollen. Diese Empfehlung beruht auf den ethischen Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge sowie auf dem im Patientenrechtegesetz festgelegten Recht auf Selbstbestimmung. Sie entspricht den Grundprinzipien des personenzentrierten Ansatzes.

2. Kasuistik

Die folgende Kasuistik fasst Vorgeschichte, Entstehung, Verlauf und Therapie der unipolaren Depression einer Patientin zusammen, die sich aufgrund einer depressiven Symptomatik nach Abschluss ihres Studiums ambulant vorstellte.

2.1. Aktuelle Anamnese

Die etwa 25-jährige, unverheiratete Patientin berichtete, sie habe nach dem Abschluss des Studiums Angstzustände entwickelt, für die sie keine Erklärung gefunden habe. Die Ängste treten jeden Tag auf, dauerten meist etwa eine Stunde, manchmal nur wenige Minuten, manchmal aber auch mehrere Stunden.

Bei einem Wochenende in der Wohnung ihres Freundes, mit dem sie seit der Zeit um den Studienabschluss zusammen sei, hätten sich die Ängste gesteigert. Es sei für sie alles zu viel gewesen, sie habe die Nähe ihres Freundes gesucht, diese aber nicht ausgehalten. Darauf habe er irritiert, aber nicht gekränkt reagiert. Er habe offenbar erkannt, dass irgendetwas mit ihr nicht stimme. In der darauffolgenden Nacht sei die Angst unerträglich geworden.

Nach diesem Wochenende sei sie noch einige Tage in der Wohnung ihres Freundes geblieben. Es sei ihr dort nicht gut gegangen, sie habe unter Angst, Unruhe und Schlafstörungen gelitten. Rückblickend berichtete sie zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlung, dass damals schon ausgeprägte Konzentrationsstörungen bestanden hätten. Wenn sie versucht habe, etwas zu lesen, sei das mühevoll gewesen und habe viel mehr Zeit in Anspruch genommen als gewohnt.

Zu Beginn der ambulanten Behandlung stand für sie das Leiden unter dem Gefühl, alles sei zu viel, im Vordergrund. Auf Nachfrage berichtete sie, ihre Stimmung sei gedrückt, sie könne sich nicht mehr so freuen wie früher und interessiere sich weniger für das, was um sie herum geschehe. Ihre Lust, etwas zu tun, ihr Schwung und ihre Energie, ihr Selbstbewusstsein

und ihr Selbstwertgefühl seien zurückgegangen. Sie könne sich nicht mehr so problemlos konzentrieren, wie sie das von sich kenne, und sie habe weniger Appetit als gewohnt. Bisweilen habe sie Gedanken daran sich das Leben zu nehmen, obwohl sie leben wolle.

Zu Beginn der Behandlung suchte die Patientin nach Gründen für diese Veränderung ihres Befindens, vor allem für das Gefühl, alles sei zu viel, ihre Selbstzweifel und ihre Suizidgedanken. Dabei wurden ihr die Widersprüche in ihrem Erleben bewusst. Sie zweifelte an sich, obwohl sie Monate vorher mit sich im Reinen war. Sie zweifelte an der beginnenden Beziehung, obwohl ihr Gefühl und Verstand sagten, dass er der richtige Mann sei, und sie dachte daran, sich das Leben zu nehmen, obwohl sie leben wollte.

2.2. Frühere Anamnese

Im Alter von zehn bis zwölf Jahren sei sie niedergeschlagen gewesen, sie habe unter Schlafstörungen und diffusen Ängsten und innerer Unruhe gelitten. Sie habe nicht mehr in ihrem eigenen Zimmer schlafen können, sondern habe die Nächte im Schlafzimmer der Eltern verbracht. Zeitweise habe sie daran gedacht, aus dem Fenster zu springen. Anlass dieser Veränderungen sei eine Situation gewesen, in der sie sich auf einen gemeinsamen Sonntagnachmittag mit den Eltern eingestellt habe, diese aber für die Patientin unerwartet andere Pläne hatten. Sie habe das Gefühl entwickelt, die eigentlich liebevollen und fürsorglichen Eltern hätten sie allein gelassen. Dieses Gefühl habe sich verstärkt, da die Eltern auf ihre Suizidgedanken, die sie sich selbst nicht habe erklären können, nicht, wie gewohnt, verständnisvoll, sondern irritiert reagiert hätten. Die gedrückte Stimmung, die Suizidgedanken und die anderen Symptome seien nach etwa zwei Jahren spontan abgeklungen.

Im Alter von 15 Jahren habe ihr eine sehr gute Freundin erzählt, dass sie daran denke, sich das Leben zu nehmen und sie gleichzeitig darum gebeten, niemandem davon zu erzählen. Sowohl die Suizidgedanken als auch die Pflicht, dieses Wissen für sich behalten zu müssen, habe sie sehr ernst genommen. Das Schweigegebot habe sie allerdings sehr belastet. Glücklicherweise habe die Freundin dann doch mit ihren Eltern gesprochen und dann Hilfe erhalten.

2.3. Biografie

Sie sei mit ihrem älteren Bruder in einer harmonischen Familie aufgewachsen und habe eine glückliche Kindheit erlebt. In der Schule habe sie gute Leistungen gezeigt, die Reifeprüfung mit guten Noten abgeschlossen und stabile Freundschaften geschlossen. Nach dem Abitur habe sie sich für ein Hochschulstudium entschieden und es mit guten Noten abgeschlossen.

Während des Studiums sei ihr jedoch zunehmend klar geworden, dass sie nicht in dem Bereich arbeiten wollte, auf den das Studium hinführt. Damals sei es ihr noch gut gegangen. Für die Zeit nach dem Abschluss des Studiums habe sie geplant, vorübergehend zu ihren Eltern zu ziehen, um dort in Ruhe über ihre berufliche Zukunft nachzudenken.

Wechselnde, intensive Gefühle kenne sie seit ihrer Kindheit. Sie empfinde alle Gefühle, Freude und Glück, aber auch Trauer und Verzweiflung, wesentlich intensiver als sie das bei anderen Menschen miterlebe oder als andere Menschen von sich berichten. Insofern habe sie seit jeher ein sehr reiches, aber nicht immer stabiles Gefühlsleben. Das gehöre zu ihr, es sei für sie in Ordnung. Ihr Leben sei deswegen sicher anstrengender als das anderer Personen. Trotzdem habe sie die Intensität ihres Gefühlslebens in erster Linie als Bereicherung erlebt. Dass sie diese intensiven Gefühle überhaupt nicht aushalte, sei für sie ungewöhnlich.

2.4. Diagnose

Bei der Erstuntersuchung in unserer Institutsambulanz klagte die Patientin vor allem über Angstanfälle und verminderte Belastbarkeit. Alles sei ihr zu viel, das kenne sie so bei sich nicht. Bei der Untersuchung wurde dann deutlich, dass seit drei Monaten ein depressives Syndrom mit gedrückter Stimmung, Verlust von Interesse und Freude, Antriebshemmung, Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, diffusen Ängsten, Angstanfällen, Konzentrationsstörungen, Appetitverlust und Suizidgedanken bestand. Aufgrund der Symptome und des Verlaufs konnte die Diagnose einer unipolaren Depression gestellt werden. Die Patientin bemerkte rückblickend eine große Ähnlichkeit zwischen den aktuellen Symptomen und denen, die sie im Alter von 10-12 Jahren erlebt hatte. Von außen betrachtet, sei sie damals nur wenig verändert gewesen. Sie habe in der Schule nach wie vor gute Noten geschrieben, es sei jedoch, vor allem wegen der Tagesmüdigkeit und der Konzentrationsstörungen, alles viel anstrengender als gewohnt gewesen. Diese Symptomatik entsprach rückblickend einer schweren depressiven Episode.

Die Symptomatik zur Zeit der Suizidgedanken zwischen dem zehnten und dem zwölften Lebensjahr ist rückblickend als erste Episode zu werten. Insofern ist diagnostisch von einer rezidivierenden unipolaren depressiven Störung auszugehen.

Belastende Lebensereignisse als Risikofaktoren für die Entstehung einer schweren Depression konnten trotz sorgfältigster Anamnese nicht identifiziert werden. Die seit der Kindheit bestehenden wechselhaften und instabilen Gefühle sind als Persönlichkeitsvariante zu sehen, die zu keinem Zeitpunkt die Kriterien einer psychischen Störung erfüllte. Die Eltern erwiesen sich beim persönlichen Kontakt im Verlauf der Behandlung

als die herzlichen, liebevollen, um das Wohlergehen ihrer Tochter bemühten Personen, wie sie die Patientin beschrieben hatte. Auch ihr Freund, der die Patientin bei Ambulanzterminen mehrfach begleitete, erwies sich während der gesamten Zeit als liebevoller, verlässlicher und belastbarer Partner.

2.5. Behandlung und Verlauf

2.5.1. Medikamentöse Behandlung

In den ersten Wochen der ambulanten Behandlung schien sich zunächst eine Spontanremission einzustellen. Da sich im Anschluss jedoch eine Zunahme der Symptome trotz der psychotherapeutischen Behandlung zeigte, wurde der gegenüber der Medikamentengabe skeptischen Patientin eine Pharmakotherapie mit einem Serotoninwiederaufnahmehemmer angeboten. Die Patientin konnte sich anfangs nicht für oder gegen eine medikamentöse Behandlung entscheiden. Daher wurde die Behandlung ohne medikamentöse Behandlung fortgesetzt. Auf die zwei Wochen später gestellte Frage, ob sie einen direkten Rat, jetzt doch mit einer medikamentösen Behandlung zu beginnen, als Druck oder als Erleichterung erlebe, antwortete sie schließlich, sie wäre erleichtert, diese Frage nicht selbst entscheiden zu müssen. Sie nahm das Angebot einer medikamentösen antidepressiven Behandlung an.

Zwei Wochen nach Beginn der Medikation besserte sich das depressive Syndrom, es kam aber dann erneut zu einer Zunahme der Symptomatik. Angesichts des Medikamentspiegels im niedrigen therapeutischen Bereich wurde die Dosis erhöht. Darunter kam es zu einer Zunahme der Unruhe und der Suizidgedanken, sodass wieder auf die Standarddosierung zurückgegangen wurde.

Aufgrund der Zunahme der Suizidgedanken wurde eine Augmentation mit einem Lithiumpräparat und später zusätzlich mit Quetiapin vorgenommen. Da das depressive Syndrom einschließlich der teilweise immer noch drängenden Suizidgedanken weiterhin bestand, wurde Mirtazapin als zweites Antidepressivum gegeben und die Dosis von Quetiapin auf 600 mg erhöht, das Doppelte der für die Augmentationsbehandlung bei unipolarer Depression empfohlenen Dosis. Hierdurch besserten sich Schlaf und innere Unruhe. Erst als auch die Lithiumdosis, auf einen Lithiumspiegel zwischen 0,9 und 1,0 mmol/l, erhöht wurde klangen die Suizidgedanken langsam ab.

Bei jeder Veränderung der Medikation erfolgte eine Aufklärung über die jeweilige Substanz, ihre angestrebte Wirkung und die eventuell zu erwartenden Nebenwirkungen. Besonders ausführliche Informationen waren bei der Augmentation mit Lithium erforderlich, zum einen wegen der komplexen Nebenwirkungen und zum anderen wegen der substanz eigenen antisuizidalen Wirkung. Alle Veränderungen der medikamentösen Therapie wurden mit Empfehlungen der aktuellen Leitlinie

(BÄK, 2022) begründet. Die Patientin erhielt die Gelegenheit, die Empfehlungen bei den Behandlungsterminen zu lesen.

Das Grundprinzip der Pharmakotherapie war insofern zum einen die leitlinienkonforme Planung und Durchführung, zum anderen aber die fortlaufende Information und die Einbindung der Patientin in alle Entscheidungen zur medikamentösen Therapie (Shared decision making, BÄK, 2015, S. 48 f.; BÄK, 2022., S. 54 f).

2.5.2. Suche nach psychosozialen Risikofaktoren

Während der Behandlung stellte sich immer wieder die Frage, ob und gegebenenfalls welche psychosozialen Faktoren die Entstehung und den Verlauf der Depression beeinflusst haben könnten. In mehreren Gesprächen bestätigte sich erneut die ursprüngliche Einschätzung, dass die Patientin unter günstigen psychosozialen Bedingungen aufgewachsen ist und dass weder biografisch noch aktuell psychosoziale Belastungen oder Traumata bestanden, welche die Entwicklung einer schweren Depression erklären könnten. Die Patientin wuchs in einer harmonischen Familie auf, verbrachte eine glückliche Kindheit, durchlief Schule und Studium, abgesehen von der Zeit ihrer ersten depressiven Episode im Alter von zehn bis zwölf Jahren, ohne Probleme. Die Erinnerungen an diese Zeit waren allerdings immer wieder belastend, vor allem, weil sie abgesehen von der oben beschriebenen Situation und der Reaktion ihrer Eltern auf ihre Suizidgedanken keine Erklärung für die zwei Jahre anhaltenden Veränderungen hatte. Ihr intensives Gefühlsleben empfand sie, wie bereits erwähnt, bis zu Beginn der zweiten depressiven Episode als anstrengend, aber vor allem als bereichernd. Dass sie nach Abschluss des Studiums wieder in die Wohnung ihrer Eltern zurückkehrte und sich entschloss, angesichts ihrer Erkrankung zunächst weiter dort zu bleiben, sah sie als Zeichen einer ausgesprochen vertrauensvollen Beziehung. Wäre dies nicht so, hätte sie nach einer anderen Lösung gesucht und auch eine solche gefunden. Dass beide Eltern ihr mangelndes Verständnis während der ersten depressiven Episode bedauerten und sie um Entschuldigung baten, habe ihr Vertrauen zu ihnen weiter bestätigt.

2.5.3. Therapeutischer Umgang mit Suizidgedanken

Suizidgedanken in wechselnder Intensität begleiteten die Patientin während der gesamten ersten und über zwei Jahre während der zweiten Episode. Zeitweise sah sie die Beendigung ihres Lebens durch Suizid als mögliche Lösung, aber gleichzeitig wollte sie diesen Gedanken auf keinen Fall in die Tat umsetzen. Während der zweiten Episode erkannte sie die Suizidgedanken immer mehr als Symptom ihrer Störung und konnte sich so von ihnen distanzieren. Sie konnte sich sagen: „Nicht ich bin es, die sterben will, sondern meine Erkrankung zwingt mich dazu, an Suizid zu denken, obwohl ich leben will.“ Trotzdem

bereitete es ihr Mühe, sich auf diese Weise innerlich gegen die Suizidgedanken zur Wehr zu setzen.

In den ersten Monaten der Behandlung waren, vor allem wegen der Suizidgedanken, immer wieder Krisengespräche zusätzlich zu den vereinbarten Terminen erforderlich, teilweise in Form täglicher Telefonkontakte, auch an Wochenenden. Dieses Angebot war für die Patientin ausgesprochen erleichternd, denn sie musste die Suizidgedanken nicht über mehrere Tage hinweg allein aushalten.

Seit der hochdosierten Lithiumaugmentation waren sie weniger ausgeprägt, etwa zwei Jahre nach Beginn der Episode waren es keine Suizidgedanken im eigentlichen Sinn mehr, sondern überwiegend Erinnerungen an die früheren Suizidgedanken.

2.5.4. Weiterer Verlauf

Etwa zwei Jahre nach Beginn der zweiten Episode nahm die Patientin eine geringfügige berufliche Tätigkeit auf, die sie zu ihrer eigenen Überraschung zunehmend gut bewältigte. Ein halbes Jahr später begann sie in diesem Betrieb eine reguläre Ausbildung in Teilzeit, auch diese bewältigte sie von Anfang an ohne größere Probleme.

2.6. Weitere Gesprächsthemen im Verlauf der ambulanten Psychotherapie

Im Verlauf der Psychotherapie kamen bestimmte Themen immer wieder zur Sprache. Es handelte sich ausnahmslos um internalisierte Widersprüche, d. h. sekundäre Inkongruenzen i. S. von Bense (2003) und Behr et al. (2020). Zu diesen Themen gehörten:

2.6.1. Erinnerungen an die erste Episode im Alter im frühen Jugendalter

Nachdem die Patientin die aktuellen Symptome als Zeichen einer schweren depressiven Episode erkannt hatte, stellte sie fest, dass diese Symptome den Symptomen ähneln, die sie bereits im jungen Alter von zehn bis zwölf Jahren erlebt hatte. Sie erinnerte sich an Situationen, in denen sie als Kind am Fenster gestanden habe und sich gegen den Impuls habe wehren müssen, aus dem Fenster zu springen. Einmal habe die Mutter sie vom Fenster weggezogen. Das habe ihre Mutter ihr erzählt, sie selbst habe keine Erinnerungen an diesen Vorfall.

In den Gesprächen betonte sie, dass es für sie hilfreich gewesen sei, über diese Zeit, die sie als ausgesprochen belastend erlebt habe, sprechen und sie rückblickend emotional und kognitiv besser einordnen zu können. Im Verlauf der Gespräche habe sie sich an immer mehr Details erinnern können, die sich zu einem immer vollständigeren Bild dieser Zeit zusammengefügt hätten.

2.6.2. Erinnerungen an den Beginn der zweiten Episode

Die Erinnerungen an den Beginn der zweiten Episode waren eng mit der Wohnung ihres Freundes verknüpft. Zum einen habe sie die positiven Gefühle als „zu viel“ erlebt, zu groß und zu intensiv. Das habe sie verunsichert, denn sie habe ihre Gefühle immer sehr intensiv erlebt, und diese Intensität sei für sie zwar anstrengend, aber letztlich bereichernd gewesen. Auch negative Gedanken und Gefühle habe sie immer an sich herangelassen, und sie habe die Erfahrung gemacht, dass ihr das immer geholfen habe, mit Gedanken und Gefühlen umzugehen.

Mit Beginn der zweiten Episode habe sich das geändert. Sie habe lernen müssen, die Grenzen ihrer Belastbarkeit auf keinen Fall zu überschreiten, denn ansonsten verstärke das die Depressionssymptome einschließlich der Suizidalität. Zu Beginn dieser Episode habe sie unter erheblichen Schlafstörungen gelitten. Sie sei wach gewesen, habe ihren schlafenden Freund gesehen und habe sich alleine gelassen gefühlt. Auch damals sei es für sie vom Verstand her völlig klar gewesen, dass ihr Freund sie nicht verlassen wolle oder gar verlassen habe, aber gegen das Gefühl habe sie sich nicht wehren können. Auch die in diesem Abschnitt beschriebenen inneren Widersprüche sind sekundäre Inkongruenzen (Positive Gefühle waren „zu viel“, was sie früher nicht von sich kannte, und sie fühlte sich allein gelassen, obwohl sie wusste, dass niemand sie verlassen werde).

2.6.3. Leiden unter typischen depressiven Symptomen

Während der zweiten Episode bestanden fast durchgehend Konzentrationsstörungen, die sich vor allem beim Lesen längerer Texte zeigten. Zudem hatte die Patientin im Alltag Schwierigkeiten, sich zu entscheiden, sie war wenig belastbar, grübelte häufig. Die geringe Belastbarkeit erschwerte ihren Alltag beträchtlich. Sie sprach dann von einem „Windhauch“, der genüge, um sie aus dem Gleichgewicht zu bringen. Das Bild des Windhauchs verwendete sie immer wieder, wenn sie ihre verminderte Belastbarkeit während der beiden Episoden in Worte fassen wollte. Auch mit diesem Wort beschrieb sie eine sekundäre Inkongruenz.

2.6.4. Leiden unter der Dauer der Erkrankung

Zu Beginn der Erkrankung bestand die Hoffnung, dass sich die Symptome unter Medikation mit einem Standardantidepressivum und später unter der komplexen medikamentösen Behandlung zurückbilden. Diese Hoffnung wurde immer wieder enttäuscht, da alle medikamentösen Maßnahmen die Symptome zwar besserten, aber nur zu einer Teilremission führten. Erst unter der Lithiumaugmentation in hoher Dosierung (Lithiumwerte zwischen 0,9 und 1 mmol/l) traten die Suizidgedanken in den Hintergrund, und erst nach zusätzlicher Gabe eines zweiten Antidepressivums besserten sich auch die anderen Symptome. Die Frage, wie lange sie das alles noch aushalten

müsse, stellte sie sich selbst immer wieder und wurde auch in den Gesprächen immer wieder zum Thema.

2.6.5. Suizid eines nahen Verwandten

Während der Behandlung nahm sich ein Onkel, dessen depressive Erkrankung in der Familie bekannt war, das Leben. Dieser Suizid belastete die Patientin erheblich. Sie berichtete, eine Tante habe sich einige Jahre zuvor ebenfalls das Leben genommen. Dass das Leben zweier Geschwister ihrer Mutter durch Suizid geendet sei, bedeute, dass sie eine beträchtliche genetische Last trage und sich immer sagen müsse: wenn ich an Suizid denke, darf ich diese Gedanken nicht einfach ignorieren, sondern muss mir irgendeine Art von Hilfe suchen.

3. Diskussion

Bei der in dieser Kasuistik beschriebenen Patientin kam es erstmals im Alter von zehn Jahren zu einer schweren depressiven Episode mit Suizidgedanken, die ohne Behandlung nach zwei Jahren abklang. Im Alter von etwa 25 Jahren begann eine zweite schwere depressive Episode, deren Symptome sich unter der Behandlung mit zwei Antidepressiva sowie der Augmentation mit einem Antipsychotikum und einem Lithiumpräparat in jeweils hoher Dosierung langsam besserten. Die Symptombesserung blieb über Monate hinweg erhalten, war aber instabil. Sie erklärte hierzu, „ein Windhauch“ reiche, um sie zu verunsichern. Fast zwei Jahre nach Beginn der Behandlung war sie in Teilzeit arbeitsfähig, die Patientin war aber auch einige Monate später noch nicht symptomfrei.

In der Vorgeschichte und in der Zeit vor dem Beginn der zweiten Episode fanden sich nur wenige psychosoziale, aber ausgeprägte biologische Risikofaktoren. Mehrere Angehörige, vor allem aus der Herkunftsfamilie der Mutter, waren an unipolaren Depressionen erkrankt. Zwei von ihnen beendeten ihr Leben durch Suizide im Rahmen schwerer depressiver Episoden, ein Angehöriger in der Zeit der zweiten Episode, als die Patientin selbst immer wieder mit Suizidgedanken kämpfte.

Die ersten Symptome, welche die Patientin schilderte, waren die Verunsicherung und die verminderte Belastbarkeit. Sie klagte, ihr sei alles zu viel gewesen, und sie habe sich allein gelassen gefühlt. Dieses Erleben war für die Patientin nicht nur ungewohnt, sondern unverständlich, da sie den Mann, den sie kennengelernt hatte, als genau zu ihr passend erlebt hatte. Sie betonte immer wieder, widersprüchliche Gefühle dieser Art kenne sie bei sich außerhalb der beiden Episoden nicht. Zusätzlich schilderte sie schwere Schlafstörungen, Probleme, sich zu entscheiden und Suizidgedanken. Auf weitere Nachfrage wurde deutlich, dass sich eine schwere depressive Episode entwickelt hatte.

Die Diagnose einer ersten schweren depressiven Episode im Alter von zehn bis zwölf Jahren wurde rückblickend gestellt. Durch die Fragen nach aktuellen typischen depressiven Symptomen fiel der Patientin die Ähnlichkeit zu dem auf, was sie als Kind erlebt hatte. Im Verlauf der Gespräche über diese Zeit wurden die Erinnerungen an die erste Episode klarer und detailreicher. Die Erinnerungen betrafen zwei Themen in besonderer Weise: Suizidgedanken und das Gefühl, alleingelassen zu werden.

Die Suizidgedanken hatten sich damals in der Vorstellung geäußert, aus dem Fenster zu springen. Sie erinnerte sich, dass sie selbst die Nähe von Fenstern im Obergeschoss gemieden habe. Zudem habe ihre Mutter ihr erzählt, dass sie sie einmal vom Fenster weggezogen habe. Die Suizidgedanken seien damals sehr konkret gewesen.

Das Gefühl, alleingelassen zu werden, stand zu dieser Zeit in Zusammenhang mit der Ratlosigkeit ihrer Eltern, die sich ihre Angst und ihre gedrückte Stimmung, vor allem aber ihre Suizidgedanken und ihre Verzweiflung nicht erklären konnten. Sie habe mit ihren Eltern während der Behandlung in der Institutsambulanz über ihre Erinnerungen an die Zeit als Zehnjährige und die rückblickende Diagnose einer schweren depressiven Episode gesprochen. Diese seien sehr betroffen gewesen und hätten bedauert, die damalige Situation nicht in ihrer Bedeutung erkannt zu haben. Hierüber war die Patientin erleichtert und erklärte, das habe sie in ihrer Einschätzung bestätigt, verständnisvolle, fürsorgliche und reflektierte Eltern zu haben.

Die häufig bei chronischen Depressionen beschriebenen psychosozialen Risikofaktoren wie z. B. Belastungen und Traumata in Kindheit und Jugend oder Persönlichkeitsstörungen fanden sich bei der in dieser Kasuistik beschriebenen Patientin nicht. Der Beginn der Depression in der Kindheit und unipolare Depressionen bei nahen Verwandten entsprechen allerdings durchaus dem Risikoprofil dieser Verlaufsform. Dieses individuelle Krankheitsmodell wurde im Verlauf der Therapie gemeinsam mit der Patientin entwickelt und mehrfach modifiziert. Dabei wurde immer wieder deutlich, dass die in der Einleitung beschriebenen psychotherapeutischen Modelle der Depressionsentstehung diesen Verlauf nicht erklären konnten und deshalb für die Patientin nicht hilfreich waren.

Swildens (1991) und Finke (2019, S. 206 ff.) hatten auf Unterschiede zwischen leichten bis mittelschweren auf der einen und sehr schweren Depressionen auf der anderen Seite und auf das empathische Begleiten des Leidens unter Depressionssymptomen als wichtige Aufgabe hingewiesen. Dies stand auch bei der in dieser Kasuistik beschriebenen Psychotherapie inhaltlich im Vordergrund. Diese ging aber hinsichtlich der Dauer und der Intensität weit über ein empathisches Begleiten der Erkrankung hinaus.

Als hilfreich erwies sich vor allem in den ersten beiden Jahren der Behandlung die Unterscheidung zwischen Symptomen auf der einen und persönlichen oder zwischenmenschlichen Problemen auf der anderen Seite. Symptome ordnete die Patientin als Hinweise auf die momentane Belastung durch die Krankheit ein. Sie reagierte auf der emotionalen und kognitiven Ebene mit dem bewussten Herstellen innerer Distanz und auf der Verhaltensebene mit gezieltem Vermeiden von Belastungssituationen. So entschloss sie sich, nicht zu der Beerdigung ihres Verwandten zu gehen, der sich das Leben genommen hatte. Sie befürchtete, dass diese Situation sie aus der Bahn geworfen hätte. Dies besprach sie mit ihren Eltern und mit den unmittelbaren Angehörigen der verstorbenen Person. Alle Beteiligten bestärkten sie in ihrer Entscheidung.

Persönliche oder zwischenmenschliche Probleme nahm sie während der gesamten Behandlung zum Anlass, diese im Gespräch mit den anderen Personen zu klären. Oft waren es Missverständnisse, die sich aus der Welt schaffen ließen.

Rückblickend war die Patientin erleichtert, dass sie die Suche nach möglichen psychosozialen Ursachen ihrer Depression im Verlauf der Behandlung abschließen konnte. Dadurch war es ihr möglich, die günstigen Bedingungen, unter denen sie aufgewachsen war, und die harmonische Beziehung zu ihrer Herkunftsfamilie und zu ihrem Lebensgefährten ohne ständige Zweifel zu schätzen.

In der von Swildens (1993) vorgelegten und im Abschnitt 1.6.5 dieses Beitrags zusammengefassten Kasuistik waren ein völlig anderes individuelles ätiologisches Modell und ein anderes Konzept der von der Patientin erlebten Inkongruenzen angemessen. Die von Swildens beschriebene Patientin hatte psychosoziale Belastungen in der Kindheit und im frühen Erwachsenenalter erlebt, deren Bearbeitung im Verlauf der Therapie die Inhalte der Gespräche weitgehend bestimmten. Diese Inkongruenzen entsprechen dem klassischen, von Rogers beschriebenen Inkongruenzkonzept.

Auf der Website der deutschen Depressionshilfe finden sich einige von Betroffenen selbst verfasste Erfahrungsberichte, in denen sie über ein durchaus glückliches Leben vor Beginn der Depression und ein intensives Leiden unter den Symptomen der Depression berichteten¹. Bei dieser Gruppe Betroffener stehen in der Regel die Bewältigung der Erkrankung, der Symptome und der psychosozialen Folgen im Zentrum der Psychotherapie.

Die hier vorgestellte Kasuistik zeigt eine Reihe von Themen auf, die auch bei der Behandlung anderer von schweren, chronisch verlaufenden unipolaren Depressionen Betroffener bedeutsam sein können: Das Leiden an der Dauer und

der Schwere der Symptome, die verminderte Belastbarkeit, der Umgang mit genetischen Risikofaktoren in Bezug auf erneute Episoden und Suizidalität, und die Möglichkeit, auch bei günstigen psychosozialen Bedingungen an einer schweren chronischen Depression zu erkranken.

Zusammenfassend steht bei Betroffenen mit geringen psychosozialen Risikofaktoren in aller Regel die Auseinandersetzung mit den sekundären Inkongruenzen im Sinne von Bensel (2003), Behr et al. (2020) und Luderer (2020) im Vordergrund der Psychotherapie. Die Betroffenen sehen sich vor allem mit internalisierten Widersprüchen konfrontiert, die als Folgen und nicht als Ursachen der depressiven Erkrankung zu verstehen sind.

Für diese Betroffenen ist es in der Regel erleichternd, trotz einer schweren und schwer zu behandelnden Depression über eine glückliche Kindheit und eine harmonische Familie sprechen zu dürfen.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. 1. Auflage. Hogrefe
- American Psychiatric Association (APA) (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- Angst, J. (1987). Begriff der affektiven Erkrankungen. In: Kisker, K. P.; Lauter, H.; Meyer, J. E.; Müller, C. & Strömgen, E. *Psychiatrie der Gegenwart, Band 5: Affektive Psychosen*. Berlin: Springer, S. 1–50.
- Bäumel, J. & Pitschel-Walz, G. (2008) (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Schattauer.
- Beatson, J., & Taryan, S. (2003). Predisposition to depression: the role of attachment. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 37(2), 219–225. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01126.x>
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). *Unipolare Depression*. In: Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). *Gespräche hilfreich führen. Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen*, S. 216–231. Beltz-Juventa.
- Bensel, W. (2003). Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 34, 67–74.
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of general psychiatry*, 53(12), 1145–1152. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830120085015>
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2015). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression*. AWMF-Register-Nr.: nvl-005. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2022). *Nationale Versorgungsleitlinie*

1 <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/erfahrungsberichte>

- Unipolare Depression, Langfassung, Version 3.2, Juli 2023, AWMF-Register-Nr. nvl-005.* <https://www.leitlinien.de/themen/depression>
- DiBlasi, E., Kang, J., & Docherty, A. R. (2021). Genetic contributions to suicidal thoughts and behaviors. *Psychological medicine, 51*(13), 2148–2155. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001720>
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*, 3. Auflage. Thieme.
- Finke, J. (2018). Depressive Störungen. In: G. Stumm, W. Keil, *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (2. Auflage) (S. 227–235). Berlin: Springer.
- Finke, J. (2019). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie, Beziehungskonzepte, Therapietechnik*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Fu, Z., Brouwer, M., Kennis, M., Williams, A., Cuijpers, P., & Bockting, C. (2021). Psychological factors for the onset of depression: a meta-analysis of prospective studies. *BMJ open, 11*(7), e050129. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050129>
- Greenberg, L. S. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*(2), 210–224.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change The Moment-by-Moment Process*. Guildford.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology, 107*(1), 128–140. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.1.128>
- Hautzinger, M. (2011). *Depressive Störungen*. In: Hautzinger, M. (Hrsg.): *Kognitive Verhaltenstherapie*. Beltz, S. 99–117.
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H. U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2004; 47*(8):736–44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15340716>
- Köhler, C. A., Evangelou, E., Stubbs, B., Solmi, M., Veronese, N., Belbasis, L., Bortolato, B., Melo, M. C. A., Coelho, C. A., Fernandes, B. S., Olfson, M., Ioannidis, J. P. A., & Carvalho, A. F. (2018). Mapping risk factors for depression across the lifespan: An umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies. *Journal of psychiatric research, 103*, 189–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.020>
- Loh, A. Simon, D., Kriston, L. & Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt 104*(21): A-1483/B-1314/C-1254. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/55786/Patientenbeteiligung-bei-medizinischen-Entscheidungen>
- Lohoff F. W. (2010). Overview of the genetics of major depressive disorder. *Current psychiatry reports, 12*(6), 539–546. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0150-6>
- Luderer, H. J. (2020). Diagnosen stellen und dabei personenzentriert sein. *Person 24* (1), 16–28.
- Machmutow, K., Meister, R., Jansen, A., Kriston, L., Watzke, B., Härter, M. C., & Liebherz, S. (2019). Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. *The Cochrane database of systematic reviews, 5*(5), CD012855. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012855.pub2>
- McCullough, J. P. (2011). *Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen*. Heidelberg: Springer.
- Miranda, J. (1992). Dysfunctional thinking is activated by stressful life events. *Cognitive Therapy and Research, 16*(4), 473–483. <https://doi.org/10.1007/BF01183169>
- O'Reilly, L. M., Kuja-Halkola, R., Rickert, M. E., Class, Q. A., Larsson, H., Lichtenstein, P., & D'Onofrio, B. M. (2020). The intergenerational transmission of suicidal behavior: an offspring of siblings study. *Translational psychiatry, 10*(1), 173. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0850-6>
- Pitschel-Walz, G. & Luderer, H. J. (2016). Psychoedukation bei unipolaren Depressionen. In: Bäuml, J.; Behrendt, B.; Hennungsen, P. & Pitschel-Walz, G. (2016). *Handbuch der Psychoedukation*. Schattauer, S. 122–139.
- Pitschel-Walz, G.; Bäuml, J. & Kisslig, W. (2018): *Psychoedukation Depressionen: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. 2nd ed. Urban und Fischer.
- Propping, P. (1989). *Psychiatrische Genetik. Befunde und Konzepte*. Springer.
- Rogers C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (Hrsg.). *Psychology: A Study of a Science Vol. 3*. New York (Mc Graw-Hill) , S 184–256. Deutsch: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. GwG, 1987.
- Speierer, G. W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Asanger.
- Streit, F., Zillich, L., Frank, J., Kleineidam, L., Wagner, M., Baune, B. T., Klinger-König, J., Grabe, H. J., Pabst, A., Riedel-Heller, S. G., Schmiedek, F., Schmidt, B., Erhardt, A., Deckert, J., NAKO Investigators, Rietschel, M., & Berger, K. (2023). Lifetime and current depression in the German National Cohort (NAKO). *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry, 24*(10), 865–880. <https://doi.org/10.1080/15622975.2021.2014152>
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry, 157*(10), 1552–1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>
- Swidens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des Klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. GwG-Verlag.
- Swidens, H. (1993). *Primäre und sekundäre Inkongruenz in der Praxis*. In: Eckert, J.; Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.). *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Bd. 1. Köln: GwG, 121–132.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M., & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research, 13*(3), 307–322. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpgo29>
- Voracek, M., & Loibl, L. M. (2007). Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wiener klinische Wochenschrift, 119*(15-16), 463–475. <https://doi.org/10.1007/s00508-007-0823-2>
- Watson J. C.; Gordon, L. B.; Stermac, L.; Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 71*, 773–781.
- Watson, J. C. & Bedard, D. L. (2006): Clients' emotional processing in psychotherapy a comparison between cognitive-behavioral and process-experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 74*, 152–159.
- Wender, P. H., Kety, S. S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortman, J., & Lunde, I. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of general psychiatry, 43*(10), 923–929. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800100013003>
- WHO (2024). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 6A70 Single episode depressive disorder, 6A71 Recurrent depressive disorder.* <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1563440232>

Störungen durch Konsum von Alkohol aus personenzentrierter Sicht

Wolfgang Bensel und Hans-Jürgen Luderer

Zusammenfassung

Für das personenzentrierte Verständnis der Alkoholkonsumstörungen ist das Erleben von inneren Widersprüchen zwischen Selbstbild und Erfahrung von zentraler Bedeutung. Diese Widersprüche bezeichnete Rogers als Inkongruenzen. Das Motivational Interviewing, eine von ihren Wurzeln her suchtspezifische Anwendung und Weiterentwicklung personenzentrierter Prinzipien, spricht von Diskrepanzen.

Dabei ist es sinnvoll, zwischen zwei Gruppen von Inkongruenzquellen zu unterscheiden: Belastungen und Traumata, die in den Alkoholkonsum hineinführen (primäre Inkongruenzen) und Inkongruenzquellen in Form von körperlichen und psychosozialen Folgen (sekundäre Inkongruenzen).

Beim Motivational Interviewing steht die Auseinandersetzung mit sekundären Inkongruenzen, d. h. die Auseinandersetzung mit den Folgen des Trinkens, im Vordergrund der Therapie. Bei längeren Therapien wird die Auseinandersetzung mit früheren Belastungen und Traumata (primäre Inkongruenzquellen) zunehmend bedeutsam.

Für personenzentrierte beratende und behandelnde Personen aller Berufsgruppen stellt sich vor allem die Frage: Wie ist es möglich, während des gesamten Beratungs- und Therapieprozesses empathisch, akzeptierend und kongruent gegenüber Menschen mit schweren Alkoholkonsumstörungen zu sein und zu bleiben?

Schlüsselwörter: Personenzentrierter Ansatz, motivierende Gesprächsführung, Alkoholkonsumstörung, primäre und sekundäre Inkongruenz

Summary

In order to comprehend alcohol use disorders from a person-centered perspective, it is important to recognize the internalized contradictions experienced by individuals between their self-image and their experience. Rogers termed these contradictions “incongruences”, while Motivational Interviewing, a person-centered method of facilitating change, employs the term “discrepancies”.

A useful distinction can be made between two groups of sources of incongruence: The first category comprises stress and trauma that lead to drinking (primary incongruences). The second category consists of sources of incongruence in the form of physical and psychosocial consequences of drinking (secondary incongruences).

In Motivational Interviewing, the therapeutic focus addresses secondary incongruences, that means the consequences of alcohol use. In extended person-centered interventions, addressing stress and trauma (primary sources of incongruence) assumes greater significance.

For counsellors and therapists of all professions, the fundamental question is: How empathy, acceptance, and congruence can be achieved with individuals grappling with severe alcohol use disorder and can be sustained throughout the therapeutic process?

Key words: Person-centered approach, Motivational Interviewing, Alcohol use disorder, primary and secondary incongruences

<https://doi.org/10.24989/person.v29i1.5>

Wolfgang Bensel, Diplom Sozialarbeiter (FH), Heilpraktiker für Psychotherapie, Gesprächspsychotherapeut (GwG) und Kursleiter der Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG), war von 1984 bis 2024 in der stationären Rehabilitation Suchtkranker tätig. Gemeinsam mit Dirk Fiedler ist er Herausgeber des Buches „Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen – Ein Praxishandbuch“ (GwG-Verlag, 2012). Kontakt: benselw@gmx.de

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer war von 1996 bis 2014 Chefarzt im Klinikum am Weissenhof, Weinsberg, einer Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Danach arbeitete er bis 2024 in der dortigen Institutsambulanz sowie als Ausbilder der GwG. Kontakt: hj.luderer@gmx.de

Anmerkung: Dieser Artikel basiert auf früheren Veröffentlichungen der Autoren, z. B. einem Beitrag zur personenzentrierten Therapie der Alkoholabhängigkeit in dem von Wolfgang Bensel und Dirk Fiedler im Jahr 2012 herausgegebenen Band „Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen“ (GwG-Verlag, S. 45–64). und dem Kapitel B.10 aus dem 2. Band des Lehrbuchs der personenzentrierten Psychotherapie und Beratung (Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020): Gespräche hilfreich führen – Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personenzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie, S. 331–359. Beltz-Juventa).

1. Einleitung

1.1. Definitionen

1.1.1. Störungen durch Substanzkonsum

Zu allen Zeiten und überall auf der Welt haben Menschen Substanzen mit als positiv erlebter psychotroper Wirkung konsumiert, um sich zu berauschen, ihr Wohlbefinden zu steigern oder innere Anspannung abzumildern. Zu diesen Substanzen gehören unter anderem Alkohol, Opiate und opiatähnliche Stoffe, Kokain, Halluzinogene, Amphetamine und andere Stimulanzien, Cannabis, Lösungsmittel, Beruhigungs- und Schlafmittel, Koffein und Tabak. Die Gefahren dieser Substanzen sind seit langem bekannt, und deshalb war ihr Konsum zu allen Zeiten sozialen oder rechtlichen Regeln unterworfen. Ziel dieser Regeln war und ist es, den Konsum in irgendeiner Form zu begrenzen. Die einzelnen Regelsysteme wiesen und weisen beträchtliche nationale und regionale Unterschiede auf und änderten sich im Verlauf der Zeit immer wieder. Nicht alle Regeln erfüllen diesen Zweck in gleicher Weise, und nicht allen Menschen gelingt es, diese einzuhalten. Das zieht häufig psychosoziale und gesundheitliche Folgen nach sich.

Führt Substanzkonsum zu psychischen oder körperlichen Beeinträchtigungen so spricht man von Störungen durch Substanzgebrauch oder Substanzkonsumstörungen (Disorders due to substance use, ICD-11, WHO, 2022; Substance use disorders [SUD], DSM-5, APA, 2013, S. 483 ff.). Im allgemeinen Sprachgebrauch, im Sprachgebrauch bei Planung, Organisation und Umsetzung der Versorgung und in der deutschen Übersetzung der ICD-11 (WHO, 2022) wird oft der Begriff der Suchtkrankheit verwendet.

Im DSM-5 wurde 2013 erstmals in einem diagnostischen System eine nicht substanzbezogene Störung, die Glücksspielsucht (Gambling Disorder, S. 481, S. 585 ff.) in die Gruppe der Suchtkrankheiten aufgenommen, in der ICD-11 im Jahr 2018 zusätzlich die Computerspielsucht (Gaming disorder)(WHO, 2022, Gaults, 2024).

1.1.2. Störungen durch Alkoholkonsum

Die in den meisten Ländern in Bezug auf Häufigkeit und Schwere der körperlichen und psychosozialen Folgen wichtigste Substanz ist Alkohol. Das Risiko körperlicher, psychischer und sozialer Folgen des Alkoholgebrauchs hängt von der Trinkmenge und dem Trinkmuster ab, für die sich einer Einteilung in Alkoholkonsumklassen eingebürgert hat (DGPPN, DG Sucht, 2020, S. 15 ff.).

Diese Einteilung berücksichtigt die Feststellung, dass es **keinen potenziell gesundheitsförderlichen und keinen risikofreien Alkoholkonsum** gibt, und dass auch geringe

Trinkmengen das Risiko körperlicher Krankheiten erhöhen können (DHS, 2023). **Risikoarmer Konsum** entspricht einer Trinkmenge von bis zu 24 g reinem Alkohol pro Tag für Männer und bis zu 12 g für Frauen bei mindestens zwei abstinenten Tagen pro Woche. Liegt die Trinkmenge über diesen Werten, spricht man von **riskantem Konsum** (DGPPN & DG-Sucht, 2020, S. 16, Seitz et al., 2008).

Ein riskantes Trinkmuster ist das **Rauschtrinken (Binge drinking)**, d. h. der Konsum großer Mengen von Alkohol in kurzer Zeit. Wenn psychische oder körperliche Folgen des Trinkens eingetreten sind, spricht die ICD-10 (Dilling et al., 1991, Dilling & Freiburger, 2015) von **schädlichem Gebrauch**, bei Verlust der Kontrolle über den Beginn des Konsums oder über die Trinkmenge von **Alkoholabhängigkeit**. Das DSM-5 verwendet den Begriff der Störung durch Alkoholgebrauch (Alcohol Use Disorder, AUD), wenn das Trinken zu negativen Konsequenzen für die betroffene Person geführt hat.

1.1.3 Diagnose der Alkoholabhängigkeit

Die ICD-10 nennt sechs Kriterien der Abhängigkeit: Personen mit Alkoholabhängigkeit verspüren (1) einen Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren. Dies wird als „craving“ (Verlangen) oder umgangssprachlich als „Suchtdruck“ bezeichnet. Sie können (2) Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums nicht ausreichend steuern. Wenn sie weniger konsumieren oder den Konsum beenden, treten (3) Entzugsserscheinungen auf. Sie brauchen (4) immer größere Mengen der Substanz, um die gleiche Wirkung zu erzielen (Toleranzentwicklung), vernachlässigen (5) andere Interessen und Tätigkeiten zugunsten des Substanzkonsums, und sie konsumieren (6) trotz körperlicher, psychischer oder sozialer Folgen weiter. Für die ICD-10-Diagnose einer Alkoholabhängigkeit müssen drei dieser sechs Kriterien erfüllt sein.

Das DSM-5 (APA, 2013, S. 490 ff.) vertritt das Konzept eines kontinuierlichen Übergangs zwischen leichter und schwerer Alkoholkonsumstörung. Wenn vier von insgesamt neun Kriterien erfüllt sind, besteht eine Alkoholkonsumstörung. Deren Schweregrad wird aufgrund der Anzahl der erfüllten Kriterien bestimmt. Eine leichte Alkoholkonsumstörung entspricht dem ICD-10-Begriff des schädlichen Gebrauchs, eine moderate oder besonders eine schwere Konsumstörung dem der Abhängigkeit. Die ICD-11 behält die dichotome Unterscheidung der ICD-10 zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit bei. Die einzelnen Kriterien ähneln denen der ICD-10 oder des DSM-5, die ICD-11 sieht jedoch eine Priorisierung vor. Die Hauptkriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit umfassen (1) eingeschränkte Fähigkeit zur Kontrolle des Konsums, (2) Priorität des Konsums gegenüber anderen Aktivitäten und (3) Toleranzentwicklung, Entzugssymptome und Konsum zur Vermeidung

von Entzugssymptomen. Zwei dieser drei Kriterien müssen für die Diagnose erfüllt sein.

1.1.4. Epidemiologie der Alkoholkonsumstörung

Prävalenz: Alkoholbedingte Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen überhaupt. Sie beginnen meist in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter.

Betrachtet man alle Schweregrade der Alkoholkonsumstörung, so beträgt die 12-Monatsprävalenz (die Häufigkeit der Erkrankung in den 12 Monaten vor der Befragung der Betroffenen) bei Jugendlichen in den USA 4,5 %, bei Erwachsenen 8,5 % (APA, 2013, S. 493). Bei Männern liegt sie mit 12,4 % mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen (4,5 %). In Deutschland fanden Pabst et al. (2013) eine 12-Monats-Prävalenz von 6,5 %.

Komorbidität: Unter Komorbidität versteht man das Vorkommen mehrerer Krankheiten bei einer Person. Bei Alkoholkonsumstörungen ist Komorbidität eher die Regel als die Ausnahme. Die **kausale Verbindung** zwischen Alkoholkonsumstörung und komorbiden Störungen **kann in beide Richtungen** gehen, vor allem bei komorbiden psychischen Störungen. Diese können vor der Alkoholkonsumstörung auftreten und die Entstehung der Alkoholkonsumstörung begünstigen; andere psychische Störungen können sich aber auch infolge einer Alkoholkonsumstörung entwickeln. Möglich ist auch eine gemeinsame genetische oder psychosoziale Grundlage von Alkoholkonsumstörung und komorbiden Störungen (Castillo-Carniglia et al., 2019).

Eine kausale Verbindung in beide Richtungen konnte für die Komorbidität mit anderen Substanzkonsumstörungen, unipolaren Depressionen und Angststörungen nachgewiesen werden, während Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Störungen, ADHS (Luderer, M. et al, 2019, 2021) Schizophrenien und bipolaren Störungen in der Regel der Konsumstörung vorausgehen und somit als Teilursachen anzusehen sind. Körperliche Alkoholfolgeerkrankungen sind, wie der Name sagt, Folgen des Konsums (Castillo-Carniglia et al., 2019).

Komorbide psychische Störungen werden häufig übersehen und nicht angemessen berücksichtigt. Im Vergleich zu Suchterkrankungen ohne Komorbidität ist der Verlauf in der Regel ungünstiger und der Zugang zu den Betroffenen erschwert. In jedem Fall sind Suchtkranke mit körperlicher und psychischer Komorbidität eine besondere Herausforderung für psychosoziale Fachkräfte aller Berufsgruppen.

Psychosoziale und biologische Risikofaktoren: Die Entwicklung von Störungen durch Alkohol hängt von zahlreichen psychosozialen und biologischen Faktoren ab. In Kulturen, Familien oder Kreisen, die hohen Alkoholkonsum und Rauschzustände tolerieren oder Kinder und Jugendliche zum Trinken ermutigen, treten sie häufiger auf. Schutz bieten ein gutes

soziales Klima und ein mittleres Ausmaß elterlicher Kontrolle (APA, 2013, S. 493).

Auch genetische Faktoren wurden nachgewiesen. Die Kinder alkoholkranker Eltern haben ein drei- bis vierfach erhöhtes Erkrankungsrisiko, auch wenn sie adoptiert wurden und in Familien aufwuchsen, in denen keine Alkoholprobleme bestanden (APA, 2013, S. 494). Der wichtigste Risikofaktor ist aber der Konsum. Ohne Alkoholkonsum kommt es nicht zu einer Alkoholkonsumstörung.

Da biologische, psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzkonsumstörungen eine bedeutende Rolle spielen, spricht man von einem biopsychosozialen Krankheitsmodell.

1.1.5. Vom risikoarmen Trinken über den riskanten Konsum zur Alkoholkonsumstörung

Alkoholische Getränke sind von ihrem Geschmack, aber auch von ihrer Wirkung her für viele Menschen ausgesprochen attraktiv. Nicht zuletzt aus diesen Gründen ist Alkohol aus dem Leben der meisten Gesellschaften kaum wegzudenken. Dass der Konsum, vor allem größerer Mengen, nicht unproblematisch ist, wurde in den letzten Jahrzehnten immer mehr Menschen bewusst. Der Alkoholkonsum ist zurückgegangen, in Deutschland von 14–15 l/Jahr und Person in den 1970er Jahren auf 10–11 l/Jahr seit etwa 2010 (John et al., 2022). Auch in der Arbeitswelt haben seit Jahren Regelungen zur Wahrnehmung von alkoholbezogenen Störungen ihren festen Platz, insbesondere durch Dienstvereinbarungen und gestufte Interventionsprogramme. Dies trug zu einem deutlichen Rückgang des Alkoholkonsums während der Arbeit in vielen Berufen bei.

Nach wie vor fällt es manchen Personen nicht leicht, beim Trinken das rechte Maß zu finden und beizubehalten. Ältere, aber von der Tendenz her wohl immer noch zutreffende Untersuchungsergebnisse von Antons und Schulz (1976) legen nahe, dass Menschen mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum ihre Vorstellungen vom unproblematischen Trinken ihrem eigenen Konsum anpassen. Dies entspricht der allgemeinen menschlichen Tendenz der Selbstrechtfertigung zum Vermeiden kognitiver Dissonanz (Festinger, 1957).

Menschen mit riskantem Konsum oder Rauschtrinken konsumieren oft lange ohne körperliche, psychische und soziale Nachteile. Wenn sie sich mit den ersten negativen Folgen konfrontiert sehen, versuchen sie, diese auszublenden und kritische Äußerungen Anderer als übertrieben abzutun. Später bemühen sie sich, ihren Konsum zu reduzieren, das Trinken zu verbergen oder ihr Scheitern zu rechtfertigen, um nach außen hin ein positives Bild aufrechtzuerhalten. Irgendwann stellen sie sich die Frage, wie sie aus diesem Teufelskreis herauskommen können.

Ein Konzept zur Beschreibung langsamen Erkennens der eigenen Konsumstörung ist das **transtheoretische Modell** von Prochaska und DiClemente (1982). Es geht von der Grundannahme aus, dass die Erkenntnisprozesse in mehreren Phasen ablaufen. In der Phase der Vorbesinnung oder Absichtslosigkeit (Precontemplation) ist das Problem den Betroffenen noch nicht bewusst. In der Phase der Besinnung oder Absichtsbildung (contemplation) beginnen die Betroffenen zu ahnen, dass etwas nicht stimmt und dass sich etwas ändern muss. In der Vorbereitungsphase (preparation) setzen sich die Betroffenen ernsthaft mit der Absicht auseinander, etwas zu ändern. In der Handlungsphase (action) unternehmen sie konkrete Veränderungsschritte, in der Phase des Aufrechterhaltens (maintenance) ist es ihre Aufgabe, das Erreichte zu festigen. Die Phasen laufen nicht immer geordnet nacheinander ab. Nach erneutem Konsum beginnt der Erkenntnisprozess von neuem, einzelne Phasen können übersprungen werden, und in der Regel läuft er schneller ab. Oft geht er mit emotionalen Problemen wie Scham und Schuldgefühlen einher. Diese verstärken die Abhängigkeitsdynamik und können die Entscheidung, Hilfe zu suchen, beträchtlich erschweren.

1.1.6. Folgen von Alkoholkonsumstörungen

Alkoholintoxikationen: Eine Vergiftung durch Konsum von Alkohol kann im Rahmen einer Alkoholkonsumstörung, aber auch bei ansonsten körperlich und psychisch gesunden Personen auftreten. Man unterscheidet zwischen vier Stadien. Im Stadium I (Blutalkoholkonzentration (BAK) 0,2–2,0 ‰) kann es ab einer BAK von 0,2 ‰ zu ersten Enthemmungserscheinungen kommen, ab 0,3 ‰ ist die Reaktionszeit vermindert, ab 0,8 ‰ das Gleichgewicht gestört. Im Stadium II (2,0 ‰–2,5 ‰) ist die Sprache verwaschen, der Gang unsicher, und es können Übelkeit, Erbrechen und Amnesien („Filmrisse“) auftreten. Im Stadium III (2,5 ‰–4,0 ‰) kann es zu Bewusstlosigkeit, Harn- und Stuhlinkontinenz kommen, wobei das Schmerzempfinden vermindert oder aufgehoben sein kann, im Stadium IV (> 4,0 ‰) zu Atemversagen und zum Tod. Dysarthrie und Amnesien können auch früher auftreten. Toleranz kann dazu führen, dass die Symptome erst bei höheren Promille-Zahlen eintreten. Bewusstlosigkeit in Verbindung mit Alkohol kann auch bei geringerer Promillezahl lebensgefährlich sein.

Alkoholentzugssyndrome: Typische Symptome sind Zittern, Schwitzen, Pulsschlag von >100/min, hoher Blutdruck, Unruhe, Angst und Schlafstörungen. Bei schweren Entzugssyndromen (Alkoholdelirien) kann es zusätzlich zu meist optischen Halluzinationen und zu Krampfanfällen kommen. Alkoholdelirien sind schwere, lebensgefährliche Krankheiten, die eine Krankenhausbehandlung zwingend erforderlich machen (APA, 2013, S. 499 ff.).

Körperliche Alkoholfolgekrankheiten: Alkohol beeinträchtigt die allgemeine körperliche Verfassung und schädigt zahlreiche Organe. Die betroffenen Personen klagen über einen schlechten körperlichen Allgemeinzustand, Appetitstörungen, Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall, vermehrte Schweißneigung, feuchte, kühle Hände und Füße, Schlafstörungen oder sexuelle Funktionsstörungen. Man sieht vielen Betroffenen an, dass sie vermehrt trinken. Die Gesichtshaut ist gerötet, die kleinen Blutgefäße in der Haut erweitert.

Zu den geschädigten Organen gehören neben Gehirn und Nervensystem vor allem der Magen-Darm-Trakt (Zunge, Mundhöhle, Speicheldrüsen, Speiseröhre, Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse), blutbildende Organe, Herz und Hoden. Alkoholranke sind zudem anfälliger für Infekte. Wegen der mit der Erkrankung einhergehenden Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen besteht eine vermehrte Gefahr von Unfällen bei der Arbeit oder im Straßenverkehr.

Psychische Alkoholfolgekrankheiten: Die alkoholinduzierte chronische Schädigung des Gehirns kann zu depressiven, bipolaren oder schizophrenieähnlichen Störungen führen. Zusätzlich können neurokognitive Störungen aller Schweregrade auftreten, bis hin zu schweren Gedächtnisstörungen (Korsakow-Syndrom) und Demenzen.

Psychosoziale Folgen: Personen mit Störungen durch Alkohol fallen am Arbeitsplatz durch vermehrte Fehlzeiten auf, die mittel- und langfristig zum Arbeitsplatzverlust führen können. Familienkonflikte führen zu erhöhten Scheidungsraten. Sowohl Verkehrsdelikte als auch Aggressionsdelikte sind häufig (APA, 2013, S. 496). Die Suizidgefahr ist bei Personen mit hohem Alkoholkonsum erheblich erhöht (Isaacs et al, 2022).

Todesfälle: In Deutschland waren im Jahr 2016 4,0 % aller Todesfälle bei Frauen und 9,9 % aller Todesfälle bei Männern auf Alkoholkonsum zurückzuführen (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018; John et al., 2022). Im DKFZ-Atlas (DKFZ, 2022, S. 5) wird die Zahl von 40.000 Todesfällen pro Jahr durch Alkoholkonsum genannt. Insofern geht es bei der Behandlung von Personen mit Alkoholkonsumstörungen nicht selten um Leben und Tod, durch Vergiftungen, schwere körperliche und psychische Folgeerkrankungen oder durch Suizide (APA, 2013; Behr et al., 2020, S. 336 f.).

2. Psychosoziale Beratung und Behandlung der Alkoholkonsumstörung

2.1. Therapieziele in Bezug auf das Trinkverhalten

Das Ziel der Behandlung in Bezug auf das Trinkverhalten hängt von Trinkmenge und Trinkmuster ab. Bei riskantem Konsum und auch beim schädlichen Konsum ist die Reduktion des

Konsums ein durchaus realistisches Ziel. Die einfache Empfehlung, weniger zu trinken, ist allerdings nicht ausreichend. Es zeigte sich, dass die betroffenen Personen einen bewussten und vorsichtigen Umgang mit Alkohol erst entwickeln müssen (Hrobsky, 2023).

Bei schwerer Alkoholkonsumstörung bzw. Alkoholabhängigkeit gelingt die Rückkehr zu maßvollem, kontrolliertem Trinken nur selten. Das Craving, d. h. die ungenügende Fähigkeit, den Beginn des Konsums zu steuern und der Verlust der Kontrolle über die Trinkmenge und die Beendigung des Konsums sind, vor allem bei Betroffenen mit täglichem Alkoholkonsum und einer langen Leidensgeschichte, lebenslang bestehende Symptome. Diese bilden sich in der Regel auch durch längere Abstinenz nicht zurück. Daraus leitet sich die lebenslange, vollständige Abstinenz für diese Personengruppe als wichtiger Zwischenschritt auf dem Weg zu einem stabilen, zufriedenen Leben ab (DGPPN & DG Sucht, 2020, S. 324 ff.).

Körkel (2015) schlägt dagegen vor, es den Betroffenen unabhängig von der Schwere der Alkoholkonsumstörung zu überlassen, ob sie sich für kontrolliertes Trinken oder Abstinenz als Therapieziel entscheiden. Unter kontrolliertem Trinken versteht er einen Alkoholkonsum mit strengen Vorgaben zu Trinkzeiten und Trinkmengen. Diese Lösung sehen die meisten in der Suchttherapie tätigen Personen für die Mehrzahl der Betroffenen als nicht geeignet an. Eine Rückkehr zum vorsichtigen kontrollierten Trinken gelingt wahrscheinlich vor allem bei Betroffenen mit schädlichem Gebrauch von Alkohol oder beginnendem Verlust der Kontrolle über die Trinkmenge (Davies, 1962; Polich et al., 1982; Penderey et al., 1982; Helzer et al., 1985), wobei die Studienergebnisse hierzu inkonsistent sind (Körkel, 2015; Henssler et al., 2021).

Abstinenz ist ein Ziel, das sich viele Betroffene, vor allem zu Beginn der Beratung oder Behandlung, nicht vorstellen können. Insofern ist es nicht sinnvoll, die Bereitschaft zur langfristigen oder gar lebenslangen Abstinenz als Voraussetzung für eine Behandlung oder als deren langfristiges Ziel vorzugeben. Bei den meisten Betroffenen entwickelt sich die Erkenntnis, dass Abstinenz im Vergleich zum kontrollierten Trinken in der Regel der leichtere und sicherere Weg zu einem zufriedenen Leben ist, nur langsam. Die meisten abstinent lebenden Menschen mit Alkoholabhängigkeit haben vorher versucht, mäßig zu trinken, und sind daran gescheitert.

Bei lange und schwer erkrankten Betroffenen stellt sich die Situation anders dar, für viele dieser Personen ist eine lebenslange Abstinenz als Therapieziel unrealistisch. Für Personen, die bereits mehrere schwere Rückfälle hinter sich haben, kann es deshalb sinnvoll sein, eine Konsumreduktion zur Verminderung der Folgekrankheiten vor allem über eine Reduktion

der Dauer der einzelnen Konsumphasen anzustreben und bei Rückfällen zeitnah mit Entzugsbehandlungen zu beginnen.

Dabei dürfen die beiden wichtigsten Therapieziele nicht aus den Augen verloren werden: Lebenserhaltung und Aufrechterhalten eines langfristigen Angebots von Beratung, Behandlung und Selbsthilfe. Wenn Betroffene sterben oder den Prozess der Beratung oder Behandlung abbrechen, ist es nicht oder nicht mehr möglich, ihnen zu helfen. Zentrale Aufgabe helfender Personen aus allen Berufsgruppen ist es deshalb, die Betroffenen bei allen Schweregraden von Substanzkonsumstörungen im therapeutischen Prozess zu halten oder ihnen eine Rückkehr in den therapeutischen Prozess zu ermöglichen, solange dies erforderlich ist. Sie sollten dabei bereit sein, zu akzeptieren, dass manche Betroffene kein Leben ohne Alkoholkonsum führen wollen. Die Bereitschaft zur Abstinenz lässt sich nicht erzwingen, und es wäre nicht personenzentriert, diesbezüglich Druck auf betroffene Personen auszuüben. Der Druck sollte von den Tatsachen ausgehen und nicht von helfenden Personen.

2.2. Phasen der Therapie

Die Behandlung Suchtkrankter nach der Diagnose wird üblicherweise in vier Phasen gegliedert, die Motivationsphase, die Phase des körperlichen Entzugs, die Entwöhnungsphase und die Nachsorgephase. Bei den Phasen handelt es sich nicht um abgeschlossene Zeiträume, sondern um Prozesse, die ineinander übergehen. Gerade der Prozess der Motivation ist zu jedem Zeitpunkt der Behandlung bedeutsam. Die Motivation unterliegt meist Schwankungen, und muss immer wieder neu erarbeitet werden (s. Abschnitt 3.4.).

Die **Motivationsphase** ist eine entscheidende Phase der Therapie. In dieser Phase der Behandlung werden die Weichen für den weiteren Verlauf der Therapie gestellt, denn es geht um die Frage, ob die Betroffenen Personen in der Lage und bereit sind, ihren Alkoholkonsum in Frage zu stellen. In dieser Phase sind die meisten Betroffenen ambivalent.

Der **körperliche Entzug** erfolgt in der Regel durch sofortiges Absetzen des Alkohols und Gabe von beruhigenden, schlafanstoßenden und antiepileptisch wirkenden Medikamenten. Ein „kalter“ Entzug mit sofortiger Beendigung des Trinkens ohne medikamentöse Behandlung kann lebensgefährlich sein, vor allem bei Betroffenen mit lange bestehendem, hohem Konsum. Bei manchen Betroffenen ist ein ambulanter Entzug möglich. Dieser sollte allerdings gut vorbereitet werden und, wie jeder Entzug, unter ärztlicher Aufsicht erfolgen.

Eine **qualifizierte Entzugsbehandlung** umfasst neben dem Entzug psychotherapeutische und weitere psychosoziale Hilfen. Die Betroffenen werden motiviert, Hilfe anzunehmen, Kontakte

in das regionale Hilfesystem werden geknüpft, am besten werden sie in weiterführende Behandlungen vermittelt.

Die **Entwöhnungsphase** kann ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden und ist in Deutschland eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Vorrangiges Ziel der Psychotherapie in dieser Phase ist es, die Fähigkeit zur zufriedenen Abstinenz weiter zu fördern und die Betroffenen zu unterstützen, diese auch in die Tat umzusetzen. Die Beratung und Behandlung in der **Nachsorgephase** umfasst Hilfen beim Wiedereintritt in den Alltag, die je nach körperlicher Gesundheit, finanziellen Möglichkeiten sowie der Situation in Familie, Beruf und Freizeit sehr unterschiedlich gestaltet werden müssen. Zudem stehen alle Betroffenen jedoch vor der Frage, wie sie das Ziel der Abstinenz im Alltag erreichen wollen, wie sie mit anderen Menschen über ihren früheren und ihren jetzigen Umgang mit Alkohol sprechen sollen, und mit welchen Reaktionen sie dabei konfrontiert werden.

In der aktuellen S3-Leitlinie (DGPPN & DG Sucht, 2020, S. 324 ff.) werden Entwöhnungsphase und Nachsorgephase unter dem Begriff der Postakutbehandlung zusammengefasst.

2.3. Versorgungsorganisation

Das Versorgungssystem für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz umfasst spezielle Systeme der Suchtberatung, der Suchtselbsthilfe, der suchtmmedizinischen Behandlung und der Rehabilitation. Wichtige Versorgungsaufgaben übernehmen auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Altenhilfe, Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe oder Arbeitslosenhilfe. Substanzkonsumstörungen erschweren häufig die Suche nach ambulanten Psychotherapieplätzen. Eine genaue Darstellung der Versorgungsangebote in Deutschland findet sich auf der Website der DHS (<https://www.dhs.de/suchthilfe>) und in der Dokumentation der DHS zur Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland (DHS, 2019, DGPPN, DG Sucht, 2020, S. 371 ff.). Spezialisierte Einrichtungen sind ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für suchtkranke und suchtgefährdete Menschen, Suchtkliniken und Suchtabteilungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Suchtfachkliniken und Einrichtungen der teilstationären und ambulanten Rehabilitation (<https://www.dhs.de/suchthilfe>). In Deutschland ist die stationäre Postakutbehandlung der Alkoholabhängigkeit eine Maßnahme der Medizinischen Rehabilitation, während der körperliche Entzug und die Behandlung von Alkoholfolgeerkrankungen eine Krankenkassenleistung darstellen. Der Übergang zwischen den Versorgungs-Systemen ist für Betroffene nicht einfach und oft mit Wartezeiten verbunden.

Betroffene Personen benötigen in der Regel Unterstützung bei der Einleitung psychosozialer Hilfen. Dazu zählen beispielsweise:

- Vermittlung und Einleitung einer körperlichen Entzugsbehandlung,
- Beratung bei der Suche nach einer passenden Entwöhnungsbehandlung,
- Informationen über die lokal und regional verfügbaren Selbsthilfemöglichkeiten,
- Beratung über den Umgang mit dem Arbeitgeber,
- gegebenenfalls Herstellen von Kontakten zur Schuldnerberatung
- sowie die Klärung der Notwendigkeit weiterer Hilfen.

Diese Aufgaben werden in Deutschland von Suchtberatungsstellen übernommen.¹

2.4. Ein Personzentriertes Modell der Entwicklung von Alkoholkonsumstörungen

2.4.1. Der Inkongruenzbegriff – Ein allgemeines Modell der Persönlichkeitsentwicklung und der Entstehung psychischer Probleme und Störungen

Carl Rogers fasste im Jahr 1959 seine schon vorher skizzierten Gedanken zur Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit zusammen. Er postulierte dazu ein einziges Grundmotiv menschlichen Handelns, die „aktualisierende Tendenz“. Hierunter verstand er die generelle Tendenz des Organismus, sich so zu verhalten, dass er existieren und wachsen kann.² Wenn der Mensch lernt, seine eigene Person und ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Dingen bewusst wahrzunehmen, beginnt die aktualisierende Tendenz auch, die eigene Persönlichkeit, das Selbst, einzubeziehen.³ Damit entsteht auch das Bedürfnis nach unbedingter, d. h. nicht an bestimmte Bedingungen geknüpfter positiver Wertschätzung durch wichtige Bezugspersonen.⁴ Wenn er diese positive Wertschätzung erfährt, wird er lernen, sich selbst als Person uneingeschränkt anzunehmen und sein Erleben und Verhalten auf der Grundlage

1 <https://www.dhs.de/suchthilfe/suchtberatung>

2 Actualizing tendency. "This is the inherent tendency of the organism to develop all its capacities in ways which serve to maintain or enhance the organism ...". "It should be noted that this basic actualizing tendency is the only motive which is postulated in this theoretical system." (Rogers, 1959, S. 196)

3 Tendency toward self-actualization. "Following the development of the self-structure, this general tendency toward actualization expresses itself also in the actualization of that portion of the experience of the organism which is symbolized in the self." (Rogers, 1959, S. 196)

4 The Need for Positive Regard. "As the awareness of self emerges, the individual develops a need for positive regard. This need is universal in human beings, and in the individual, is pervasive." (Rogers, 1959, S. 223):

seiner aktualisierenden Tendenz zu bewerten. Rogers spricht in diesem Zusammenhang vom organismischen Bewertungsprozess. Selbst und Erfahrung stimmen überein.

Aus dieser Theorie der Persönlichkeitsentwicklung leitete Rogers eine Theorie zur Entstehung psychischer Probleme ab. Die Erfahrung mangelnder Akzeptanz durch Andere führt zur Selbstakzeptanz mit Vorbedingungen („Ich bin nur in Ordnung, wenn ...“). Vor diesen Aspekten der eigenen Person wird eine Person dann ihre Augen verschließen. Dadurch können bestimmte Erfahrungen nicht in das Bewusstsein gelangen und in das Selbst integriert werden. Selbst und Erfahrung sind dann nicht mehr in Übereinstimmung. Diese mangelnde Übereinstimmung bezeichnete Rogers als Inkongruenz (Luderer, 2022).

Die meisten Menschen haben in ihrem Leben in irgendeiner Form und Intensität Wertbedingungen erlebt, insofern sind diese eine wichtige Quelle des Inkongruenzerlebens. Gerd-Walter Speierer stellte sich als erster die Frage, ob es außer Wertbedingungen auch andere Quellen des Inkongruenzerlebens geben könnte, z. B. andere psychologische, aber auch soziale oder biologische Faktoren. In seinen Arbeiten zum Differentiellen Inkongruenzmodell (Speierer, 1994, 2013) schlug er eine Erweiterung des Inkongruenzbegriffs vor, die ein besseres personenzentriertes Verständnis vieler Störungen erlaubt. Er unterscheidet drei Gruppen von Inkongruenzquellen:

1. Die von Rogers beschriebenen sozialkommunikativen Inkongruenzquellen durch Wertbedingungen,
2. die lebensereignisbedingten Inkongruenzquellen (Speierer, 1994, S. 58 f.) durch spätere Belastungen und Traumata, die sich nicht in Wertbedingungen äußern, oder für die der Begriff der Wertbedingung zu schwach ist und
3. dispositionelle Inkongruenzquellen, womit biologisch vorgegebene Veranlagungen gemeint sind (Speierer, 1994, S. 54 ff.). Oft liegt eine Kombination unterschiedlicher Inkongruenzquellen vor.

Bensel (2003) beschrieb in einem Beitrag zur personenzentrierten Psychotherapie bei Personen mit Alkoholabhängigkeit eine Gruppe von inneren Widersprüchen, die als Folge des Konsums auftreten und bezeichnete diese als sekundäre Inkongruenzen. Innere Widersprüche, die als mögliche (Teil)ursachen des Trinkens in Frage kommen, nannte er primäre Inkongruenzen (s. hierzu auch Bensel, 2010; Bensel, 2012; Behr et al., 2020; Luderer, 2020; Luderer, 2022; Hrobsky, 2023).⁵

⁵ Swildens hatte die Begriffe der primären und sekundären Inkongruenz erstmals 1991 verwendet, allerdings in einer völlig anderen Bedeutung. Primäre Inkongruenzen sind bei ihm internalisierte Widersprüche, die als Folge von Belastungen und Traumata in der frühen Kindheit auftreten, sekundäre Inkongruenzen entstehen in späteren Lebensabschnitten (Swildens, 1991).

2.4.2. Inkongruenzen bei Personen mit Alkoholkonsumstörungen

Bei der Entwicklung von Inkongruenzerleben spielt der Alkohol eine doppelte Rolle. Zum einen überdeckt er die vor Beginn des Trinkens entstandenen Inkongruenzquellen und verhindert das Erleben von Inkongruenzen (Speierer, 2012; S. 107, Bensel, 2003, 2010, 2012; Hrobsky, 2023), zum anderen entstehen durch psychosoziale und körperliche Folgen des Trinkens innere Widersprüche, deren Erleben wiederum durch Alkohol überdeckt werden kann. Die Tendenz vieler Betroffener, das Erleben von Inkongruenzen durch Konsum zu vermeiden und aktiv zu überdecken, bestimmt deren Leben über lange Zeit. Sie versuchen, wie oben ausgeführt, vor sich und anderen ein Selbstbild aufrechtzuerhalten, das sich in den Worten „Eigentlich ist alles noch in Ordnung“ zusammenfassen lässt. Je länger die betroffene Person dieses Bild aufrechterhält, umso länger trinkt sie, umso schwerer sind die körperlichen und psychischen Folgen. Auf der anderen Seite können viele Betroffene nicht dauerhaft die Augen vor den negativen Folgen ihres Konsums verschließen. Ein zentrales Ziel personenzentrierter Beratungen und Behandlungen ist es, diese Widersprüche bewusst zu machen, indem die beratende oder behandelnde Person Inkongruenzen anspricht und gemeinsam mit der betroffenen Person herausarbeitet (Fiedler, 1998): (1) Das Erleben von Entzugssymptomen wie Zittern, Übelkeit, Niedergeschlagenheit, sowie das Auftreten von körperlichen Folgekrankheiten wie Leberschaden oder Polyneuropathie kollidiert mit dem Anspruch der Person nach körperlichem Wohlbefinden. (2) Der störungsbedingt immer wieder erlebte Verlust der Selbstkontrolle ist kränkend und widerspricht dem im Selbstkonzept verankerten Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Autonomie. (3) Die sozialen Folgen, z. B. Schulden, Verlust des Arbeitsplatzes oder familiäre Konflikte kontrastieren mit dem Selbstbild, ein guter Ehemann, Vater und Mitarbeiter, oder eine gute Mutter, Ehefrau und im Beruf kompetent und anerkannt zu sein.

Diese sekundären Inkongruenzen sind für betroffene Personen häufig ein Anlass, wieder zu konsumieren, um die negativen Gedanken und Gefühle zu überdecken. Der Teufelskreis der Abhängigkeit kann sich auf diese Weise fortsetzen.

Zusammenfassend ist das Inkongruenzerleben von Personen mit Alkoholkonsumstörungen durch folgende Charakteristika gekennzeichnet:

- Frühe sozialkommunikative Inkongruenzquellen in Form eines von Bezugspersonen durch Beispiel vermittelten unvorsichtigen Umgangs mit Alkohol
- Belastungen und Traumata in Kindheit und Jugend als lebensereignisbedingte Inkongruenzquellen,
- biologische Inkongruenzquellen durch genetisch erhöhtes Risiko der Entwicklung einer Alkoholkonsumstörung,

- Entstehen sekundärer Inkongruenzen als Folge des Konsums von Alkohol und anderen Substanzen
- Versuche, diese Inkongruenzen möglichst nicht wahrzunehmen und durch weiteren Substanzkonsum zu überdecken.

2.4.3. Unterschiede zwischen biopsychosozialen Krankheitsmodell und Inkongruenzkonzept

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell beschreibt die Entstehung psychischer Störungen von außen. Das personzentrierte Modell der Inkongruenz hingegen lenkt den Blick auf das, was in der betroffenen Person geschieht. Wir erfahren von ihm, wie Betroffene innere Widersprüche, die Rogers „Inkongruenzen“ nennt, zunächst als diffuse Bedrohung erleben, und wie sich Inkongruenzen auflösen können, wenn die Betroffenen das erfahren, was ihnen früher gefehlt hat: von kongruenten Beziehungspersonen empathisch verstanden und vor allem ohne Vorbedingungen als Person angenommen zu werden. Ursprünglich war das von Rogers (1959) entwickelte Modell eine rein psychologische Theorie. Um mit dem biopsychosozialen Modell kompatibel zu werden, musste es um die biologische und die soziale Komponente erweitert werden.

Für das Erleben einer Störung sind jedoch nicht nur die möglichen Ursachen, sondern auch die Folgen der Störung bedeutsam. Deshalb ist es erforderlich, auch diese in Form der sekundären Inkongruenz in das personzentrierte Inkongruenzmodell einzubeziehen (Bensel, 2003; Luderer, 2020, 2022).

3. Personzentrierte Therapie der Alkoholkonsumstörung

3.1. Beziehungsaufbau und Motivation: Das Motivational Interviewing

Das in Abschnitt 1.1.5 angesprochene Phasenmodell der Motivation nach Prochaska & DiClemente (1982) trifft Aussagen zum Ablauf des Motivationsprozesses, sagt aber wenig über Möglichkeiten, ihn zu unterstützen. Mit dieser Frage setzt sich das Motivational Interviewing (Miller & Rose 2009; Miller & Moyers, 2017) auseinander, ein Ansatz der Beratung und Behandlung, der in den frühen 1980er Jahren entstand.

Der amerikanische Psychologe William R. Miller bildete im Rahmen der Vorbereitung einer Studie über Verhaltenstherapie bei Problemtrinkern neun Berater in der Technik des Selbstkontrolltrainings und in der Umsetzung von Empathie im Sinne von Rogers (1957, 1959) aus. Bei der Studie selbst schätzten drei Supervisoren sowohl die Empathie als auch die Qualität der Vermittlung der Selbstkontrolltechniken ein (Miller, Taylor & West, 1980). Zur Überraschung der Forschenden war

die Verwirklichung der Empathie für das Therapieergebnis wesentlich bedeutsamer als die Umsetzung der verhaltenstherapeutischen Technik. Die Unterschiede blieben auch zwei Jahre nach Therapiebeginn stabil (Miller & Baca, 1983).

Bei einem Seminar über verhaltenstherapeutische Techniken mit jungen Psychologinnen und Psychologen in Norwegen fiel den Teilnehmenden auf, dass Miller sich in Rollenspielen völlig anders verhielt als sie es erwartet hatten. Daraufhin begann Miller, ein neues Konzept der Gesprächsführung zu formulieren, das so anders war als das, was er bisher gelehrt hatte. Der zentrale Unterschied war die Empathie, die er im Gespräch mit Betroffenen sowohl dem „change talk“, dem von der betroffenen Person formuliertem Wunsch nach Veränderung als auch dem „sustain talk“, dem Wunsch nach Bewahren des Bestehenden entgegenbrachte.

Zu dieser Zeit war ein harter, konfrontierender Umgang mit Alkoholkranken üblich, in dem die beratenden und behandelnden Personen dem „sustain talk“ argumentativ widersprachen. Miller konnte jedoch zeigen, dass der „sustain talk“ sich abschwächte und der „change talk“ sich verstärkte, wenn er nicht aktiv in den Entscheidungsprozess der betroffenen Person eingriff. Miller bezeichnete das von ihm erstmals 1983 beschriebene Vorgehen des Motivational Interviewing als „empathic person-centered style“. Er bezog sich dabei auf zwei sozialpsychologische Modelle, die Theorie der kognitiven Dissonanz (Festinger, 1957) und die Theorie der Selbstwahrnehmung (Bem, 1967, 1972) und nur ein psychotherapeutisches Modell, die von Rogers (1957) formulierten „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ der Veränderung durch Psychotherapie.

Grundlegende Prinzipien des MI sind (Miller & Rose, 2009):

- Empathie zeigen: Eine wesentliche Aufgabe der beratenden oder behandelnden Personen besteht darin, bei den betroffenen Personen vor allem die Ambivalenz und die Tendenz zur Selbstrechtfertigung zu verstehen und zu akzeptieren.
- Diskrepanzen herausarbeiten: Alkoholkranken deuten innere Widersprüche (Inkongruenzen oder Diskrepanzen) im Gespräch meist nur ganz kurz an. Aufgabe der psychosozialen Fachkraft ist es dann, diese im Gespräch aufzugreifen und weiterzuentwickeln, ohne die betroffene Person durch eine Art Beweisführung in die Enge zu treiben.
- Mit Widerstand flexibel umgehen: Psychosoziale Fachkräfte sollen Ambivalenz und Widerstand als Symptom der Erkrankung betrachten und diesen Verhaltensweisen empathisch begegnen.
- Selbstwirksamkeit stärken: Zuversicht vermitteln, dass Veränderungen möglich sind.

1989 traf Miller in Australien Stephen Rollnick, der mit Miller das erste Lehrbuch des MI veröffentlichte (Miller & Rollnick, 1991) und sich für eine Erweiterung der Anwendungsfelder

einsetzte. Seitdem wird MI bei den unterschiedlichsten psychischen Problemen und Störungen und bei der Behandlung chronischer körperlicher Erkrankungen eingesetzt, z. B. bei der Rehabilitation von Herz- und Gefäßerkrankungen, der Diabetesbehandlung oder bei der Betreuung von Betroffenen mit Bluthochdruck. Auch außerhalb des Bereichs der Suchtbehandlung zeigte sich eine Synergie von MI und anderen Interventionen (Miller & Rose, 2009).

3.2. Inkongruenzen im Motivational Interviewing – der Begriff der Diskrepanzen

Das Ansprechen von Inkongruenzen ist ein wichtiger Bestandteil der personenzentrierten Beratung und Therapie. Das Motivational Interviewing verwendet an Stelle des Inkongruenzbegriffs den Begriff der Diskrepanzen (Miller & Rollnick, 2015, S. 285 ff.) und meint damit alle internalisierten Widersprüche aufgrund der Kluft zwischen dem gegenwärtigen und einem erstrebten Zustand. Insofern stellt sich im MI nicht die Frage, wie Diskrepanzen im Verlauf der menschlichen Entwicklung entstehen. Im MI geht es darum, Diskrepanzen zu erkennen, sie gemeinsam mit der betroffenen Person zu entdecken, anzusprechen und herauszuarbeiten („develop discrepancies“, Miller & Rose, 2009).

Herausarbeiten von Diskrepanzen: Im Kapitel über das Herausarbeiten von Diskrepanzen (Miller & Rollnick, 2015, S. 285 ff.) führen die Autoren Beispiele für innere Widersprüche auf, die ausschließlich sekundären Inkongruenzen entsprechen, d. h. Folgen gesundheitsschädigenden Verhaltens. Die meisten Beispiele beziehen sich auf die Folgen des Alkoholkonsums. Diese Inhalte spielen bei allen Substanzkonsumstörungen und auch bei den nicht stoffgebundenen Süchten eine wichtige Rolle, vor allem in der Motivationsphase der Behandlung. Da das MI sich, wie oben erwähnt, als Kurzintervention versteht, ist es durchaus sinnvoll und nachvollziehbar, dass es sich überwiegend auf sekundäre Inkongruenzen konzentriert. Personen mit Substanzstörungen stellen sich die Frage, ob sie ihren Konsum ändern sollen, immer vor dem Hintergrund der Konsumfolgen.

Natürlich spielen auch primäre Inkongruenzen bei Alkoholkonsumstörungen eine bedeutsame Rolle, gerade bei Betroffenen mit schweren Belastungen und Traumata in der Vorgeschichte. In späteren Phasen der Therapie haben Betroffene in der Regel das Bedürfnis, sich auch mit der Frage zu beschäftigen, wie sie in den Konsum hineingeraten sind, und welche Rolle dabei ihr Leben vor dem Konsum spielt. In der personenzentrierten Beratung und Therapie ist es deshalb wichtig, beide Bereiche im Blick zu behalten.

Die Formulierung „Veränderung ist nur dann möglich, wenn die Menschen spüren, dass sie so akzeptiert werden, wie sie sind.“ (Miller & Rollnick, 2015, S. 289) macht die personenzentrierte Verwurzelung des MI deutlich. Miller und Rose (2009) prägten hierfür die Bezeichnung „MI Spirit“.

3.3. Erweiterung des Spektrums der Interventionen

Inzwischen erweiterten Miller, Rollnick und andere im Bereich des MI tätige Personen das Spektrum der Interventionen. Alle Interventionen ordneten sie vier Prozessen zu: Beziehungsaufbau, Fokussierung, Evokation und Planung (Miller & Rollnick, 2013, 2015). Der **Beziehungsaufbau** legt das zwischenmenschliche Fundament für den weiteren Prozess, in dem sich die betroffenen Personen als aktiv Teilnehmende erleben sollen. Voraussetzung dafür sind Empathie und Akzeptanz der helfenden Person, bei der Motivation vor allem gegenüber der Ambivalenz der Betroffenen und ihrer Tendenz zur Selbstrechtfertigung. **Fokussierung** bedeutet die Suche nach gemeinsamen Zielen. Der erste Schritt dieser Suche ist es, die Ziele der betroffenen Person nachzuvollziehen und darüber mit ihr ins Gespräch zu kommen. Die **Evokation**, d. h. der Prozess der Auseinandersetzung mit der Ambivalenz ist der Kern des MI. Bei dieser spielt das Herausarbeiten von Diskrepanzen, d. h. das Ansprechen von Inkongruenzen, eine entscheidende Rolle. Alle anderen Aspekte der Evokation – das Akzeptieren von Ambivalenz, das Fördern von change talk und das Bewahren einer neutralen Haltung – bereiten das Herausarbeiten von Diskrepanzen bzw. Inkongruenzen vor. Der Prozess der **Planung** dient der Vorbereitung von Veränderungen, die auf keinen Fall zu früh beginnen sollten. Den Weg einer Veränderung können betroffene und helfende Person erst planen, wenn sich die betroffene Person für ein bestimmtes Ziel entschieden hat.

Bei allen Prozessen spielen fünf Kernkompetenzen eine entscheidende Rolle: Offene Fragen stellen, würdigen, reflektieren, zusammenfassen sowie Informationen geben und Ratschläge erteilen (Miller & Rollnick, 2015, S. 51 ff.). Würdigen, Reflektieren und Zusammenfassen können als Teilaspekte empathischer Reaktionen verstanden werden. Informationen geben und Ratschläge erteilen werden im MI als Interventionen verstanden, die nicht lenkend, sondern unterstützend sind. Sie dürfen im MI erst dann eingesetzt werden, wenn die jeweils helfende Person weiß, dass diese von der jeweils betroffenen Person gewünscht werden (Miller & Rollnick, 2015).

Die 4. Auflage des Buchs (Miller & Rollnick, 2023) wurde umbenannt und heißt jetzt „Motivational Interviewing – Helping people change and grow“. Der Text wurde völlig neu geschrieben, die Beschreibung wurde übersichtlicher gestaltet, die Elemente des MI blieben die gleichen. Erweitert wurde

das Spektrum der Indikationen, das jetzt unter anderem allgemeine Gesundheitsversorgung, Bildungswesen, Coaching und Management umfasst. Vor allem soll der Einsatz von MI bei allen Indikationen den gesamten therapeutischen Prozess umfassen, nicht nur die ersten Schritte der Therapie (Brown & Miller, 1993; Bien, Miller & Boroughs, 1993).

Die folgende Fallvignette soll das personenzentrierte Vorgehen beim ersten Kontakt mit einer betroffenen Person erläutern. Die geschilderte Situation ist ausgesprochen typisch: ein Mann verbringt eine Nacht wegen einer Alkoholintoxikation in einem Krankenhaus, es ist offensichtlich, dass bei ihm alkoholbedingte Probleme bestehen. Die vorgeschlagenen verbalen Interventionen sind selbstverständlich nur eine von vielen möglichen Varianten.

Fallvignette

Ein 45-jähriger Fliesenleger, der wegen einer Alkoholvergiftung eine Nacht im örtlichen Krankenhaus behandelt werden musste, kommt am folgenden Tag nach entsprechendem Rat der behandelnden Ärztin und des Sozialdiensts in die Suchtberatungsstelle. Er berichtet:

„Gut, ich gebe zu, an diesem Abend war es zu viel. Aber das Gerede wegen dem Alkohol kann ich trotzdem nicht mehr hören. Mein Chef – eigentlich ist er ja ganz in Ordnung – hat mir auch schon gesagt, ich bin ein Alkoholiker und ich muss eine Therapie machen, ansonsten wirft er mich raus. Ich weiß nicht, ich halte das alles für völlig übertrieben. Gut, es stimmt, in letzter Zeit war es vielleicht etwas viel, und ich zitterte etwas am Morgen, aber das ist doch kein Drama. Wenn ich eine Flasche Bier trinke, bin ich wieder fit, und ich bin ein guter Arbeiter, das hat er auch gesagt. Meine Frau sagt zwar auch, dass ich zu viel trinke, aber die regt sich sowieso wegen jedem Dreck auf.“ (Behr et al., 2020, S. 331 f.).

A. Beziehungsaufbau: Ambivalenzen ansprechen

Mögliche Gesprächseröffnung: Das Gefühl, dass alle maßlos übertreiben

Die Situation zusammenfassen

„Wenn ich das, was geschehen ist, richtig verstanden habe, kommen Sie gerade aus dem Krankenhaus. Sie sind dort behandelt worden, weil sie gestern zu viel getrunken haben, und die Mitarbeitenden dort haben Ihnen geraten, hierher zu kommen. Jetzt geht es Ihnen wieder gut, Sie sind hier in der Suchtberatungsstelle, und Sie wissen nicht so recht, was Sie hier sollen. Habe ich das richtig verstanden?“

Das Gefühl ansprechen, dass Andere die Situation viel ernster sehen als die betroffene Person.

„Alle sprechen vom Alkohol, und eigentlich haben Sie das Gefühl, dass die ganze Aufregung überzogen ist?“

B. Fokussierung

Ambivalenzen unmittelbar benennen

„Einerseits werden Sie gerade von mehreren Seiten mit Ihrem Trinkverhalten konfrontiert, andererseits sind Sie darüber genervt.“

C. Evokation (Auseinandersetzung mit der Ambivalenz)

Einzelne Diskrepanzen (Inkongruenzen) ansprechen, Antworten der betroffenen Person abwarten und darauf empathisch reagieren, aber auf keinen Fall ihre Aussagen inhaltlich bestätigen:

„Ihren Worten entnehme ich, dass es gestern dann doch zu viel war.“ Mögliche Ergänzungsfrage: „Wissen Sie, wie Sie ins Krankenhaus gekommen sind? Erinnern Sie sich, wie es Ihnen dort gegangen ist?“

„So ganz wohl fühlen Sie sich körperlich nicht. Zittern am Morgen ist ja nicht so angenehm?“

„Ihr Chef, sagen Sie, ist eigentlich in Ordnung. Und auch er macht sich Sorgen um Sie?“

Diskrepanzen zusammenfassen

„Ich höre von Ihnen, dass es derzeit in drei wichtigen Bereichen Ihres Lebens nicht wirklich rund läuft. Da sind die unangenehmen körperlichen Erfahrungen, die Sie machen. Sie waren eine Nacht wegen einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus, Ihr Chef droht Ihnen die Kündigung an und Ihre Frau ist häufig ungehalten. Da stehen Sie ja von vielen Seiten gehörig unter Druck. Gleichzeitig möchten Sie aber den Alkoholkonsum erst einmal nicht verändern. Ich überlege, wie ich Ihnen helfen kann, auch um erst einmal etwas von dem Druck herauszunehmen. Das ist ja gerade alles sehr belastend für Sie.“

Informationen zur Diagnose anbieten

„An meinen Fragen merken Sie ja, dass ich mir, genau wie Ihr Chef, Sorgen um Sie mache. Ich frage mich, ob es Ihnen helfen würde, wenn ich aus meiner Sicht als Suchtberater versuche, Ihre Erfahrungen mit dem Alkohol einzuordnen?“ Bei entsprechender Zustimmung: „Sollen wir uns einmal den Befundbericht des Krankenhauses anschauen?“ Wenn er damit einverstanden ist und den Bericht gelesen hat: „Haben Sie Fragen zu dem was die Ärztin da geschrieben hat?“

D. Planung:

Informationen zur Therapie anbieten (nicht zu früh)

„Ich überlege mir, was Ihnen in der aktuellen Situation helfen könnte. Es gibt eine Reihe von Hilfsangeboten, die ich Ihnen gerne erst einmal vorstellen kann.“

Bei Zustimmung: Soll ich Ihnen erläutern, welche Möglichkeiten ich für Sie sehe?

3.4. *Das motivational Interviewing als wirksamste psychosoziale Einzelmaßnahme*

Gerade im Rahmen psychosozialer Behandlungen der Alkoholabhängigkeit ist es wichtig, Krankheitseinsicht und Motivation nicht nur zu Beginn, sondern auch im Verlauf der Therapie immer wieder zum Thema zu machen, in Erinnerung zu rufen, zu fördern und zu erhalten. Im Rahmen der Gesamtbehandlung – und nicht nur in der Motivationsphase – ist MI die wirksamste psychotherapeutische Einzelmaßnahme, d. h. die Einzelmaßnahme mit dem höchsten Evidenzgrad (DGPPN & DG Sucht, 2020, S. 340 ff.). Deshalb wird der Einsatz des MI in allen nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen.

3.5. *Inhalte beratender oder therapeutischer Gespräche*

Bei der Beratung und Behandlung von Personen mit Alkoholkonsumstörungen müssen helfende Personen mit Verhaltensweisen rechnen, die den Aufbau einer förderlichen Beziehung erschweren: Misstrauen, Ambivalenz, Selbstüberschätzung und Selbstrechtfertigung. Immer wiederkehrende Inhalte beratender und therapeutischer Gespräche sind Schuld- und Schamgefühle sowie die selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln (sekundäre Inkongruenzen), die Funktionalität des Alkohols (primäre Inkongruenzen) und der Umgang mit Rückfällen (Behr et al., 2020, S. 343 ff.; Fiedler, 2012; Finke, 2012).

3.5.1. *Misstrauen gegenüber helfenden Personen*

Es ist nicht selbstverständlich, dass Suchtkranke den beratenden und behandelnden Fachkräften einen Vertrauensvorschuss entgegenbringen. In der Regel müssen sich diese das Vertrauen der Betroffenen erarbeiten. Vor allem zu Beginn der Beratung oder Behandlung müssen sie damit rechnen, dass diese ihre Lage nicht wahrhaben wollen, sich schämen oder aus anderen Gründen nicht die ganze Wahrheit erzählen. Psychosoziale Fachkräfte werden nicht von vorneherein als Verbündete angesehen, sondern manchmal auch als Gegner (Beck et al., 1993, S. 54 ff.). Zur Empathie und Akzeptanz beim Beziehungsaufbau gehört deshalb die Fähigkeit, Misstrauen von Seiten der Betroffenen nicht als Angriff auf die eigene Person zu verstehen.

Oft versuchen Betroffene, den eigenen Alkoholkonsum zu verbergen, vor allem bei Rückfällen. Wenn dies nicht möglich ist, versprechen sie Besserung, die aber nicht eintritt. Empathie und Akzeptanz bedeuten, diese Verhaltensweisen klar zu benennen, ohne sie den Betroffenen vorzuwerfen.

3.5.2. *Selbstüberschätzung*

Viele Betroffene fassen den Entschluss, mit dem Trinken aufzuhören und erklären, so schwer könne das doch nicht sein.

In der Regel unterliegen sie damit einem Irrtum. Empathie bedeutet in diesem Zusammenhang, sie in diesem Irrtum zu begleiten und nicht durch drängende Überzeugungsversuche Brücken abzurechen.

3.5.3. *Selbstrechtfertigung*

Manche Betroffene erklären sich und anderen Personen, warum sie trinken oder getrunken haben, wobei diese Erklärungen in der Regel den Charakter von Rechtfertigungen haben. Aufgabe helfender Personen ist es dann, die in diesen Erklärungen enthaltenen Inkongruenzen bzw. Diskrepanzen aufzuzeigen und herauszuarbeiten (Behr et al., 2020, S. 344).

3.5.4. *Schuld- und Schamgefühle*

Zu den Themen, die regelmäßig in Suchtbehandlungen auftreten, zählt die Auseinandersetzung mit Schuld- und Schamgefühlen. Häufig erfahren die Betroffenen Ablehnung von anderen, ihnen unbekanntenen Personen, aber auch von den eigenen Angehörigen. In zahlreichen repräsentativen Befragungen zum Stigma psychischer Erkrankungen (Kilian et al. 2021; Schomerus et al., 2011) wurde deutlich, dass viele Menschen psychisch kranken Personen mit Ablehnung oder zumindest mit Vorsicht begegnen. In den letzten dreißig Jahren ist das Ausmaß sozialer Ablehnung gegenüber Personen mit depressiven Erkrankungen geringer geworden, bei Schizophrenien hat es jedoch zugenommen. Besonders ausgeprägt und teilweise sogar ansteigend ist die Ablehnung gegenüber Betroffenen mit Substanzkonsumstörungen (Pescosolido et al., 2021). Die Ablehnung von Seiten der nächsten Bezugspersonen steht in der Regel in Zusammenhang mit ihrem von den Bezugspersonen erlebtem Verhalten, v. a. im Rausch. Das führt zu ausgeprägten Selbstvorwürfen, die nicht selten Anlass zu weiterem Konsum geben und die Aufnahme und das Aufrechterhalten von Beratungen und Behandlungen erschweren.

Angesichts dieses Teufelskreises ist es von zentraler Bedeutung, was die Betroffenen anderen Personen angetan haben, zum Thema beratender und therapeutischer Gespräche zu machen. Gerade bei diesem Thema sollte das Verhalten helfender Personen dem Prinzip der empathischen und akzeptierenden Konfrontation folgen, um die selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln und die Entwicklung der Selbstempathie zu fördern.

3.5.5. *Ambivalenz*

Viele Betroffene sind oft hin und her gerissen: einerseits wollen sie ihre Lage nicht wahrhaben („Eigentlich ist doch alles noch in Ordnung“). Sie spüren oder wissen aber andererseits, dass irgendetwas nicht stimmt. Psychosoziale Fachkräfte müssen in der Lage sein, diese Ambivalenz einerseits wahrzunehmen

und zu akzeptieren, sie aber dennoch klar anzusprechen (Behr et al., 2020, S. 331, S. 343).

Die Idee der selbstkritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Ambivalenz in Hinblick auf das Therapieziel der Abstinenz prägte und prägt auch das in den 1930er Jahren entwickelte 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker (AA). Bereits der erste Schritt betont die Machtlosigkeit gegenüber dem Suchtmittel. Der Ausstieg aus dem Kampf gegen die Sucht ist die Grundlage für die weiteren Schritte der Veränderung. Diese fokussieren eine „furchtlose innere Inventur“ sowie eine Beziehungsklärung zu dem bedeutsamen persönlichen Umfeld (Anonyme Alkoholiker, 2011). In dem Selbsthilfekonzzept der AA bildet sich die Erfahrung ab, dass nur durch eine Veränderung persönlicher Wertmaßstäbe, innerer Einstellungsmuster und zwischenmenschlicher Beziehungen eine zufriedene Abstinenz erreichbar ist. Wenn sie gelingt, bedeutet das einen Gewinn an Lebensqualität.

3.5.6. Akzeptieren der Sucht

Sucht bedeutet Kontrollverlust. Das zu akzeptieren ist in der Regel eine kränkende und schmerzliche Erfahrung für die Betroffenen. In einer neuen, veränderten Sicht des Suchtgeschehens öffnet sich allerdings der Weg für eine stabil in der Person gründende Abstinenz. Entscheidend ist, dass die betroffene Person selbst zu dieser veränderten Betrachtungsweise ihrer Symptome und des Umgangs mit ihnen findet. Folgt sie lediglich äußeren Vorgaben bzw. von anderen übernommenen und verinnerlichten Normen, setzt sie den inkongruenten Umgang mit sich fort. Er orientiert sich dann nicht an den eigenen inneren Bedürfnissen und Motiven, sondern an vorgegebenen Entwürfen. Solche „Anpassungsleistungen“ sind bei Abhängigkeitskranken eher die Regel als die Ausnahme. Aufgabe des Therapeuten ist es, die sich darin ausdrückenden Befürchtungen, Ängste sowie Bedürfnisse und Wünsche angemessen zu verdeutlichen. Gleichzeitig gilt es aber auch die Erweiterung der Autonomie des Gegenübers zu betonen und ihren Ausbau zu unterstützen.

Die Entwicklung von Einsichten, die in der Person begründet sind, braucht ihre Zeit. Sie setzen eine Grundhaltung des Therapeuten voraus, die gekennzeichnet ist durch ein „Ja zur Person und ein Nein zum Suchtmittel“ (Feselmayer & Beiglböck, 2013). So gesehen wird auch ein nach seinem Selbstverständnis personenzentriert arbeitender Therapeut nicht ohne ein Wertesystem die Suchtbehandlung durchführen. Es sei daran erinnert, dass es kein Widerspruch ist, seinen Klienten offen und ohne Wertung zu begegnen, aber gleichzeitig sich bestimmten Grundsätzen verbunden zu fühlen. Das sich im Falle der abstinenzorientierten Suchttherapie daraus ableitende Therapieziel der dauerhaften Suchtmittelfreiheit sollte allerdings

den betroffenen Personen eindeutig vermittelt werden. Ist eine abstinenzorientierte Therapie zum aktuellen Zeitpunkt nicht erreichbar, kann ein reduzierter Konsum mit niedrigerem Risiko für Folgeschäden einen zeitlich begrenzten oder auch längerfristigen Kompromiss darstellen.

3.5.7. Empathie bei aggressivem Verhalten

Manche Betroffene können aggressiv sein, vor allem, wenn sie getrunken haben. Diese Aggressionen reichen von verbaler Ausfälligkeit, Hineingeraten in und Anzetteln von Schlägereien bis hin zur Gewalt in Familien. Diese Verhaltensweisen sollten im Rahmen von Beratung und Therapie klar missbilligt werden, ohne dabei die aggressive alkoholkrankte Person als solche abzulehnen.

Vor allem bei schweren Gewalthandlungen gegenüber anderen Personen ist ein Minimum an Bereitschaft zur Selbstkritik Voraussetzung für ein empathisches Gespräch, bei dem die Gedanken und Gefühle der Gewalt ausübenden Personen im Vordergrund stehen.

3.5.8. Kein bedingungsloses Wertschätzen aller Handlungen

Ein wichtiges personenzentriertes Prinzip ist es, Gedanken, Gefühle und Wünsche betroffener Personen zu akzeptieren und Konsum als Symptom der Krankheit zu sehen. Die Regel des bedingungslosen Akzeptierens gilt aber nicht für alle Handlungen, vor allem nicht für solche, bei denen andere Personen geschädigt werden. Hierzu zählen z. B. der gemeinschaftliche Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen in Krankenhäusern und Beratungsstellen oder Aggressionshandlungen. Psychosoziale Fachkräfte sollten zudem Unterstützung beim Vertuschen von Suchtmittelkonsum oder Gesetzesverstößen verweigern. Das heißt allerdings nicht, dass diese Verhaltensweisen zum Abbruch der Beratung oder Behandlung führen müssen.

3.5.9. Die Funktionalität des Alkoholkonsums

Meist wird es erst im weiteren Verlauf der Suchtbehandlung möglich sein, die primären Inkongruenzquellen zum Thema zu machen. Dazu zählen beispielsweise Erinnerungen an psychosoziale Belastungen und Traumata vor der Entwicklung der Sucht, an den von Beziehungspersonen vorgelebten gedankenlosen Umgang mit Alkohol oder an andere schlechte Vorbilder, an geringes Selbstwertgefühl, Ängste und an depressive Symptome.

Wie bei jeder personenzentrierten Beratung und Behandlung stehen das Erkennen und Herausarbeiten der Inkongruenzen mit dem Ziel ihrer Bewältigung im Vordergrund. In diesem Zusammenhang wird es für die Person zunehmend klarer, wofür

und wogegen sie den Alkohol eingesetzt hat. Vor allem haben die Betroffenen die Möglichkeit, sich mit klarem Kopf den Belastungen und Traumata zuzuwenden, die sie vorher mit Alkohol und eventuell anderen Substanzen überdeckt haben.

3.5.10. Rückfälle erkennen und ansprechen

Ein Thema, das in jeder Suchtbehandlung Raum finden muss, sind die Erfahrungen mit und die Ängste vor Rückfällen. Wenn die betroffenen Personen Vorboten eines Rückfalls frühzeitig erkennen und auf den Umgang mit Rückfallgefahren oder Rückfällen vorbereitet sind, können sie in solchen Situationen dabei handlungsfähig bleiben. Wer sich rational und emotional für den Weg der Abstinenz entschieden hat, wird bestrebt sein, Rückfälle zu vermeiden, gleichzeitig aber auch damit rechnen solche zu erleben. Die von manchen Betroffenen vertretene Überzeugung, nach einem Rückfall sei das erneute Abgleiten in den Suchtkreislauf unvermeidlich, lähmt sie in Situationen, in denen sie durchaus noch die Möglichkeit haben, Schlimmeres zu verhindern.

Seitens der helfenden Personen ist es wichtig auf Vorboten eines Rückfalls zu achten, diese zu benennen und zu signalisieren, dass die Betroffenen drohende und erst recht eingetretene Rückfälle immer zum Thema machen sollen. Das ist nur möglich, wenn die helfenden den betroffenen Personen aufgrund eines Rückfalls keine Vorwürfe machen. Es ist immer wieder erstaunlich, wie hartnäckig sich im Erleben der Betroffenen die Einstellung hält, sie würden von ihren Therapeuten für einen Rückfall verurteilt und abgelehnt. Dazu hat sicher auch eine langjährige Behandlungspraxis beigetragen, rückfällige Betroffene sofort aus der jeweiligen therapeutischen Maßnahme zu entlassen und damit den Eindruck zu vermitteln, Rückfälle erforderten eine unmittelbare und harte Strafe.

3.5.11. Rückfälle als Anlass zum Abbruch der Beratung oder Behandlung von Seiten der Institution

In Kliniken wurden Patienten früher oft bereits nach dem ersten kurzen Rückfall „disziplinarisch“ entlassen. Diese Praxis wurde in den vergangenen Jahren geändert. Zum einen wird der Begriff der disziplinarischen Entlassung zunehmend kritisch gesehen, weil eine Klinik ein Ort der Behandlung und nicht der Disziplinierung ist. Zum anderen brauchen die Betroffenen nach einem Rückfall besondere Unterstützung, um das Geschehnis schnell beenden zu können. Schließlich verstärkt eine „Strafmaßnahme“ wie die „disziplinarische“ Entlassung die Tendenz der Betroffenen, sich die Rückfälle vorzuwerfen. Das wiederum kann zum nächsten Rückfall führen.

Auf der anderen Seite sollen Kliniken so weit als möglich suchtmittelfreie Räume sein. Wiederholte Rückfälle können dort Risiken für andere Betroffene darstellen und so das Klima

des Bemühens um das gemeinsame Ziel der Abstinenz gefährden. Dies scheint bei opiatabhängigen Patienten noch ausgeprägter zu sein als bei anderen Suchtkranken. Deshalb wird die Behandlung bei dieser Gruppe von Betroffenen oft schon beim ersten Rückfall auf Veranlassung der Klinik beendet. Viele Kliniken bieten aber Wiederaufnahmetermine an.

Bei ambulanten Beratungen und Behandlungen ist es wesentlich besser möglich, Rückfälle zu akzeptieren, da andere Betroffene hierdurch nicht gefährdet werden. Hier gilt die oben angesprochene Regel, Betroffene nicht fallen zu lassen und den Kontakt bei Rückfällen nicht abbrechen zu lassen.

3.5.12. Empathie gegenüber Angehörigen

Angehörige leiden unter trinkenden Familienmitgliedern auf verschiedene Weise (Behr et al, 2020, S. 346; Heinz, 2012). Alkoholranke Väter oder Mütter nehmen nicht mehr am Familienleben teil. Sie fallen als Ehepartner und als Elternteil in vielerlei Hinsicht aus. Eines der Kinder, oft die älteste Tochter, übernimmt einen Teil der Elternrolle, obwohl eigentlich sie selbst elterliche Zuwendung und Sorge benötigt.

Alkoholranke Väter werden nicht selten gewalttätig gegenüber Frau und Kindern. Die Mütter sind dann oft hilflos und versuchen, trinkende Väter gegenüber Außenstehenden zu schützen. Wenn Kinder die Aggressionshandlungen des eigenen Vaters miterleben oder selbst zu Opfern werden, leben sie in ständiger Angst vor weiterer Gewalt.

In dieser Situation ist nicht nur empathische Zuwendung erforderlich. Die betroffenen Angehörigen benötigen konkrete Hilfen wie z. B. die Möglichkeit, in einem Frauen- und Kinderschutzhaus unterzukommen und Beratung über die weiteren Möglichkeiten zu erhalten.

Es muss jedoch damit gerechnet werden, dass die von familiärer Gewalt betroffenen Frauen nach einer gewissen Zeit wieder zu ihren Männern zurückkehren und das Leben weitergeht wie zuvor. Für psychosoziale Fachkräfte ist es oft nicht leicht, das hinzunehmen und die betroffenen Familien auch weiterhin empathisch zu begleiten, wenn diese es wünschen.

3.5.13. Weitere Elemente der Beratung und Therapie

Körperpsychotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie: Die meisten Therapien arbeiten mit dem Medium der Sprache. Körperpsychotherapeutische Modelle (Kern, 2012) lenken den Blick der Betroffenen auf ihren Körper, Kunst- und Musiktherapie auf die Wahrnehmung und Gestaltung mit optischen und akustischen Mitteln (DGPPN, DG Sucht, 2020, S. 328, 354 ff.). Sie können die Möglichkeit eines nichtsprachlichen Zugangs zum Erleben der betroffenen Personen eröffnen.

Psychoedukation im Einzel- und Gruppensetting, Einbeziehung von Informationen in die Behandlung: Die

Grundidee der Psychoedukation bei Alkoholkranken ist es, die Betroffenen über die Alkoholkonsumstörung zu informieren, gemeinsam mit den Betroffenen ein sinnvolles Krankheitskonzept zu entwickeln und die Bereitschaft zur Veränderung auf der Basis gemeinsam erarbeiteten Wissens zu fördern.

Bei alkoholgefährdeten Personen haben pädagogische Vorgehensweisen, die sich an diesen Gedanken orientieren, unter anderem in der Präventionsarbeit eine lange Tradition. Ein Beispiel hierfür sind die zahlreichen Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) und die Merkblätter der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).

Informationsvermittlung in Gruppen ist seit langem ein Element der Beratung und Behandlung Suchtgefährdeter und Suchtkranker. Betroffene beziehen Sachinformationen jedoch häufig nicht auf sich und ihr Leben. Deshalb ist es sinnvoll, den Sachthemen von Psychoedukationsgruppen systematisch Inhalte emotionalen Erlebens zuzuordnen. Dabei werden gerade solche Erfahrungen angesprochen, die die Betroffenen nicht wahrhaben wollen und deren sie sich schämen. Luderer (2016) schlug u. a. folgende Kombinationen vor:

- Sachinhalt: Normales Trinken, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit. Emotionale Inhalte: Erleben von Craving („Suchtdruck“), Selbstrechtfertigung.
- Sachinhalt: Alkoholwirkung, Alkoholrausch. Emotionaler Inhalt: Verhalten im Rausch (Rückzug, Aggression), positive Rauscherfahrungen.
- Sachinhalt: Körperliche Alkoholfolgeerkrankungen. Emotionaler Inhalt: Umgang mit dem eigenen Körper.
- Sachinhalt: Rückfälle. Emotionale Inhalte: Umgang mit Versuchungssituationen, Erleben von Suchtdruck, Vermeiden von Rückfällen, Verhalten bei drohendem Rückfall, Verhalten bei beginnendem Rückfall. Gefahr der Selbstüberschätzung oder des Nicht-wahrhaben-Wollens eines drohenden oder beginnenden Rückfalls.

Die emotionalen Inhalte helfen den Betroffenen, sich aktiv an den Psychoedukationsgruppen zu beteiligen und ihr Erleben später in Psychotherapiegruppen und Einzelgespräche einzubringen (Luderer, 2016).

Andere Formen der Gruppenarbeit in der Suchttherapie:

Bei der Beratung und Behandlung von Substanzkonsumstörungen spielt die Gruppenarbeit auch außerhalb der Psychoedukation eine zentrale Rolle. Dabei gibt es kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen mit dem Ziel einer Veränderung von Denk- und Verhaltensmustern, und Gruppen, bei denen die Teilnehmenden die Möglichkeit haben, in freier Form ihr Leben mit dem Alkohol und ihr Leben vor Beginn des übermäßigen Trinkens zu thematisieren.

Die freieren Formen von Gruppen arbeiten mit den Wirkfaktoren des interaktionellen Prozesses von gleichermaßen

betroffenen Individuen, die sich gegenseitig unterstützen. Dadurch können sie dazu beitragen, die Entwicklung von konstruktiven Einstellungen und Grundhaltungen, die der Bewältigung der Suchterkrankung förderlich sind, zu unterstützen. Die therapeutische Situation kann sowohl ein Abbild als auch ein Übungsfeld für die Situationen des realen Lebens werden (Bensel, 2012, 2003). Durch die Rückmeldungen der anderen Teilnehmenden erfährt das einzelne Gruppenmitglied eine intensive Spiegelung der eigenen Einstellungen, Kompetenzen und Defizite. Die therapeutische Gruppe ist somit ein Erfahrungsfeld für das Selbst in der sozialen Interaktion. Neben dieser effektiven und von hoher Echtheit und Verbindlichkeit gekennzeichneten Selbsterfahrung bietet sich die Gruppe auch als Erprobungsraum für neue oder in den Hintergrund geratene soziale Fähigkeiten des Einzelnen an.

Über das Erleben mitfühlenden Verstehens durch andere Teilnehmende oder idealerweise durch die Gruppe als Ganzes, kommt das personenzentrierte Therapieprinzip der Empathie auf tiefgreifende und besonders eindrückliche Weise zum Ausdruck. Gleiches bewirkt die in der Regel zu beobachtende solidarische, gegenseitige Hilfestellung innerhalb der therapeutischen Gruppe. Von zentraler Bedeutung ist schließlich auch die Möglichkeit sich mit anderen, gleichermaßen Betroffenen identifizieren zu können und zu erkennen dass es anderen ebenso geht. Yalom (1995) spricht in diesem Zusammenhang von der Erfahrung der „Universalität des Leidens“ und erfasst damit einen grundlegenden Wirkfaktor von Therapie aber auch von Selbsthilfegruppen im Bereich der Suchttherapie. Das Gefühl, bei gleichermaßen Betroffenen angekommen zu sein, sich für sein Verhalten und seine Erkrankung nicht rechtfertigen zu müssen, zu erfahren, dass andere Teilnehmende das verstehen, was andere nur schwer oder gar nicht begreifen können, bedeutet eine intensive Erfahrung von Wertschätzung und Akzeptanz (Bensel, 2003, 2012).

Voraussetzung für förderliche Entwicklungsbedingungen ist jedoch eine spezifische Atmosphäre innerhalb der Gruppe. Hierbei ist die leitende Person gefordert, ein entsprechendes Gruppenklima aktiv gestaltend in die Wege zu leiten, d. h. einen Prozess zu gestalten, der Achtsamkeit, Einfühlungsvermögen und Authentizität gegenüber dem Einzelnen und der Gemeinschaft betont. Diese Haltung sollte Modell sein für den Umgang der Teilnehmenden miteinander, sodass eine der Gemeinschaft inhärente, wachstumsfördernde Energie frei werden kann. Konstruktive Gruppenprozesse dieser Art werden von den Teilnehmenden gewöhnlich auch als solche wahrgenommen und äußern sich in dem Erleben, in der jeweiligen Gemeinschaft gut aufgehoben zu sein. Das macht ihnen Mut, jene Seiten zum Ausdruck bringen, die sie anderen gegenüber bisher verborgen haben. Rogers (1970, S. 51) sieht die zentralen Aufgaben

der Gruppenleitung („facilitator“) darin, gegenüber den einzelnen Gruppenmitgliedern positiv zugewandt, empathisch und kongruent zu sein und vor allem Sicherheit zu vermitteln („I wish very much to make the climate psychologically safe for the individual.“). Dies gilt auch und besonders für Gruppen von Personen mit Substanzkonsumstörungen.

4. Fazit

In dem vorliegenden Beitrag wird zunächst das Störungsbild der Alkoholkonsumstörung dargestellt und dabei Trinkmuster, Epidemiologie, Komorbidität und die Entwicklung vom vermehrten Trinken bis hin zum Abhängigkeitssyndrom thematisiert. Dabei wurde das Bemühen der Betroffenen aufgezeigt, zunächst vor den sich langsam einstellenden Folgen des Konsums die Augen zu verschließen und das Bild aufrechtzuhalten, alles sei noch in Ordnung.

Die Darstellung der Folgen des Alkoholkonsums verdeutlicht, auf welche Weise Alkoholkonsumstörungen Lebensqualität für Betroffene und Angehörige sowie eigene Lebensjahre kosten.

Bei der Darstellung von Beratung und Therapie wurden Therapieziele, Motivationsprozesse und das Erleben von inneren Widersprüchen (Inkongruenzen) zwischen Selbstbild und Erfahrung diskutiert. Dabei ist es sinnvoll, zwischen zwei Gruppen von Inkongruenzquellen zu unterscheiden: Belastungen und Traumata, die in den Alkoholkonsum hineinführen (primäre Inkongruenzen), und Folgen des vermehrten Trinkens, wie z. B. Probleme in der Familie, bei der Arbeit, bei sozialen Kontakten und nicht zuletzt das Erleben körperlicher Folgen (sekundäre Inkongruenzen). Betroffene neigen dazu, das Erleben primärer und sekundärer Inkongruenzen durch Alkoholkonsum zu unterdrücken, d. h. die Augen vor den früheren Problemen und vor den Folgen des Trinkens zu verschließen.

Inhalte beratender und therapeutischer Gespräche können viele Bereiche umfassen: Misstrauen der Betroffenen gegenüber helfenden Personen, Ambivalenz gegenüber Veränderungen, Selbstüberschätzung, Selbstrechtfertigung sowie Schuld- und Schamgefühle. Schließlich wurde die Empathie gegenüber Angehörigen, den Umgang mit Rückfällen und weitere Elemente der Therapie angesprochen. Insgesamt wurde in dieser Arbeit aufgezeigt, wie es möglich ist, gegenüber Personen mit schweren Alkoholkonsumstörungen empathisch, akzeptierend und kongruent zu sein und zu bleiben.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe.
- Anonyme Alkoholiker (Hrsg.) (2011). *Anonyme Alkoholiker – Ein Bericht über die Genesung alkoholkranker Männer und Frauen*. Marktoberdorf: Schnitzerdruck.
- Antons K. & Schulz, W. (1976). *Normales Trinken und Suchtentwicklung*. Bd. 1. Hogrefe.
- Bachmeier, R.; Feindel, H.; Herder, F.; Kemmann, D.; Kersting, S.; Lange, N.; Medenwaldt, J.; Mielke, D.; Missel, P.; Premper, V.; Schneider, B.; Strie, M.; Verstege, R.; Kreutler, A. & Weissinger, V. (2017). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell (1)*, 53–69.
- Beck, A. T.; Wright, F. D.; Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. The Guilford Press.
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). Störungen durch Alkohol und andere psychotrope Substanzen. In: Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). *Gespräche hilfreich führen. Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen*, S. 331–359. Beltz-Juventa.
- Bem, D. J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review* 74, 183–200.
- Bem, D. J. (1972). *Self-perception theory*. In: Berkowitz, L. (ed.). *Advances in experimental social psychology*, Vol. 6. Academic Press
- Bensel, W. & Fiedler, D. (2012): *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. GwG-Verlag, S. 211–234.
- Bensel, W. (2003). Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 34, 67–74.
- Bensel, W. (2010). Der gesprächspsychotherapeutische Ansatz. In: Vogelgesang, M. & Schuhler, P.: *Psychotherapie der Sucht*. Pabst Science Publishers, S. 73–91.
- Bensel, W. (2012). Die personenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. In: Bensel, W. & Fiedler, D. (Hrsg.). *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. GwG-Verlag, S. 45–64.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Borouhgs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21(4), 347–356. <https://doi.org/10.1017/S135246580001167X>
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(4), 211–218. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.7.4.211>
- Castillo-Carniglia, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., & Cerdá, M. (2019). Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry*, 6(12), 1068–1080. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30222-6)
- Davies, D. L. (1962). Normal drinking in alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 23, 94–104.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-SUCHT)(2020). *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. Version: Dezember 2020. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html>, Abgerufen am 26.05.2024.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.)(2019). *Jahrbuch Sucht 2019*. Pabst Science Publishers.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2022). *Jahrbuch Sucht 2022*. Pabst Science Publishers, S. 33–51.

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2023). *Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen: Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol*. <https://alkoholpolitik.de/component/jdownloads/?task=download.send&id=439:empfehlungen-zum-umgang-mit-alkohol&catid=4&m=0&Itemid=101>
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2022). *Alkoholatlas Deutschland 2022*. https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/Buecher_und_Berichte/2022_Alkoholatlas-Deutschland-2022_Auf-einen-Blick.pdf
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2015). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper*. 8. überarbeitete Auflage. Hogrefe.
- Dilling, H.; Mombour, M. & Schmidt, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber.
- Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (2013). Personenzentrierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 4, 270–276.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Fiedler, D. (1998). Psychische Störungen durch Alkohol und ihre gesprächspsychotherapeutische Behandlung. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 29, 108–118.
- Fiedler, D. (2012). Ein personenzentriertes Störungs- und Interventionsmodell bei Suchtproblemen. In: Bense, W. & Fiedler, D.: *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. GwG-Verlag, S. 65–81.
- Finke, J. (2012). Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie der Alkoholabhängigkeit. In: Bense, W. & Fiedler, D. (Hrsg.). *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. GwG-Verlag, S. 83–102.
- Gauls, F. (2012). Der personenzentrierte Ansatz in der Behandlung des pathologischen Glücksspielens. In: Bense, W. & Fiedler, D.: *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. GwG-Verlag, S. 211–234.
- Gauls, F. (2025). Glücksspielsucht und Computerspielsucht aus personenzentrierter Sicht. *Person* 29, S. 58–71.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 392, 1015–1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Heinz, A.M. (2012). Die Arbeit mit Angehörigen im Kontext einer Suchtberatungsstelle aus personenzentrierter Sicht. In: Bense, W. & Fiedler, D. (Hrsg.). *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. GwG-Verlag.
- Helzer, J.E., Robins, L.N., Taylor, J.R., Carey, K., Miller, R.H., Combs-Orme, T., & Farmer, A. (1985). The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *The New England journal of medicine*, 312 (26), 1678–1682. <https://doi.org/10.1056/NEJM198506273122605>
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A. & Baethge, C. (2021). Controlled drinking—non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, 116: 1973–1987. <https://doi.org/10.1111/add.15329>
- Hrobsky, C. (2023). „Kein Alkohol ist auch keine Lösung“. Kontrolliertes Trinken aus Personenzentrierter Perspektive. *Person* 27, S. 103–113
- Isaacs, J. Y., Smith, M. M., Sherry, S. B., Seno, M., Moore, M. L., & Stewart, S. H. (2022). Alcohol use and death by suicide: A meta-analysis of 33 studies. *Suicide & life-threatening behavior*, 52(4), 600–614. <https://doi.org/10.1111/sltb.12846>
- John, U., Hanke, M., Freyer-Adam, J., Baumann, S. & Meyer, C. (2022). *Alkohol*. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2022*. Pabst Science Publishers. S. 33–51.
- Kern, E. (2012). Personenzentrierte Körperpsychotherapie bei Suchterkrankungen. In: Bense, W. & Fiedler, D. (Hrsg.). *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M. C.; Anthony, J. C., Graaf, R. Demeyttenaere, K.; Gasquet, L., Girolamo, G. Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A.; Levinson, D.; Medina Mora, M. E.; Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J.; Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B. E., Berglund, P., Gruber, M. J., Petukhova, M., Chatterji, S. & Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 6, 168–176.
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S. Hanschmidt, F., Jürgen Rehm, J., Speerforck, S. & Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 45, 899–911. <https://doi.org/10.1111/acer.14598>
- Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61 (3), 147–174.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Sucht-gefahren* 34, 157–171.
- Luderer, H. J. (2016). Psychoedukation bei Alkoholabhängigkeit. In: Bäuml, J., Behrendt, B., Henningsen, P. & Pitschel-Walz, G.: *Handbuch der Psychoedukation* (S. 110–121). Schattauer.
- Luderer, H. J. (2020). Diagnosen stellen und dabei personenzentriert sein. *Person* 24 (1), 16–28.
- Luderer, H. J. (2022). Carl Rogers und sein Beitrag zur Entwicklung von Beratung und Psychotherapie. Schwerpunkt: Carl R. Rogers zum 120. Geburtstag. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 53 (3), 6–12.
- Luderer, M., Kiefer, F., Reif, A., & Moggi, F. (2019). ADHS bei erwachsenen Patienten mit Substanzkonsumstörungen. *Der Nervenarzt*, 90(9), 926–931. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0779-2>
- Luderer, M., Ramos Quiroga, J. A., Faraone, S. V., Zhang James, Y., & Reif, A. (2021). Alcohol use disorders and ADHD. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 128, 648–660. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.010>
- Mann, K.F., Diehl, A., Hein, J. et al. (2012). Alkoholabhängigkeit. In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen*. Elsevier, S. 22–36.
- Merikangas, H. R. & McClair, V. L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics* 131, 779–789.
- Miller W.R, Baca L.M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy* 14, 441–448.
- Miller W.R., Taylor C.A., West J.C. (1980). Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 590–601.
- Miller, W.R. & Moyers, T.B. (2017). Motivational interviewing and the clinical science of Carl Rogers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 757–766. <https://doi.org/10.1037/ccp000179>
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press, New York 1991.
- Miller, W.R. & Rose, G.S. (2009). Toward a theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist* 64, 527–537.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping people change*. Guilford. Deutsch: Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung*, 3. Auflage. Lambertus.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2023). *Helping people change and grow, fourth edition*. Guilford.

- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2024). Why Motivational Interviewing Is a Person-Centered Approach. *Sucht* 70, Nr. 2, Published Online: 9 Apr 2024 Doi: <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000862>
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* 59(6), 321–331.
- Pendery, M. L., Maltzman, I. M. & West, R. J. (1982). Controlled Drinking by Alcoholics? New Findings and a Reevaluation of a Major Affirmative Study. *Science* 217, 169–175. DOI: 10.1126/science.7089552Henssler et al., 2021).
- Pescosolido, B. A., Halpern-Manners, A., Luo, L. & Perry, B. (2021). *Trends in Public Stigma of Mental Illness in the US, 1996–2018*. JAMA Network Open 4(12):e2140202. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.40202
- Polich, J. M., Armor, D. J. & Braker, H. B. (1980). Patterns of alcoholism over four years. *Journal of Studies on Alcohol* 41, 397.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). The transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19, 276–288.
- Rogers C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 95–103.
- Rogers C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (Hrsg.). *Psychology: A Study of a Science Vol. 3*. New York (Mc Graw-Hill), S 184–256. Deutsch: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. GwG, 1987.
- Rogers, C. R. (1970). *On Encounter Groups*. Harper and Row.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G. & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and Alcoholism* 46, 105–112.
- Schomerus, G., Schindler, S., Sander, C., Baumann, E., & Angermeyer, M. C. (2022). Changes in mental illness stigma over 30 years – Improvement, persistence, or deterioration? *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 65(1), e78. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2337>
- Seitz, H. K., Bühringer, G., & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. *Jahrbuch Sucht*, 7, 205–209.
- Shaw, G. K., Waller, S., Latham, C. J., Dunn, G. & Thomson, A. D. (1997). Alcoholism: a longterm follow-up study of participants in an alcohol treatment program. *Alcohol and Alcoholism* 32(4), 527–535.
- Speierer, G. W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM)*. *Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Asanger.
- Speierer, G. W. (2012). Das Differentielle Inkongruenzmodell in der Suchtkrankenbehandlung. In: Bensel, W., Fiedler, D.: *Personzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen*. Köln: GwG-Verlag, S. 103–144.
- Speierer, G. W. (2013). *Die Differenzierung der Inkongruenz als Ansatz für Beratung*. In: Gahleitner, S., Maurer, I., Ploil, E. O. & Straumann, U. (Hrsg.): *Personzentriert beraten: alles Rogers?* Beltz Juventa, S. 81–98.
- WHO (Hrsg.) (2022). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>. Deutsch (Entwurfassung): *ICD-11 Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (MMS)* (Version: 2024-01). https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic books, HarperCollins Publishers.

Personzentriertes Verständnis und Behandlungskonzepte bei Glücksspiel- und Computerspielsucht

Frank Gauls

Zusammenfassung

ICD-10 und DSM-IV verstehen das pathologische Glücksspiel als Impulskontrollstörung. Im DSM-5 und in der ICD-11 wurden die Glücksspielstörung und die Computerspielstörung als nicht substanzbezogene Störungen klassifiziert, die Computerspielstörung im DSM-5 und im DSM-5-TR als klinische Erscheinung mit weiterem Forschungsbedarf.

Viele Betroffene berichten über Belastungen und Traumata in Kindheit und Jugend als Teilursachen und über erhebliche psychosoziale Probleme als Folgen der Sucht. Die Computerspielstörung geht meist mit ausgeprägtem sozialem Rückzug einher, der oft schon vor dem Spielen beginnt und sich im Verlauf der Computerspielstörung verstärkt.

Diese Teilursachen und Folgen führen zu internalisierten Widersprüchen, die im personzentrierten Ansatz als Inkongruenzen und im Motivational Interviewing als Diskrepanzen bezeichnet werden.

Vor allem zu Beginn der Beratung und Therapie steht die Unterstützung Betroffener bei der Auseinandersetzung mit der Suchtentwicklung und den psychosozialen Folgen der Sucht im Vordergrund. Wichtige Themen sind Schulden, Schuld- und Schamgefühle, familiäre Konflikte, das Scheitern in Ausbildung oder Beruf und die Ambivalenz der Betroffenen in Hinblick auf die Beendigung des Glücksspiels bzw. des Computer- oder Videospiegels.

In Studien erwiesen sich Kognitive Verhaltenstherapie und Motivational Interviewing als wirksame psychotherapeutische Verfahren.

Schlüsselwörter: DSM-5, ICD-11, Glücksspielsucht, Computerspielsucht, Personzentriertes Suchtverständnis, störungsspezifische Psychotherapie

Summary

In ICD-10 and DSM-IV, pathological gambling is classified as an impulse control disorder. In DSM-5 and ICD-11, gambling disorder and gaming disorder are classified as non-substance-related disorders. In DSM-5 and DSM-5-TR, Internet gaming disorder has been included in the category of conditions for further study. Computer gaming disorder is usually associated with severe social withdrawal, which often begins before gaming and intensifies during the course of the disorder.

These partial causes and consequences lead to internalized contradictions, which are referred to as incongruences in person-centered counseling and psychotherapy, and as discrepancies in motivational interviewing.

Particularly at the beginning of counselling and therapy, the focus is on helping people to cope with the development of addiction and the psychosocial consequences of gambling and gaming disorders. Important topics include debts, feelings of guilt and shame, family conflicts, failure in education or work and the ambivalence of those affected with regard to stopping gaming or gambling.

Studies have shown that cognitive behavioral therapy and motivational interviewing are effective psychotherapeutic methods.

Keywords: DSM-5, ICD-11, gambling disorder, gaming disorder, Person-centered understanding of disorders due to substance use or addictive behavior, disorder-specific person-centered counseling and psychotherapy

<https://doi.org/10.24989/person.v29i1.6>

Frank Gauls ist Diplom-Sozialarbeiter und Gesprächspsychotherapeut und seit 1987 in der Arbeit mit Glücksspieler*innen und Angehörigen tätig. Seit ca. 16 Jahren arbeitet er mit PC-Usern und deren Angehörigen, sowie mit kauf- und sexsüchtigen Klient:innen.

Er ist Gründungs- und Vorstandsmitglied des Fachverbandes Glücksspielsucht e. V. sowie Vorsitzender des Fachverbandes Sucht des Diakonischen Werkes, Rheinland-Westfalen-Lippe. 1999 hat er die Fachstelle

Glücksspielsucht aufgebaut und ist seit 2012 Leiter der Ambulanten Suchthilfe Bethel. Frank Gauls ist Ausbilder für personzentrierte Beratung und Therapie.

Anmerkung: Der Artikel basiert auf den Kapiteln 3, 4 und 7 des Buches „Gauls, F. (2024). Verhaltenssuchte personzentriert verstehen und behandeln.“

1. Einführung

1.1. Glücksspiel- und Computerspielstörung als Verhaltenssüchte

Pathologisches Glücksspiel wird in der 10. Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO (ICD-10) im Kapitel „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (F63) aufgeführt (Dilling & Freyberger, 2013, S. 255 f). Auch im DSM-IV gehört das pathologische Glücksspiel zu den Impulskontrollstörungen. Bei der Beschreibung der Symptome wurden auch damals schon die typischen Merkmale einer Suchtkrankheit wie z. B. intensiver Drang, zu spielen, Spielen trotz negativer Konsequenzen und ständige gedankliche Beschäftigung mit Glücksspiel aufgeführt.

Im DSM-5 (APA, 2013) wurde Glücksspiel als erste nicht stoffgebundene Sucht unter dem Begriff der „Gambling Disorder“ (Glücksspielstörung) in das Kapitel der „Substance-Related and Addictive Disorders“ aufgenommen. In der ICD-11 (WHO, 2018) finden sich im Suchtkapitel zwei „Störungen durch Verhaltenssüchte“, die Glücksspielstörung und die Computerspielstörung.

Im DSM-5 (APA, 2013) und im DSM-5-TR (APA, 2022, S. 914–917) wird die „Internet gaming disorder“ in die Gruppe der „Conditions for further Study“ aufgenommen, mit vorläufigen Diagnosekriterien und mit dem Hinweis auf den vorläufigen Charakter der Informationen zu Symptomen, Ursachen und Verlauf.

Für die Restkategorie „Sonstige näher bezeichnete Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten“ wurden Störungsbilder wie z. B. die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung, die Kauf-Shopping-Störung und die Pornografie-Nutzungsstörung diskutiert (Lindenberg & Sonnenschein, 2024; Brand et al., 2020; Gauls, 2024). Kauf-Shopping-Störung und Pornografie-Nutzungsstörung sind derzeit im ICD-11-Kapitel „Impulskontrollstörungen“ eingeordnet.

Die Einordnung von Glücksspielstörung und Computerspielstörung in die Suchtkapitel von DSM-5 und ICD-11 ist mit einem anderen Verständnis dieser Störungen verbunden: Nicht der Drang, irgendetwas zu tun und es nicht lassen zu können, steht im Vordergrund sondern das Hineingeraten und Gefangensein in einer Spirale von Verhaltensweisen und deren Folgen. Glücksspiel- und Computerspielsucht werden als Konsumstörungen gesehen, bei denen Verhaltensweisen an die Stelle von Substanzen treten. Diese Sichtweise beeinflusst auch die Störungsmodelle und Therapiekonzepte.

1.2. Personenzentriertes Verständnis von Suchterkrankungen

1.2.1. Der Inkongruenzbegriff

Rogers (1959) ging bekanntlich davon aus, dass Menschen psychische Probleme entwickeln, wenn wichtige Bezugspersonen sie nicht so akzeptieren, wie sie sind. Die Erfahrung mangelnder Akzeptanz durch Andere führt zu mangelnder Selbstakzeptanz. Die betroffenen Personen versuchen dann, die nicht akzeptierten Teile der eigenen Person aus ihrer Wahrnehmung auszublenden, was oft nur teilweise gelingt. Dadurch entstehen innere Widersprüche, die mit dem unangenehmen Gefühl einhergehen, dass irgendetwas in der eigenen Person nicht zusammenpasst. Dieses Nicht-Zusammenpassen bezeichnete Rogers (1959) als Inkongruenz.

Süchte entstehen oft, wenn Personen versuchen, diese unangenehmen Gefühle durch Substanzkonsum oder Spielen abzuschwächen (Feselmayer & Heinzl, 1985; Swildens, 1991; Speierer, 1994, 2012; Finke, 2004), positive Gefühle zu verstärken (Weiss et al., 2022) und dadurch das Erleben von Inkongruenzen bzw. Diskrepanzen zu unterdrücken.

1.2.2. Suchtdynamik und der Begriff der sekundären Inkongruenz

Substanzgebrauch und süchtiges Verhalten können das Selbstkonzept vorübergehend stabilisieren, so dass eine Schein-Kongruenz entsteht. Nach einer gewissen Zeit wird jedoch die Inkongruenz wieder spürbar, was zur Folge hat, dass wieder der Drang entsteht, zu konsumieren oder das süchtige Verhalten zu wiederholen. Hierdurch entsteht eine suchttypische Eigendynamik, die letzten Endes in die Abhängigkeit führt sowie psychosoziale und bei Substanzkonsum auch körperliche Folgen nach sich zieht. Diese führen zu inneren Widersprüchen, die Bensele (2003, 2012), Bensele et al. (2007), Behr et al. (2020) und Luderer (2020) als sekundäre Inkongruenzen bezeichnen.¹

1.2.3. Der Begriff der Diskrepanz im Motivational Interviewing

Das Motivational Interviewing (MI) ist ein personenzentriertes Verfahren, das in den 1980er-Jahren im Rahmen der Beratung und Therapie suchtkranker Personen entstand (Miller & Rose, 2009; Miller & Moyers, 2017). Es verwendet an Stelle des Inkongruenzbegriffs die Bezeichnung „Diskrepanzen“. Das MI sieht es als wichtige therapeutische Aufgabe, Diskrepanzen zu

¹ Swildens (1991) hatte die Begriffe der primären und sekundären Inkongruenz erstmals verwendet, allerdings in einer völlig anderen Bedeutung. Primäre Inkongruenzen sind bei ihm internalisierte Widersprüche, die als Folge von Belastungen und Traumata in der frühen Kindheit auftreten, sekundäre Inkongruenzen entstehen in späteren Lebensabschnitten.

erkennen, sie gemeinsam mit der betroffenen Person anzusprechen und sie dann herauszuarbeiten „develop discrepancies“ (Miller & Rose, 2009). Miller und Rollnick (2015, S. 285 ff.) nennen eine Reihe von Beispielen für typische Diskrepanzen bei suchtkranken Personen, die sich inhaltlich fast ausschließlich auf Folgen des Substanzkonsums beziehen. Insofern sind Diskrepanzen bei der Gruppe der Personen mit substanzbezogenen und nicht substanzbezogenen Störungen überwiegend sekundäre Inkongruenzen.

1.2.4. Der Begriff der Ambivalenz im Motivational Interviewing

Menschen finden sich in ihrem Leben immer wieder in Situationen, in denen sie vor der Wahl stehen, weiterzuleben wie bisher oder etwas zu verändern. Das gilt in besonderer Weise für Personen mit Substanzkonsumstörungen oder Verhaltenssuchten. Auf der einen Seite wollen sie den Substanzkonsum oder das Spielen beenden, auf der anderen Seite möchten sie ungern auf die Wirkung des Suchtmittels verzichten.

Das Motivational Interviewing hat eine spezifische Form des sprachlichen Umgangs mit diesen Ambivalenzen entwickelt, die empathische Begleitung des Wechsels zwischen change talk und sustain talk. In Bezug auf die Glücksspielstörung bedeutet change talk, dass die betroffene Person die Beendigung des Glücksspiels anspricht, und sustain talk, dass sie das Weiterspielen thematisiert. Aufgabe der helfenden Person ist es dabei, Empathie für beide Möglichkeiten zu entwickeln, diese sprachlich zum Ausdruck zu bringen, aber die betroffene Person nicht in eine bestimmte Richtung zu drängen und ihr zu sagen, wie sie sich entscheiden soll. Die Aufgabe der helfenden Person ist es vielmehr, die betroffene Person bei der Suche nach Argumenten und bei der Bewertung der Argumente zu unterstützen. Das bewusste Erleben von Diskrepanzen spielt bei dieser Entscheidung eine wichtige Rolle. (Miller & Moyers, 2017; Miller & Rollnick, 2024, s. hierzu auch Bensel & Luderer, 2025).

1.2.5. Reduktion des Glücks- bzw. Computerspiels, personzentriertes Arbeiten mit betroffenen Personen und Abstinenzorientierung

Ein erstes Ziel der personzentrierten Arbeit mit den Betroffenen ist die Auseinandersetzung mit den Folgen und den Teilursachen des Spielens, d. h. mit den sekundären und den primären Inkongruenzen bzw. Diskrepanzen.

Wenn diese durch Substanzkonsum oder Spielen überdeckt werden, sind die Betroffenen weniger in der Lage, sie genau wahrzunehmen und zu beurteilen. Verschiedene Autor:innen weisen in Zusammenhang mit stoffgebundenen Süchten darauf hin, dass die Auseinandersetzung mit Diskrepanzen und

Ambivalenzen bei klarem Kopf, d. h. ohne den Einfluss von Alkohol und anderen Substanzen besser gelingt. Das ist einer der Gründe für die Regel, dass Personen, die eine Entwöhnungsbehandlung, vorher einen körperlichen Entzug abschließen und auf diese Weise nüchtern zur Behandlung kommen (Feselmayer & Heinzl, 1985; Swildens, 1991; Finke, 2004; Bensel, 2012; Speierer, 2012).

Diese auf substanzbezogene Süchte bezogenen Grundregeln gelten auch für Störungen aufgrund von Verhaltenssuchten. Wenn die Betroffenen sich ständig durch Glücks- oder Computerspiel ablenken, fällt es ihnen wesentlich schwerer, sich mit Diskrepanzen und Ambivalenzen auseinanderzusetzen.

Die meisten Personen mit Glücksspielstörung, die Hilfe suchen, akzeptieren das grundsätzliche Ziel einer vollständigen Beendigung des Glücksspiels. Personen mit Computerspielstörung sind, wie praktische Erfahrungen bei den Behandlungen zeigen, in der Regel zu Beginn der Behandlung nicht bereit, dauerhaft auf das Computerspielen zu verzichten. Deshalb ist es nicht sinnvoll, die Bereitschaft zur langfristigen oder gar lebenslangen Abstinenz als Voraussetzung für den Beginn einer Behandlung vorzugeben. Das gilt für viele Substanzkonsumstörungen, z. B. die Alkoholabhängigkeit (Bensel & Luderer, 2025). Auf der anderen Seite ist es nicht hilfreich, bei der Behandlung der Computerspielstörung jede Form und Intensität des Spielens während der Behandlung kommentarlos hinzunehmen.

Eine Möglichkeit der Begrenzung des Spielens ohne rigide Abstinenzvorgabe ist das Ampelmodell. In diesem (Petry, 2009; Schuhler & Vogelgesang, 2011) wird festgelegt, welches Ausmaß des Computerspiels eine Auseinandersetzung mit Diskrepanzen und Ambivalenzen unmöglich macht (rot), erschwert (gelb) und welches unproblematisch ist (grün). Ziel dieses Modells ist es, möglichst viele Betroffene im therapeutischen Prozess zu halten, aber trotzdem gewisse Grenzen zu setzen. Praktische Erfahrungen bei der Behandlung von Personen mit Computerspielstörung zeigen zudem, dass es vielen von einer Computerspielstörung Betroffenen im Unterschied zu den meisten von einer Glücksspielstörung Betroffenen gelingt, das Computer- oder Videospiele dauerhaft zu reduzieren.

2. Nicht stoffgebundene Süchte

2.1. Glücksspielstörung (Gambling disorder)

2.1.1. Definitionen

Glücksspiele zeichnen sich dadurch aus, dass man – um an ihnen teilnehmen zu können – bereit sein muss, Geld einzusetzen. Mit dem Geldeinsatz ergibt sich die Option, einen Gewinn zu erzielen (also das Geld zu vermehren) oder aber, den

Einsatz zu verlieren. Über den Ausgang des Spiels entscheidet überwiegend bzw. ausschließlich der Zufall.

Bei Lotto, Rubbellosen und Roulette ist der Ausgang des Glücksspiels **ausschließlich** vom Zufall abhängig, auch wenn im Spielcasino ständig die Permanenzen, d. h. die Reihen gefallener Zahlen beim Roulette, angezeigt und damit suggeriert wird, das nächste Ereignis voraussehen zu können. Doch leider hat die Kugel kein Gedächtnis: auch nach zehn Runden Rot bleibt die Wahrscheinlichkeit 50/50. Heutige Geldspielautomaten suggerieren durch Start- und Stopptasten ebenfalls, Einfluss auf den Spielverlauf nehmen zu können. Doch die Ausschüttungsquote ist in der Software hinterlegt und ist von Spieler*innen nicht beeinflussbar.

Auch Kartenspiele wie z. B. Poker zählen zu den Glücksspielen, deren Ausgang **überwiegend** vom Zufall bestimmt ist. Zwar können Spieler*innen durch Beobachtung und Wissen um die Wahrscheinlichkeiten in gewissem Umfang Einfluss nehmen, dieser Vorteil verliert sich allerdings, wenn gleichstarke Spieler*innen am Tisch sitzen.

Glücksspiele lassen sich in zwei Kategorien unterteilen: Zum einen in das sogenannte *soft-gambling*, also das weiche Glücksspiel. Dazu gehören Spiele um kleine Einsätze, die mit geringer Intensität und Häufigkeit gespielt werden, wie einfaches Lottotippen, Skat mit geringen Einsätzen oder Würfelspiele um die nächste Runde Getränke, Rubbellose oder die Teilnahme an Lotterien.

Daneben steht das harte Glücksspiel. Hierzu zählen Zufalls- und Geschicklichkeitsspiele um größere Geldbeträge wie das Lottosystemspiel, das Spielen an Geldspielautomaten, Casino-spiele (Roulette, Poker, Black Jack, Baccara u. ä.), Pferde- und Sportwetten, sowie alle Formen des illegalen Glücksspiels.

Durch das Internet hat sich der Glücksspielmarkt verändert. Glücksspiele sind nun an allen Tagen rund um die Uhr verfügbar, so dass bundesweit ein Anstieg der Online-Spieler*innen zu beobachten ist (vgl. Meyer, 2023). Die Glücksspielindustrie wächst rasant und wird bis 2028 voraussichtlich Nettoverluste von fast 700 Milliarden US-Dollar bei den Verbrauchern verursachen. Dieses Wachstum wird durch das Aufkommen von Online-Glücksspielen, die weit verbreitete Zugänglichkeit über Mobiltelefone, die zunehmende Legalisierung und die Einführung von kommerziellem Glücksspiel in neuen Gebieten vorangetrieben. Schätzungen zufolge haben 46,2 % der Erwachsenen und 17,9 % der Jugendlichen im vergangenen Jahr weltweit in irgendeiner Form gespielt (Wardle et al., 2024).

2.1.2. Epidemiologie

In Deutschland werden im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit 2007 regelmäßige Glücksspiel-surveys durchgeführt, 2021 erstmals in Form von Telefon- und

Onlinebefragungen unter Verwendung von DSM-5 Diagnosekriterien (Buth et al., 2022, S. 4.) Es wurden 12.303 Personen befragt, 61 % telefonisch und 39 % online. Insgesamt waren 2,3 % der Bevölkerung, 3,5 % Männer, 1,1 % Frauen zwischen 18 und 70 Jahren von einer Glücksspielstörung betroffen, davon 1,1 % leicht (4–5 Kriterien), 0,7 % mittelschwer (6–7 Kriterien) und 0,5 % schwer (8–9 Kriterien). 5,7 % der Bevölkerung zeigten riskantes Glücksspielverhalten. Insgesamt ist bundesweit von etwa 1,3 Millionen Personen mit einer Glücksspielstörung sowie 3,25 Millionen Personen mit riskantem Glücksspielverhalten auszugehen (Buth et al., 2022; Meyer et al., 2023; Übersicht bei Schütze et al., 2023, S. 70 f.).

Tran et al. (2024) führten eine Metaanalyse von Publikationen mit 366 repräsentativen Stichproben aus 68 Ländern durch. Die meisten der identifizierten Stichproben stammten aus Ländern mit hohem Einkommen. Insgesamt hatten 46,2 % der Erwachsenen und 17,9 % der Jugendlichen in den letzten 12 Monaten gespielt. Die Glücksspielrate war bei Männern mit 49,1 % *höher als bei Frauen* (37,4 %). Unter den Erwachsenen wurden 8,7 % als risikoreiches und 1,41 % als problematisches Glücksspiel eingestuft.

Loo et al. (2019) fassten glücksspielbezogene Daten des US National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) zusammen und fanden Lebenszeitprävalenzen für eine Glücksspielstörung von 0,42 % (0,64 % bei Männern, 0,23 % bei Frauen). Insgesamt unterscheiden sich die epidemiologischen Zahlen, wobei die Prävalenzen der Glücksspielstörung in den internationalen Metaanalysen etwa denen der schweren Verläufe im deutschen Glücksspielsurvey 2022 (Buth et al., 2022) entspricht. Möglicherweise sind die niedrigen Prävalenzen für eine Glücksspielstörung in den internationalen Metaanalysen aber in Hinblick auf psychosoziale Folgen irreführend. Abbott (2020) wies mehrfach darauf hin, dass auch Glücksspiel unterhalb der Schwelle eine Glücksspielstörung nach DSM-5 erhebliche soziale, v. a. finanzielle Folgen nach sich ziehen kann.

2.1.3. Verlauf und Folgen

Im Zentrum des Glücksspiels steht der in Aussicht stehende Gewinn. Erste Gewinnerfahrungen motivieren zur weiteren Teilnahme, doch stellen sich bei fortgesetzter Teilnahme zunehmend Verluste ein. Diese erzeugen das Gefühl, sie wieder ausgleichen zu wollen, was als „chasing“ (dem Verlust hinterherjagen) bezeichnet wird. Bei einem chronischen Verlauf, geht es immer weniger um den Gewinn bzw. Verlust von Geld, sondern mehr und mehr um das Spielen selbst, meist um negative Gefühle nicht spüren zu müssen (vgl. Suchtdynamik). Finanzielle Nöte, oft in Form von Schulden, können aber auch im fortgeschrittenen Stadium zur Teilnahme am Glücksspiel

motivieren, da ein Geldgewinn oft als einziger Ausweg aus den Schulden gesehen wird.

In Verlauf des Glücksspiels kommt es zur den o.a. psychosozialen Folgen.

2.1.4. Diagnostische Kriterien nach ICD 11 und DSM-5

Glücksspielsucht (6C50) wird in der ICD 11 dem Kapitel der Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltensüchte zugeordnet und folgendermaßen beschrieben:

Die Glücksspielsucht ist durch ein anhaltendes oder wiederkehrendes Glücksspielverhalten gekennzeichnet, das online (d.h. über das Internet) oder offline auftreten kann und sich durch Folgendes äußern:

1. Beeinträchtigung der Kontrolle über das Glücksspiel (z. B. Beginn, Häufigkeit, Intensität, Dauer, Beendigung, Kontext);
2. Zunehmende Priorität des Glücksspiels in dem Maße, dass das Glücksspiel Vorrang vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten hat; und
3. Fortsetzung oder Eskalation des Glücksspiels trotz des Auftretens negativer Konsequenzen.

Das Glücksspielverhalten kann kontinuierlich oder episodisch und wiederkehrend sein. Das Spielverhalten führt zu erheblichem Leidensdruck oder zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Das Glücksspielverhalten und andere Merkmale sind in der Regel über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten zu beobachten, damit eine Diagnose gestellt werden kann, obwohl die erforderliche Dauer verkürzt werden kann, wenn alle diagnostischen Anforderungen erfüllt sind und die Symptome schwerwiegend sind (WHO, 2018).

In klinischen und epidemiologischen Studien werden Diagnosen meist nach DSM-5 (APA, 2013) gestellt. Die insgesamt neun Kriterien (Toleranzentwicklung, entzugsähnliche Symptome, Kontrollverlust und Unfähigkeit zur Abstinenz, kognitive Vereinnahmung durch das Glücksspiel, Spielen in belasteten Situationen, Spielen, um Verluste auszugleichen, Disimulation, negative soziale Folgen, Verlassen auf die finanzielle Hilfe Anderer) erlauben die Diagnose einer Glücksspielstörung ab vier erfüllten Kriterien und zusätzlich eine Einschätzung des Schweregrads der Störung.

2.1.5. Komorbidität

Premper und Schulz (2010) untersuchten 101 stationär behandelte Patient:innen mit Glücksspielstörung. Bei 51,5 % bestand eine komorbide affektive Störung, bei 47,5 % eine Angststörung, bei 27,7 % eine Persönlichkeitsstörung und bei 25,7 % eine substanzbezogene Störung. 76,9 % der Angststörungen begannen vor der Glücksspielstörung, während etwas mehr als die Hälfte

der depressiven Störungen (60,6 %) nach der Glücksspielstörung auftraten.

In der Studie „Pathologisches Glücksspiel und Epidemiologie“ (PAGE, Meyer et al., 2015) wurden epidemiologische und klinische Daten zur Glücksspielstörung erhoben. Zunächst wurde ein Zufallsstichprobe aus der deutschen Allgemeinbevölkerung gebildet (N=15023). Mit diesen Personen wurden diagnostische Telefoninterviews geführt. Zusätzlich wurden Hochrisikopopulationen an Glücksspielstandorten angesprochen. Daran schloss sich ein ausführliches klinisches Interview wurde mit 594 Teilnehmenden an, die über Glücksspielprobleme berichteten und aus der allgemeinen oder der Hochrisikopopulation rekrutiert wurden (Bischof et al., 2013). Eine Gruppe von 164 erwachsenen Glücksspielenden wurde mit einer allgemeinen Bevölkerungsstichprobe verglichen. Bei fast allen (93,6 %) Personen mit pathologischem Spielen (fünf bis zehn DSM-IV-Kriterien), bei 83,5 % der Personen mit problematischem Spielen (drei oder vier Kriterien) bestand wenigstens eine komorbide psychische Störung. Selbst Risikospieler mit riskantem Spielen (ein oder zwei Kriterien) weisen mit 81,0 % eine hohe Rate psychischer Störungen auf.

Bei Personen mit pathologischem Glücksspiel bestand bei 54,9 % eine Störung durch Alkoholkonsum, bei 57,2 % eine affektive Störung, bei 37,1 % eine Angststörung und bei 35,3 % eine Persönlichkeitsstörung.

Dowling et al. (2015) fanden in ihrer Metaanalyse mit 36 Primärstudien hohe, unterschiedliche Komorbiditäten. Die Gesamtkomorbidität betrug etwa 75 %, d.h. bei drei Viertel der Personen mit einer Glücksspielstörung bestand wenigstens eine zusätzliche psychische Störung. Über 55 % der Befragten rauchten, die Prävalenzen für Alkoholkonsumstörungen und depressiven Störungen lagen zwischen 20 und 30 %, bei ADHS, bipolaren Störungen und Zwangsstörungen zwischen 6 und 10 %.

2.1.6. Personenzentriertes Krankheitsverständnis

Belastungen und Traumata in Kindheit und Jugend sind bei Personen mit Glücksspielsucht häufiger als in der Allgemeinbevölkerung (Loo et al., 2019). Diese Erfahrungen ziehen primäre Inkongruenzen nach sich.

Potenza et al. (2019) wiesen in ihrer Übersichtsarbeit darauf hin, dass emotional verletzte Personen spielen, um negative Stimmungszustände zu vermeiden, während antisoziale, impulsive Personen wegen des „Kicks“ spielen. Im Vordergrund des Inkongruenzerlebens stehen zunächst die inneren Widersprüche, die sich als Folge des Glücksspiels entwickeln. Glücksspieler*innen zeigen sich freundlich, strebsam und fleißig, zuvor kommend, hilfsbereit, was dem Selbstkonzept, und vor allem dem Selbstideal entspricht. Sie verspielen aber auf der anderen

Seite große Summen und schaden damit anderen, v. a. nahestehenden Personen.

Hieraus resultieren nicht nur Schuld- und Schamgefühle, sondern es kommt auch zu einer Vermeidung von Konflikten, da ständig die Angst vorherrscht, auf das eigene Fehlverhalten angesprochen zu werden. Aus Schuldgefühlen und Angst werden dann Zugeständnisse gemacht, zu denen die Betroffenen innerlich häufig nicht stehen. So zeigen sie sich häufig von ihrer hilfsbereiten Seite. Ein Teil der Hilfsbereitschaft und der Zugeständnisse resultieren aus Schuldgefühlen und dem Gefühl, etwas wiedergutmachen zu wollen bzw. zu müssen. Hierdurch stabilisiert sich das Selbstbild und durch Anerkennung und Wertschätzung auch das Selbstwerterleben.

Auch im Beruf zeigen Glücksspieler*innen einen hohen Einsatz und tendieren zu exzessivem Arbeitsverhalten, da dies in hohem Maße mit Anerkennung verbunden ist. Hierbei findet aber auch eine Selbstentfremdung statt, da organismische Bedürfnisse wie Ruhe, sich abgrenzen, Nein sagen, etwas für sich selbst tun, den Schuld- und Schamgefühlen und dem Bedürfnis nach Anerkennung untergeordnet werden (siehe Gauls, 2012).

Je länger die Sucht besteht, desto ausgeprägter werden sekundäre Inkongruenzen. Wer ein guter Vater oder eine gute Mutter sein will, dieses Ziel aufgrund der finanziellen Probleme aber immer weniger erreicht, da das verlorene fehlende Geld fehlt, entwickelt Schuld- und Schamgefühle. Durch die Selbstabwertung steigt der Spieldruck. Was die spielende Person zerstört hat, möchte sie wieder ausgleichen, und so beginnt immer wieder die Jagd nach dem großen Gewinn, mit dem alle vorherigen Verfehlungen gegenstandslos werden sollen.

Es lassen sich folgende störungsspezifische Themen ableiten:

- ausgeprägte Selbstwertproblematik
- Bindungs- und Beziehungsstörungen
- Störung in der Gefühlswahrnehmung und -regulation
- überhöhte Leistungsorientierung
- mangelnde bzw. fehlende Beziehung zu Geld
- problematischer Umgang mit Geld (z. B. Geiz oder Verschwendung)
- Wahrnehmungsverzerrung im Hinblick auf Gewinn- und Verlus terwartung
- Kontrollillusion

Belastungen und Traumata in Kindheit und Jugend

In vielen Biografien ist die frühkindliche Beziehungserfahrung von emotionaler Distanziertheit, mangelnder Wertschätzung oder körperlicher Gewalt gekennzeichnet (Petry, 1996). Diese praktischen Erfahrungen werden durch die Ergebnisse empirischer Studien bestätigt. Belastungen und Traumata in der Kindheit, v. a. in Form von emotionaler und körperlicher Vernachlässigung, sind bei Personen mit Glücksspielsucht häufiger

und schwerer ausgeprägt als bei Kontrollpersonen (Horak et al., 2021) und zeigen sich häufig in dissoziativen Symptomen (Imperatori et al., 2017).

Im Selbstkonzept der betroffenen Personen ist häufig die Erwartung verankert, nur dann liebens- und aner kennenswert zu sein, wenn sie die Leistungen erbringen, die von ihnen erwartet werden. Sie neigen dazu, emotionale Bedürfnisse weniger wichtig zu nehmen als Rationalität und Funktionalität (Gauls, 2012, 2024), und unangenehme Gefühle durch Leistung und Anpassung zu unterdrücken.

Die ursprüngliche Inkongruenz wird bei Lebensereignissen spürbar, in denen das beschriebene Anpassungsverhalten nicht funktioniert, z. B. wenn Leistung nicht ausreichend erbracht werden kann oder wenn die erhoffte Zuwendung und Anerkennung in einer Beziehung ausbleiben.

2.1.7. Personenzentrierte Behandlung der Glücksspielsucht

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Folgen sowie der störungsspezifischen Merkmale lassen sich folgende Notwendigkeiten in der Behandlung sozusagen als übergeordnete Therapieziele ableiten:

- Festigung der Veränderungsmotivation und Bearbeitung suchttypischer Ambivalenzen
- Erreichen einer dauerhaften Abstinenz
- Rückfallprophylaxe
- Geld- und Schuldenmanagement (Wiederherstellung der Beziehung zum Geld, damit verbundene Verantwortungsübernahme für die notwendigen Geldgeschäfte)
- Bearbeitung der Bindungs- und Beziehungsstörungen
- Bearbeitung der Inkongruenzen und der kognitiven Verzerrungen
- Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen
- Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und -regulation

Der Anfang der Behandlung ist geprägt durch eine Ambivalenz zwischen dem Wunsch, mit dem Glücksspiel aufzuhören und den Drang, immer wieder zu spielen. Deshalb kommt der Rückfallprophylaxe und dem Abbau der Ambivalenzen sowie der Stärkung der Eigenmotivation eine besondere Bedeutung zu.

Des Weiteren besteht eine Belastung aufgrund der zunehmenden Verschuldung. Zusammen mit der Wahrnehmungsverzerrung („Wenn ich jetzt spiele, kann ich meine finanzielle Situation entlasten.“) entsteht so eine Rückfallgefährdung. Die bedingungs freie Akzeptanz der daraus resultierenden Überlegungen und Handlungsstrategien ist ebenso notwendig wie ein aus dem eigenen Wissen und Krankheitsverständnis abgeleitetes Selbsteinbringen. Ergänzt werden sollte diese Phase durch ein noch „schonendes“ Konfrontieren (Gauls, 2024).

Aufgrund des brüchigen Selbstkonzeptes sowie der ausgeprägten Selbstwertproblematik kommt der bedingungs freien

Akzeptanz eine besondere Bedeutung zu, denn sie unterstützt dabei, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. Sie ermöglicht das Bearbeiten der Schuld- und Schamgefühle, aber auch das Bearbeiten von Gefühlen wie Wut, Ärger und Aggression, so dass diese zunehmend in das Selbstkonzept integriert werden können. Bedingungsfreie Akzeptanz trägt darüber hinaus zur Steigerung des Selbstwertgefühls und der Beziehungsfähigkeit bei.

Gemeinsam mit der bedingungsfreien Akzeptanz unterstützt Kongruenz die Begegnung von Person-zu-Person (also auf Augenhöhe) und ermöglicht so u. a. die Bearbeitung der Beziehungsgestaltung und -fähigkeit sowie den Abbau der spieler:innentypischen Fassade. Hierdurch werden Selbstwidersprüche aufgehoben, was zu einer Verbesserung der Selbstkongruenz beiträgt.

Im Zusammenspiel mit dem einführenden Verstehen fördert Kongruenz den Aufbau einer eigenen Identität, die Fixierung auf Geld und Leistung kann zunehmend in Frage gestellt und neue Werte in das Selbstkonzept integriert werden.

Empathie unterstützt bei der Differenzierung der diffusen Gefühlswahrnehmung sowie ihrer Bedeutungszusammenhänge.

Begleitet werden sollte die Behandlung durch ein Geld- und Schuldenmanagement sowie – gerade zu Beginn – durch entsprechende Schutzmaßnahmen wie beispielsweise die vorübergehende Einschränkung oder Abgabe der Geldverwaltung und -geschäfte oder eine Selbstsperrung. Die Geldverwaltung sollte innerhalb der Behandlung stufenweise wieder übernommen werden.

2.1.8. Studien zur Behandlung der Glücksspielsucht.

Die ersten Studien zur Behandlung des pathologischen Glücksspiels wurden in den 1990er- Jahren und zu Beginn des 21. Jahrhunderts publiziert. Inzwischen konzentriert sich die empirische Forschung in diesem Bereich auf zwei psychotherapeutische Verfahren, die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und das Motivational Interviewing (MI).

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) geht von der Überlegung aus, dass Betroffene infolge kognitiver Verzerrungen Probleme haben, persönliche Entscheidungen aufgrund rationaler Überlegungen zu treffen. Wenn sie lernen, diese kognitiven Verzerrungen infrage zu stellen, kann das ein wirksamer Weg sein, um das Spielen zu reduzieren oder zu beenden (Fortune & Goodie, 2012; Rossini-Dib et al., 2015).

Motivational Interviewing ist eine personzentrierte Methode, die, wie in Abschnitt 1.2.3 beschrieben, vom Erleben der Betroffenen ausgeht, auf dessen Schilderung die helfende Person empathisch und akzeptierend reagiert und dabei wahrgenommene Inkongruenzen bzw. Diskrepanzen aufgreift. Durch das

Herausarbeiten der Diskrepanzen verstärken sie das Bedürfnis der Betroffenen nach einer selbstgesteuerten Veränderung.

In frühen MI-Studien (z. B. Hodgins et al., 2001) arbeiteten die Untersucher mit kurzen Interventionen in Form von zwei MI-Gesprächen, verbunden mit einem Arbeitsbuch. Diese kurze Intervention führte zu einer signifikanten Symptombesserung im Vergleich zu Personen auf einer Warteliste, wobei diese Effekte oft nicht lange anhielten.

Carlbring und Smit (2008) untersuchten die Wirkung eines internetbasierten Selbsthilfeprogramms für Personen mit Glücksspielproblemen und fanden sechs, zwölf und vierundzwanzig Monate nach der Intervention eine signifikante Symptomreduktion im Vergleich mit einer Wartegruppe. Carlbring et al. (2009) verglichen eine Gruppe mit acht KVT-Sitzungen, eine mit vier MI-Interventionen sowie eine Wartegruppe und konnten nachweisen, dass sich bei beiden Therapiegruppen sowohl die glücksspielbezogenen Symptome als auch die Depression und die Angstsymptome in vergleichbarem Umfang besserten. Ein Cochrane Review (Cowlshaw et al., 2012) kam zum Ergebnis, dass die Wirkung der KVT bei Glücksspielproblemen besser abgesichert ist als der Effekt des MI, v. a. hinsichtlich der Anzahl der untersuchten Personen und der Schwere der Symptome. Neuere Übersichtsarbeiten bestätigten, dass KVT und MI die beiden am besten untersuchten und wirksamsten psychotherapeutischen Interventionen bei der Behandlung der Glücksspielsucht sind (Petry et al., 2017; Eriksen et al., 2023; Bodor et al., 2021). Personen, die zusätzlich zur Glücksspielsucht vermehrt Alkohol tranken, profitierten mehr von MI (Josephson et al., 2016). Bei allen Übersichtsarbeiten waren Therapien mit unmittelbarem Kontakt zwischen helfender und hilfesuchender Person wirksamer als Therapien mit Kontakten über Telefon, E-Mail oder Textnachrichten.

2.2. Computerspielstörung (Gaming disorder)

2.2.1. Definitionen

1991 legt der Engländer Tim Berners-Lee in Genf den Grundstein für das World-Wide-Web. Doch erst mit Einführung des Mosaik- (später Netscape-) Browsers im Jahr 1993 wurde das Internet für alle nutzbar. Nur wenige Jahre später, nämlich 1996, beschreiben die amerikanische Psychologin Kimberly Young sowie der Engländer Marc Griffiths (Rumpf et al., 2021) das Phänomen der Internetsucht. Zwei Jahre später veröffentlicht Young das Buch „Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction – And a winning strategy for recovery“ (Brand & Potenza, 2019) und präsentiert im Jahr 2000 eine erste Typisierung (Young, 2000).

Cybersexual addiction	Suche und Sammeln von pornografischen Materialien
Cyber relationship addiction	Kommunikation mit Anderen in Online-communities Eingehen rein virtueller Beziehungen
NET Compulsions	Auktionen und Shopping (z. B. Ebay)
Information overload	Sinnloses und oft auch zielloses Suchen nach Informationen

Abbildung 1: Typisierung des PC- und Internetgebrauchs nach Young (1999)

Hieraus wird bereits deutlich, dass nicht das Internet an sich „süchtig“ macht, sondern ein bestimmtes Nutzungsverhalten, das dort ausgeübt wird.

Durch die Einführung des ersten Smartphones (dem iPhone von Apple), das am 9.01.2007 vorgestellt wurde (SPIEGEL Netzwerk, 2007) ist es möglich jederzeit und an nahezu jedem Ort auf das Internet zuzugreifen.

Inzwischen werden neben dem Begriff der Internetsucht viele Begriffe verwendet, die einen problematischen bzw. pathologischen Umgang mit dem Internet oder Medien beschreiben, so z. B.: Mediensucht, internetbezogene Störungen, Porno- oder Sexsucht, Spielsucht, Soziale-Netzwerk-Störung, dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internetgebrauch.

Da alle Begriffe zu ungenau seien, empfahlen Rumpf et al. (2021) einen Bezug zum eigentlichen Nutzungsverhalten herzustellen und schlagen dementsprechend unter dem Oberbegriff „Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten“ vor, wie die ICD-11 zwischen Glücksspielstörung und Computerspielstörung zu unterscheiden und die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung, die Shoppingstörung und die Pornographie-Nutzungsstörung in die Gruppe der nicht stoffgebundenen Süchte aufzunehmen. Die diesbezügliche wissenschaftliche Diskussion ist jedoch nicht abgeschlossen, sodass derzeit nur die Möglichkeit bleibt, die ICD-10- bzw. später die ICD-11-Diagnosen zu verwenden und den Suchtcharakter der Symptome im Einzelfall zu beschreiben.

Die Phänomene finden sich in der Beratung und Behandlung sehr häufig, insbesondere bei Studierenden, und sie werden auch in unterschiedlichen Publikationen aus der therapeutischen Praxis (vgl. Schuhler & Vogelgesang 2011; Müller et al. 2018) oder auch epidemiologische Studien (DAK, 2023) beschrieben.

Als häufigste Erscheinungsform des spielerischen Umgangs mit dem PC/Internet nennt Petry (2010) das Gamen, Surfen und Chatten, worüber die Stimmungs- und Emotionsregulation, die Aufnahme von sozialen Beziehungen und die Identitätsbildung erfolgen kann. Dabei versteht Petry die PC-/Internetnutzung als ein „universelles Spielzeug“, in der alle Formen

des Spiels „um ihrer selbst willen (Zweckfreiheit)“ ausgelebt werden können (Petry, 2010).

2.2.2. Epidemiologie

Die PINTA Studie zur Prävalenz der Internetabhängigkeit und auch die nachfolgende PINTA-DIARI-Studie (2013, Bischoff et al.) kamen zu dem Ergebnis, dass 1,5 % (Frauen 1,3 %, Männer 1,7 %) der Internetnutzer*innen, eine Internetbezogene Störung entwickeln. Dabei ist die jüngere Bevölkerungsgruppe stärker betroffen. Hier steigt die Prävalenz bei den 14- bis 24-Jährigen auf 2,4 % (Frauen 2,3 %, Männer 2,5 %), bei den 14- bis 16-Jährigen auf 4,0 % (Frauen 4,9 %, Männer 3,1 %) an. Der hohe Anteil der jungen Mädchen hängt mit deren Affinität zu sozialen Netzwerken (77,1 %) und seltener zu Online-Spielen (7,2 %) zusammen. Im Gegensatz dazu nutzen Männer soziale Netzwerke in geringerem Ausmaß (64,8 %), dafür jedoch häufiger Online-spiele (33,6 %). Problematischen Internetgebrauch zeigten der Studie zufolge insgesamt 4,6 % der Befragten (Frauen 4,4 %, Männer 4,9 %).

Dem Forschungsbericht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Teilband Computerspiele und Internet (Orth & Merkel, 2020) und der DAK durchgeführte Längsschnittstudie „Mediensucht in Zeiten der Pandemie“ ist zu entnehmen, dass bei 6,3 % der Kinder und Jugendlichen eine Computerspielstörung besteht. Weitere 6,7 % zeigen eine pathologische Nutzung sozialer Medien. Der Anteil der betroffenen Mädchen ist demnach ebenso angestiegen wie die Nutzungszeiten, die deutlich über dem Vorpandemieniveau liegen (DAK Gesundheit, 2023).

2.2.3. Verlauf und Folgen

Verlauf: Viele der Betroffenen haben mit ihrem Nutzungsverhalten bereits im Alter von ca. 11–12 Jahren begonnen. Ab diesem Alter haben die meisten Kinder ein eigenes Smartphone und auch sonst Zugang zu internetfähigen Geräten, während Spielekonsolen zum Teil sogar schon deutlich früher zur

Verfügung stehen (Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest, 2023).

Nutzungsverhalten: Das Gaming stellt sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen das Hauptnutzungsverhalten dar (Bitkom, 2021; DAK, 2023; Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest (mpfs), 2023). Aber auch Social Media sowie Streamingdienste haben an Bedeutung gewonnen (ARD Media, 2024; DAK Gesundheit, 2023; Bitkom, 2023).

In 2022 spielten weltweit rund 3,2 Milliarden Menschen, davon 430 Millionen in Europa. In Deutschland spielt mittlerweile die Hälfte der Bevölkerung Computer- und Videospiele. Gaming ist somit in allen Altersgruppen angekommen, bei Männern (52 %) und Frauen (48 %) gleich häufig, das aktuelle Durchschnittsalter liegt bei 37,4 Jahren. Die meisten Spiele werden am Smartphone (22,6 Mio.) gespielt, gefolgt von Spielkonsolen (17 Mio.), PC (15,2 Mio.) und Tablet (9,9 Mio.) (Europäisches Verbraucherzentrum Deutschland, EVZ, 2023; Bitkom, 2021; Bitkom, 2023). Ein großer Markt sind sogenannte Free-to-Play, kurz: Free2Play Spiele. F2P ist, wie der Name sagt, kostenlos, Geld verdienen die Anbietenden mit Werbung oder mit kostenpflichtigen Zusatzangeboten, z. B. mit In-APP- und In-Game-Käufen, etwa mit Lootboxen (EVZ, 2023). Für In-App Käufe werden oft eigene „Währungen“ (Diamanten, Credits etc.) eingesetzt, die wiederum mit echtem Geld gekauft werden. Dadurch wird der Betrag für In-App-Käufe verschleiert.

Spieler*innen ist der Wert einer Lootbox im Vorfeld unbekannt, denn Lootboxen (Schatzkisten) können wertvolle, aber auch wertlose Gegenstände enthalten. Da es sich hier um ein Zufallsprinzip oder eventuell um einen kaum zu durchschauenden Algorithmus handelt, gibt es eine Verbindung zum Glücksspiel. Dies wird mit dem Begriff Gamebling, einer Kreuzung aus Gaming und Gambling (engl. Glücksspiel), beschrieben. In-APP-Käufe können aufgrund von Mikrotransaktionen harmlos erscheinen, bergen aber ein erhebliches Risiko, da sie sich in nahezu beliebiger Höhe und unbegrenzt tätigen lassen. So können binnen weniger Wochen hunderte von Euro ausgegeben und binnen einen Jahres Schulden von 50.000 Euro und mehr entstehen.

Unterschiedliche Nutzungsformen wie Gaming, Streaming und Surfen werden in der Praxis häufig parallel ausgeübt und weisen deshalb weitgehend dieselbe Funktionalität auf. Beim Gaming gibt es einfache Spielprinzipien in denen man – genügend Zeit vorausgesetzt – sehr erfolgreich sein kann. In einigen Spielen wie z. B. bei World of Warcraft (Wow), werden Spieler*innen für das Erkunden von unbekanntem Welten belohnt. Die Spiele erhalten regelmäßige Erweiterungen, so dass sie über Jahre hinweg attraktiv bleiben.

Die Spielewelt hat häufig Bezug zur Realität, da z. B. Mitschüler*innen mit im Clan oder der Gilde spielen, kann aber auch ein Ersatz für „echte“ peer-groups sein.

(Online)-Videospiele sind rund um die Uhr verfügbar und man kann sie weltweit vernetzt spielen. In Folge der nicht unerheblichen Zeitunterschiede kann es dazu kommen, dass Spieler*innen die Nacht zum Tag machen. Sie spielen in der Regel 8–10 Stunden und mehr pro Tag und mindestens 30 Stunden pro Woche, oft ohne während dieser Zeit zu essen oder zu trinken.

Insgesamt entwickeln männliche Jugendliche besonders häufig eine Computerspielstörung. Bei ihnen liegt die Prävalenzrate bei 6,8 %, bei weiblichen Jugendlichen bei 1,3 %. Das mag an der Art der bevorzugten Spiele liegen. Während Mädchen Puzzles oder soziale Spiele bevorzugen, wählen 12- bis 15-jährige Jungen meist Spiele mit viel Action, bei denen die Suchtgefahr als besonders hoch eingeschätzt wird (APA, 2022, S. 916).

Folgen: Das exzessive Computerspielen, Streamen oder Surfen, v. a. bei Vorliegen einer Computerspielstörung, führt zu körperlichen und psychosozialen Folgen:

- Überanstrengung der Augen
- Schlechte Körperwahrnehmung, Ausbleiben von Müdigkeits- und Hungerempfinden trotz Übermüdung und ungenügender Nahrungszufuhr
- Kein Bedürfnis nach menschlicher Nähe (zunehmende soziale Isolation)
- Schlafmangel und in der Folge erhebliche Konzentrationschwächen
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Haltungsschäden
- Vernachlässigung von schulischen oder beruflichen Verpflichtungen

2.2.4. Diagnostische Kriterien der Computerspielstörung nach ICD 11 und DSM-5-TR

Die Computerspielstörung ist gekennzeichnet durch ein anhaltendes oder wiederkehrendes Spielverhalten („digitales Spielen“ oder „Videospiele“), das online (d. h. über das Internet) oder offline stattfinden kann und sich durch folgende Merkmale äußert:

1. Eingeschränkte Kontrolle über das Spielen (z. B. Beginn, Häufigkeit, Intensität, Dauer, Beendigung, Kontext),
2. Zunehmende Priorität des Spielens in dem Maße, dass das Spielen Vorrang vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten hat; und
3. Fortsetzung oder Eskalation des Spielens trotz negativer Konsequenzen.

Das Muster des Spielverhaltens kann kontinuierlich oder episodisch und wiederkehrend sein. Das Spielverhalten führt zu einem ausgeprägten Leidensdruck oder einer erheblichen Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen,

schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Das Spielverhalten und andere Merkmale sind normalerweise über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten zu beobachten, damit eine Diagnose gestellt werden kann, obwohl die erforderliche Dauer verkürzt werden kann, wenn alle diagnostischen Anforderungen erfüllt sind und die Symptome schwerwiegend sind (WHO, 2022).

Das DSM-5-TR (APA, 2022, S. 914) definiert die Computerspielstörung als anhaltende und wiederholte Nutzung des Internets zur Teilnahme an Spielen, häufig mit anderen Spielern. Charakteristika sind u. a. ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Spielen, unangenehme Gefühle, wenn das Spielen eingestellt wird, das Bedürfnis, immer mehr Zeit mit Internetspielen zu verbringen, erfolglose Versuche, die Zeit des Spielens zu beschränken, Täuschung anderer Menschen über den Umfang des Spielens und Spielen trotz gravierender psychosozialer Folgen.

2.2.5. Komorbidität

Zu den häufigsten Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen gehören Depressionen, Angststörungen, das Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-) Syndrom (ADHS), Autismus-Spektrum-Störungen sowie Schlafstörungen (Kaess & Klar, 2024).

Erwachsene haben am häufigsten depressive Symptome sowie Angststörungen und bei substanzbezogenen Süchten ist die Abhängigkeit von Nikotin, aber auch – vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Cannabis zu nennen (siehe te Wildt, 2019). Neben den depressiven und (sozialen) Angststörungen werden auch die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, ADHS sowie Ess-Störungen und Adipositas beschrieben (Petry, 2010). Bei Schuhler et al. wiesen 57 % der Teilnehmenden eine depressive Störung, 28 % eine Persönlichkeitsstörung, 15 % eine soziale Phobie, 10 % eine Ess-Störung und 4 % ADHS auf (Schuhler et al., 2013). Petry und Schuhler beziehen den dysfunktionalen PC-/Internetgebrauch ausschließlich auf das Computerspielen, Chatten und Surfen, da alle anderen Nutzungsformen (Glücksspielen, Pornokonsum, Kaufen) anders klassifiziert werden.

2.2.6. Personenzentriertes Krankheitsverständnis

Personen, bei denen eine Computerspielstörung besteht, erleben sich in der Realität häufig als gescheitert, überfordert, uninteressant und unattraktiv, während sie sich im Spiel als erfolgreich, kommunikativ, kreativ, beliebt, clever, ausdauernd, vital und zufrieden empfinden.

Das Spielen im Rahmen der Computerspielstörung hat somit folgende Funktionalität:

Es ermöglicht eine ungefährliche Beziehungsgestaltung und das Selbst wird als ideal erlebt, steht im Mittelpunkt, verfügt über Anerkennung, Kontrolle, Macht, Erfolg und Attraktivität. Spielen ermöglicht darüber hinaus ein Gemeinschaftserleben (Teilhabe / Zugehörigkeit) sowie das Erleben von Freude, Glück, Stolz, Schaffensrausch, Wärme und Geborgenheit. Gaming bietet somit einen (weitgehend) sicheren Ort.

Vor dem oben beschriebenen Hintergrund sind die **Identitätsdiffusion** und das **Immersionserleben** die beiden Hauptmerkmale des Störungsbildes (Petry, 2010; Schuhler & Vogelgesang, 2011). Die Betroffenen identifizieren sich im Verlauf ihres Spielens zunehmend mehr mit dem erfolgreichen Avatar, statt mit sich selbst, da die eigene Person in der Realität scheitert. So wird das Gaming zunehmend bedeutsamer und interessanter als die Realität (Immersionserleben).

Auch bei Personen mit Computerspielsucht sind Belastungen durch negative Beziehungserfahrungen und emotionale Traumata in Kindheit und Jugend besonders häufig und führen zu primären Inkongruenzen.

Von außen betrachtet, ist der soziale Rückzug bis hin zur völligen Isolation besonders auffällig. Hintergrund ist zunächst fehlendes Vertrauen in Beziehungen und die Angst davor, anderen nicht genügen zu können und diese zu enttäuschen. Die frühkindlichen Beziehungserfahrungen von Personen mit Computerspielstörung sind oft durch Eltern mit psychischen oder auch Suchterkrankungen oder auch Eltern, die zu wenig Unterstützung haben geben können, geprägt. Die Eltern sind oft wenig verlässlich, nehmen die kindlichen Bedürfnisse nur unzureichend wahr und können diese auch nur unzureichend befriedigen. Häufig findet sich in der Biographie eine emotionale Vernachlässigung sowie Ausgrenzungs- und Mobbing Erfahrungen, so dass die Beziehungserfahrungen von Gamer*innen insgesamt eher negativ sind und sich auch in negativen Beziehungserwartungen widerspiegeln und zu Beziehungsstörungen führen.

Gamer*innen sind extrem kritisch mit sich selbst und haben perfektionistische, oft unerreichbare Ansprüche an sich selbst (überhöhtes Selbstideal). Das Selbstideal ist sehr auf Harmonie und Selbstlosigkeit, aber auch auf absolute Verlässlichkeit und Solidarität ausgerichtet und damit dem von depressiven Menschen vergleichbar – wobei Depressionen oft komorbid auftreten. Um befürchteter Kritik und Ablehnung zu entgehen, passen sich Betroffene entweder bis zur Selbstaufgabe an oder gehen Situationen, in denen es zu Konflikten und befürchteter Kritik kommen könnte, aus dem Weg.

Es besteht eine Inkongruenz zwischen dem Wunsch nach Sicherheit, Geborgenheit und Anerkennung einerseits und nach Autonomie und Individualität andererseits, so dass Gefühle von Wut, Aggression, Ablehnung, Ärger und eigene Bedürfnisse

abgewehrt werden. Vor dem Hintergrund der häufig sehr negativen Beziehungserfahrungen und -erwartungen sowie des frühen Einstiegs in das Computerspiel (bei dem die Bedürfnisse autark befriedigt werden können), werden Wünsche nach Zuwendung, Geborgenheit und Anerkennung in realen Beziehungen häufig nur verzerrt symbolisiert. Aufgrund des überhöhten Selbstideals und daraus resultierender Angst zu scheitern, lehnen die Betroffenen oft die Übernahme von Verantwortung und Selbstständigkeit ab und bleiben so häufig abhängig von anderen. Das Selbstkonzept lässt sich folgendermaßen beschreiben: „Ich muss die Erwartungen anderer 120 % erfüllen, um anerkannt und nicht verlassen zu werden.“, oder: „Ich werde andere enttäuschen, deren Erwartungen nicht erfüllen.“

Zudem entwickeln sich Probleme und Symptome als Folge des Computerspiels: Sozialer Rückzug von Seiten der betroffenen Person und Verlust von Interesse an anderen Aktivitäten führen zu negativen Reaktionen anderer Personen und zu sozialem Rückzug anderer Personen. Verschieben und Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Pflichten ziehen negative Konsequenzen in Schule, Studium oder bei der Arbeit nach sich. Diese Folgen des exzessiven Spielens geraten immer mehr in Widerspruch zu den Gründen, das Spielen fortzusetzen. Der Drang zum Computerspiel und die Freude oder wenigstens die Erleichterung beim Spielen selbst führen zu sekundären Inkongruenzen bzw. Diskrepanzen. Das exzessive Spielen, das zunächst eine Lösung der psychosozialen Probleme zu sein schien, verschlimmert diese. Der Wunsch, irgendetwas am eigenen Leben zu ändern, bleibt trotzdem ambivalent.

Störungsspezifische Themen:

- Drang zum Gamen
- Gamen wird als äußerst befriedigend erlebt
- ambivalente Abstinenzmotivation
- Prokrastination
- negatives Menschenbild
- eingeschränkte Leistungsmotivation
- Entwicklungsdefizite
- eingeschränkte Beziehungsfähigkeit
- Selbstwertzweifel und Kränkbarkeit
- fehlende soziale Kontakte und Hobbys
- Identitätsdiffusion
- perfektionistische Selbstansprüche (erhöhtes Selbstideal)

(Gauls, 2024)

Störungsspezifisches Vorgehen:

Es ergeben sich folgende übergeordnete Therapieziele:

- Stärkung der Veränderungsmotivation
- Rückfallprophylaxe
- Bearbeiten von Selbstzweifeln

- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
 - Stärkung der Selbstverantwortung und der Selbstbestimmung
 - Stärkung der Selbstakzeptanz („sich selbst annehmen können, Aufgabe des erhöhten Selbstideals“)
 - Stärkung der Selbstempathie (Gefühle zulassen, aushalten und ausdrücken können)
 - Stärkung der Selbstkongruenz (sich zeigen wie man ist)
- (Gauls, 2024)

In der Behandlung wünschen sich die Patient*innen ein hohes Maß an Sicherheit und befürchten gleichzeitig, dass auch der*die Therapeut*in sie ablehnen und alleine lassen wird. In Bezug auf das Gaming erwarten sie ebenfalls, dass der*die Therapeut*in dies ablehnt. Der*die Therapeut*in soll auf keinen Fall das Liebste wegnehmen.

Auch wenn sich die Patient*innen zunächst gut auf die therapeutische Beziehung einlassen, so handelt es sich häufig um eine Anpassungsleistung, die darin besteht, den Erwartungen des*der Therapeut*in zu entsprechen, um die erwartete Kritik und Ablehnung zu vermeiden. Gefühle von Wut und Ärger auf den*die Therapeut*in können (zunächst) nicht symbolisiert werden.

Da die Entwicklungsaufgaben meist nicht ausreichend bewältigt wurden, ist der therapeutische Prozess langwierig und kleinschrittig. Er kann durch Stagnation und Rückfälle gekennzeichnet sein und erfordert ein hohes Maß an Geduld.

Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf der Verbesserung der Beziehungsfähigkeit. Dabei geht es im Wesentlichen darum, wieder Interesse an Beziehungen zu wecken und die negativen Beziehungserwartungen abzubauen. Dies geschieht ganz wesentlich über Beziehungsarbeit und dementsprechend über die therapeutische Beziehung, die durch ein hohes Maß an Kongruenz, aber auch bedingungsloser Akzeptanz geprägt sein sollte. Hierzu gehört auch, die positiven Aspekte des Gamings und das nahezu krampfhaft daran festhalten wollen, wertzuschätzend zu begleiten. Auch hier müssen Ambivalenzen bearbeitet und die Eigenmotivation gestärkt werden, was jedoch im Gegensatz zur Glücksspielsucht deutlich schwieriger ist, da – wie erwähnt – das Gaming ausgesprochen positiv besetzt ist und dementsprechend oft nur ein geringer Leidensdruck besteht. Die Grundregel des Motivational Interviewing – die Ambivalenz akzeptieren und die Diskrepanzen bzw. Inkongruenzen herausarbeiten – gilt deshalb bei der Computerspielstörung in besonderer Weise.

Vor diesem Hintergrund arbeiten wir in unserer Einrichtung mit dem weiter oben beschriebenen Ampelmodell, welches immer wieder überprüft und ggf. angepasst wird. So kann aus der ursprünglichen Idee, das Gaming wieder kontrolliert

und ohne negative Folgen ausüben zu können, die Erkenntnis wachsen, dass eine Abstinenz die sinnvollere Alternative ist. Im Gegensatz zu anderen Süchten gelingt es beim Gaming aber einem Großteil der Betroffenen tatsächlich, ein kontrolliertes Nutzungsverhalten zu erreichen, das den anderen Zielen nicht im Weg steht und keine negativen Folgen nach sich zieht.

2.2.7. Computerspielstörung und Glücksspielstörung – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Die Computer- und Videospielstörung und die Glücksspielstörung haben Gemeinsamkeiten wie z. B. das erlebte Craving („Suchtdruck“) oder die fehlende Kontrolle über das eigene Verhalten. Beide Störungsbilder führen zu negativen Folgen, die jedoch unterschiedlich gelagert sind. Die wesentlichen Unterschiede sind durch das unterschiedliche Alter beim Beginn des Spielens und den Verlust der Kontrolle über das Spielen bedingt.

Personen mit Computerspielstörung weisen ein sehr niedriges Einstiegsalter auf, sodass Entwicklungsaufgaben oft nicht ausreichend bewältigt werden konnten. Die meisten waren schon vor Beginn des Spielens sozial isoliert. Hieraus resultiert eine mangelnde Beziehungsfähigkeit, aber auch eine häufig fehlende schulische und berufliche Ausbildung und der Hang, Verpflichtungen immer mehr zu verschieben (Prokrastination).

Personen mit Glücksspielstörung verfügen in der Regel über deutlich mehr Ressourcen. Dies hängt mit dem höheren Einstiegsalter, aber auch der unterschiedlichen Persönlichkeitsstruktur zusammen. Personen mit Glücksspielstörung sind zielstrebig und fleißig, haben in der Regel eine abgeschlossene Schulbildung und eine berufliche Ausbildung, sind berufstätig und definieren sich über Leistung und Geld. Demgegenüber sind Personen mit Computerspielstörung eher ziellos und in ihrem Handeln eher langsam. Hieraus resultieren unterschiedliche störungsspezifische Themen sowie ein unterschiedlicher Behandlungsansatz.

Die Arbeit mit sekundären Inkongruenzen nimmt bei Personen mit Glücksspielstörung wesentlich mehr Raum ein, da die Betroffenen unter den Folgen des Spielens leiden, unter anderem unter den finanziellen. Meist können sie gut zwischen Folgen des Glücksspiels und Problemen, die schon vor Beginn des Glücksspiels bestanden, unterscheiden. Bei der Computerspielstörung verstärken sich, wie oben angedeutet, die schon lange bestehenden Probleme durch das exzessive Spielen. Die scheinbare Lösung – das Spielen – wird zum zusätzlichen Problem.

Eine Gruppentherapie kann helfen, die genannten Therapieziele zu erreichen. Getrennte Gruppen sind vorzuziehen. Wenn Personen mit beiden Störungsbildern in einer Gruppe behandelt werden, können die beschriebenen Unterschiede die gegenseitige Empathie beträchtlich erschweren. Hierzu kann

auch der Umstand beitragen, dass sich bei der Glücksspielstörung in der Regel ein abstinentorientiertes Vorgehen empfiehlt.

Zusammenfassend helfen personenzentrierte Ansätze bei beiden Störungen den Betroffenen, Ambivalenzen zu erkennen und sie abzubauen, sowie Inkongruenzen bzw. Diskrepanzen wahrzunehmen und herauszuarbeiten. Die Betroffenen lernen, sich und ihre Gefühle zu akzeptieren, diese zu regulieren sowie soziale Beziehungen aufzubauen und zu pflegen.

Personen mit Computerspielstörung stehen gerade dabei vor ungleich schwereren Aufgaben, da viele von ihnen vor Beginn des Spielens wenig Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen konnten und sozial zurückgezogen lebten.

Bei der Glücksspielstörung ist der Leidensdruck durch das Erleben der Folgen des Glücksspiels meist ausgeprägter, als bei den Computerspieler*innen, die sich mit dem Gaming mehr identifizieren und mit deutlich weniger Leidensdruck in die Beratung kommen.

Glücksspieler*innen benötigen zusätzlich Beratung beim Geld- und Schuldenmanagement, aber auch Unterstützung beim Umgang mit den sekundären Inkongruenzen, allen voran Schuld- und Schamgefühlen, während Computerspieler*innen deutlich mehr Unterstützung in der Erledigung von Alltagsaufgaben, aber auch dem Aufbau von Freizeitgestaltung und sozialen Beziehungen benötigen.

Literatur

- Abbott M. W. (2020). The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: public health implications. *Public health*, 184, 41–45. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.04.003>
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.), (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe.
- American Psychiatric Association (APA) (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- ARD Media (2024). *ARD/ZDF-Medienstudie 2024*. <https://www.ard-media.de/media-perspektiven/studien/ard/zdf-medienstudie#c119924>, abgerufen am 22.02.2025.
- Banz, M. (2019). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2019 und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Doi: 10.17623/BZGA:225-GS-SY19-1.0
- Bensel, W. & Gauls, F. (2001). Die personenzentrierte Gesprächspsychotherapie bei pathologischen Glücksspieler:innen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 32, 145–150.
- Bensel, W. & Luderer, H. J. (2025). Störungen durch Konsum von Alkohol aus personenzentrierter Sicht. *Person* 29, 41–57.
- Bensel, W. (2012). Die vielfältigen Potenziale personenzentrierter Gruppentherapie. In: Bensel, W. & Fiedler, D. (Hrsg.) (2012): *Personenzentrierte Beratung von Suchtstörungen*. GWG-Verlag.

- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., Kastirke, N., John, U., & Rumpf, H. J. (2013). Comorbid Axis I-disorders among subjects with pathological, problem, or at-risk gambling recruited from the general population in Germany: results of the PAGE study. *Psychiatry research*, 210(3), 1065–1070. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.026>
- Bischof, G., Bischof, A., Meyer, C., John, U. & Rumpf, H.-J. (2013). *Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile (PINTA-DIARI), Kompaktbericht an das Bundesministerium für Gesundheit*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/PINTA-DIARI-2013-Kompaktbericht.pdf, abgerufen am 06.07.2024
- Bitkom (2021): *Gaming Trends 2021*. <https://www.bitkom.org/sites/default/files/2021-08/bitkom-charts-gaming-trends-23-08-2021.pdf>. Abgerufen 06.10.2023.
- Bitkom (2023): *Die Zukunft der Consumer Technology – 2023*. <https://www.bitkom.org/sites/main/files/2023-08/bitkom-studie-die-zukunft-der-consumer-technology-2023.pdf>. Abgerufen am 06.10.2023.
- Bodor, D., Ricijaš, N., & Filipčić, I. (2021). Treatment of gambling disorder: review of evidence-based aspects for best practice. *Current opinion in psychiatry*, 34(5), 508–513. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000728>
- Brand, M. & Potenza, N. P. (2019). In memory of Dr. Kimberly S. Young: The story of a pioneer. *Journal of behavioral addictions*, 8(1), 1–2. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.14>.
- Brand, M., Rumpf, H. J., Demetrovics, Z., Müller, A., Stark, R., King, D. L., Goudriaan, A. E., Mann, K., Trotske, P., Fineberg, N. A., Chamberlain, S. R., Kraus, S. W., Wegmann, E., Billieux, J., & Potenza, M. N. (2020). Which conditions should be considered as disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) designation of “other specified disorders due to addictive behaviors? *Journal of behavioral addictions*, 11(2), 150–159. Advance online publication. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00035>
- Buth, S., Meyer, G. & Kalke, J. (2022). *Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2021*. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD), Hamburg.
- Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., & Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 39(2), 92–103. <https://doi.org/10.1080/16506070903190245>
- Cowlshaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11, CD008937.
- DAK Gesundheit (2023). *Mediensucht in Zeiten der Pandemie*. Hamburg. https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/studie-mediensucht-2022-23_33242 Abgerufen am 27.01.2024.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2013). *Taschenführer zur ICD-Klassifikation psychischer Störungen*. Huber.
- Eriksen, J. W., Fiskaali, A., Zachariae, R., Wellnitz, K. B., Oernboel, E., Stenbro, A. W., Marcussen, T., & Petersen, M. W. (2023). Psychological intervention for gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of behavioral addictions*, 12(3), 613–630. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00034>
- Europäisches Verbraucherzentrum Deutschland (EVZ)(2023). *Gaming und digitale Inhalte*. <https://www.evz.de/einkaufen-internet/gaming.html>. Abgerufen am 06.10.2023.
- Feselmayer, S. & Heinzl, K. (1985). Die klientenzentrierte Psychotherapie mit Suchtkranken. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 8, 39–49.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie*. Thieme.
- Fortune, E. E. & Goodie, A. S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: A review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26 (2), 298–310. <https://doi.org/10.1037/a0026422>.
- Gauls, F. (2012). Der Personenzentrierte Ansatz in der Behandlung des pathologischen Glücksspiels. In: Bense, W. & Fiedler, D. (Hrsg.), (2012). *Personenzentrierte Beratung von Suchtstörungen*. GWG-Verlag.
- Gauls, F. (2024). *Verhaltenssüchte personenzentriert verstehen und behandeln*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., & el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 50–57. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.1.50>
- Horak, N. S., Eagle, G., Stein, D. J., & Lochner, C. (2021). Gambling Disorder and Childhood Trauma: A Complex Association. *Journal of gambling studies*, 37(2), 515–528. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09983-w>
- Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2016). *Lebensphase Jugend*. Beltz Juventa. 13. überarbeitete Auflage.
- Imperatori, C., Innamorati, M., Bersani, F. S., Imbimbo, F., Pompili, M., Contardi, A., & Farina, B. (2017). The Association among Childhood Trauma, Pathological Dissociation and Gambling Severity in Casino Gamblers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 203–211. <https://doi.org/10.1002/cpp.1997>
- Josephson, H., Carlbring, P., Forsberg, L., & Rosendahl, I. (2016). People with gambling disorder and risky alcohol habits benefit more from motivational interviewing than from cognitive behavioral group therapy. *PeerJ*, 4, e1899. <https://doi.org/10.7717/peerj.1899>
- Kaess, M. & Klar, J. (2022). Internet- und Computersucht bei Kindern und Jugendlichen. In: Fegert, J., Resch, F., Plener P., Kaess, M., Döpfner, M., Konrad, K. & Legenbauer, T. (2022). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer Reference Medizin. https://www.springermedizin.de/emedpedia/psychiatrie-und-psychotherapie-des-kindes-und-jugendalters/internet-und-computersucht-bei-kindern-und-jugendlichen?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-49289-5_98. Abgerufen am 16.10.2024.
- Lindenberg, K. & Sonnenschein, A. R. (2024). Verhaltenssüchte als neue ICD11-Diagnosen. *Psychotherapie* 69, 158–164. <https://doi.org/10.1007/s00278-024-00716>
- Loo, J. M. Y., Kraus, S. W., & Potenza, M. N. (2019). A systematic review of gambling-related findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of behavioral addictions*, 8(4), 625–648. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.64>
- Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest (mpfs)(2023). *JIM Studie 2023. Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger*. https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2022/JIM_2023_web_final_kor.pdf. Abgerufen am 06.07.2024.
- Meyer, C., Bischof, A., Westram, A., Jeske, C., de Brito, S., Glorius, S., Schön, D., Porz, S., Gürtler, D., Kastirke, N., Hayer, T., Jacobi, F., Lucht, M., Premper, V., Gilberg, R., Hess, D., Bischof, G., John, U., & Rumpf, H. J. (2015). The “Pathological Gambling and Epidemiology” (PAGE) study program: design and fieldwork. *International journal of methods in psychiatric research*, 24(1), 11–31.
- Meyer, G. (2023). Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.) *DHS Jahrbuch Sucht 2023*. Pabst Science Publishers.
- Meyer, G., Kalke, J., & Buth, S. (2023). Problem gambling in Germany: results of a mixed-mode population survey in 2021. *International Gambling Studies*, 24(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/14459795.2023.2182337>
- Miller, W. R. & Moyers, T. B. (2017). Motivational interviewing and the clinical science of Carl Rogers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 757–766. <https://doi.org/10.1037/ccp0000179>
- Miller, W. R. & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist* 64, 527–537.

- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung*, 3. Auflage. Lambertus.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2024). Why Motivational Interviewing Is a Person-Centered Approach. *Sucht* 70, Nr. 2, Published Online: 9 Apr 2024, Doi: <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000862>
- Müller, A., Wölfling, K. & Müller, K.W. (2018) *Verhaltenssüchte. Pathologisches Kaufen, Spielsucht und Internetsucht*. Hogrefe.
- Orth, B. & Merkel, C. (2020). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Teilband Computerspiele und Internet*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:225-DAS19-INT-DE-1.0
- Petry, J. (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Beltz.
- Petry, J. (2003): *Glücksspielsucht*. Hogrefe.
- Petry, J. (2010): *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internetgebrauch*. Hogrefe.
- Petry, N.M., Ginley, M.K., & Rash, C.J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of addictive behaviors. Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 31(8), 951–961. <https://doi.org/10.1037/adbo000290>
- Potenza, M.N., Balodis, I.M., Derevensky, J., Grant, J.E., Petry, N.M., Verdejo-Garcia, A., & Yip, S.W. (2019). Gambling disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), 51. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7>
- Premper, V. & Schulz, W. (2010). Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel. *Sucht* 54 (3) 131–140. <https://doi.org/10.1024/2008.03.03>
- Rossini-Dib, D., Fuentes, D. & Tavares, H (2015). A naturalistic study of recovering gamblers: What gets better and when they get better. *Psychiatry Research*, 227 (1), 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.003>
- Rumpf, H.-J., Batra, A., Bischof, A., Hoch, E., Lindenberg, K., Mann, K., Montag, C., Müller, A. Müller, K.W., Rehbein, F. Stark, R. te Wildt, B. Thomasius, R. Wölfling, K. & Brand, M. (2021): Vereinheitlichung der Bezeichnungen für Verhaltenssüchte. *Sucht* 67 (4), 181–185. <https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1024/0939-5911/a000720>.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Kreuzer, A. & John, U. (2011). *Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)*. Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Lübeck.
- Schuhler, P. & Vogelsang, M. (2011). *Abschalten statt Abdriften*. Beltz.
- Schuhler, P., Sobottka, B., Vogelgesang, M., Fischer, T., Flatau, M., Schwarz, S.; Bommundt, A. & Beyer, L. (2013). *Pathologischer PC-/Internetgebrauch bei Patient/Innen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*. Pabst.
- Schütze, C., Kalke, J., Möller, V., Turowski, T. & Hayer T. (2023). *Glücksspielatlas Deutschland 2023: Zahlen, Daten, Fakten*. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Arbeitseinheit Glücksspielforschung der Universität Bremen: Hamburg/Hamm/Bremen.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM)*. Asanger.
- Speierer, G.-W. (2012). *Das differenzielle Inkongruenzmodell in der Suchtbehandlung*. In: Bensel, W. & Fiedler, D. (Hrsg.), (2012). *Personenzentrierte Beratung von Suchtstörungen*. GWG-Verlag.
- SPIEGEL Netzwelt (2007). *Apple enthüllt das magische iPhone*. <https://www.spiegel.de/netzwelt/mobil/revolutionaeres-handy-apple-enthuellt-das-magische-iphone-a-458725.html>. Abgerufen am 23.09.23
- Suchtkooperation NRW (Hrsg.), (2021). *Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2021*. Köln. https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Monitoringbericht_2021_bf.pdf. Abgerufen am 26.10.2023.
- Swidens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. GWG Verlag.
- te Wildt, B. (2019). Diagnostik und Therapie der Internetsucht. *Psychiatrie und Neurologie* 4, 22–25. <https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2019/04/Diagnostik-und-Therapie-der-Internetsucht.pdf>. Abgerufen am 07.10.2023.
- Tran, L. T., Wardle, H., Colledge-Frisby, S., Taylor, S., Lynch, M., Rehm, J., Volberg, R., Marionneau, V., Saxena, S., Bunn, C., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2024). The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health* 9(8), e594–e613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00126-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00126-9)
- Wanke, K. (1985). *Normal-abhängig-süchtig. Zur Klärung des Suchtbegriffes*. In: DHS (Hrsg.): *Süchtiges Verhalten*. Hoheneck.
- Wardle, H., Degenhardt, L., Marionneau, V, Reith, G., Livingstone, C., Sparrow, M., Tran, L. T., Biggar, B., Bunn, C., Farrell, M., Kesaite, V., Poznyak, V., Quan, J., Rehm, J., Rintoul, A., Sharma, M., Shiffman, J., Siste, K., Ukhova, D., Volberg, R., Yendork, J.S. & Saxena, S. (2024). The Lancet Public Health Commission on gambling. *Lancet Public Health* 9, e950-e994.
- Weiss, N.H., Kiefer, R., Goncharenko, S., Raudales, A. M., Forkus, S.R., Schick, M.R., & Contractor, A. A. (2022). Emotion regulation and substance use: A meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 230, 109131. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109131>
- World Health Organization (WHO) (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#499894965>, retrieved October 16, 2024. Deutsch: Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2022): 11. Revision der ICD der WHO (ICD-11). https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html. Abgerufen am 26.10.2023
- Young, K. (1999). *Caught in the net. Suchtgefahr Internet*. Kösel-Verlag.
- Young, K., Pistner, M., O'Mara, J. & Buchanan, J. (2000). Cyber-Disorders-The Mental Health Concern for the New Millennium. *Cyber Psychology & Behavior*, 3(5), 475–479.

Personenzentrierte Haltung im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung?¹

Felix M. Böcker²
Naumburg

Zusammenfassung

Können Fachärztinnen und Fachärzte, die sich dem personenzentrierten Ansatz verpflichtet fühlen und in ihrem therapeutischen Alltag gewohnt sind, empathisch zu reagieren, im Kontext der Erstattung von Gutachten personenzentriert bleiben, obwohl sie in der Rolle von Sachverständigen als „Gehilfen des Gerichts“ ihren Probandinnen und Probanden unparteiisch, neutral und unvoreingenommen gegenüber treten sollen? Nach einem kurzen Überblick über typische Fragestellungen und methodische Standards psychiatrischer Gutachten wird der Ablauf einer Begutachtung von der Vorbereitung über die Exploration und Befunderhebung bis zur Symptomvalidierung und zum Abfassen der Beurteilung skizziert. Dabei wird deutlich, dass ein personenzentrierter Gesprächsstil für die Informationsgewinnung durchaus hilfreich sein kann. Jederzeit transparent zu bleiben, ist hingegen meist nicht möglich; in der Regel kann Transparenz teilweise am Ende der Exploration und vollständig erst im schriftlichen Gutachten hergestellt werden. Anders als Therapeutinnen und Therapeuten sind sachverständige Personen gehalten, ihren Probandinnen und Probanden mit einer prinzipiell skeptischen Haltung zu begegnen und alle Angaben mit Informationen aus anderen Quellen abzugleichen und abschließend zu bewerten. Dies ist der nicht wertenden personenzentrierten Haltung wesensfremd.

Schlüsselwörter: Fachärztliche psychiatrische Begutachtung; Sachverständige; personenzentrierte Haltung; empathisches Reagieren; Transparenz

Summary

Can psychiatrists who feel committed to the person-centered approach and are used to reacting empathetically in their everyday therapeutic practice remain person-centered in the context of providing expert opinions, even though they are supposed to be impartial, neutral and unbiased in their role as “assistants to the court”? After a brief overview of typical questions and methodological standards of psychiatric expert opinions, the course of an appraisal is outlined, from preparation, exploration and assessment of findings to symptom validation and conclusions. It becomes clear that a person-centered style of conversation can be very helpful in obtaining information. However, it is usually not possible to remain transparent at all times; as a rule, transparency can only be established partially at the end of the exploration and completely in the written assessment. Unlike therapists, experts are required to approach their subjects with a fundamentally skeptical attitude, to compare the subject’s narrative with information from other sources and to make a final evaluation. This is alien to the non-judgmental, person-centered approach.

Keywords: Psychiatric expert opinion; expert witness; person-centered approach; empathic response; transparency

<https://doi.org/10.24989/person.v29i1.7>

1 Herrn **Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer**, Weinsberg/Heilbronn, zum 75. Geburtstag in freundschaftlicher Verbundenheit.

2 **Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker**, Jahrgang 1957, ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Ruhestand und im Ehrenamt unabhängiger Patientenführer für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Burgenlandkreis.

Er hat in Kiel und Ulm Humanmedizin studiert, in Günzburg und Erlangen bei Prof. Lungershausen und Prof. Neundörfer die Facharzt-Weiterbildung absolviert und in den achtziger Jahren bei Wolfgang Pfeiffer, Hans Henning und Hans-Jürgen Luderer eine Grundausbildung in klientenzentrierter Gesprächstherapie erhalten. Er war von

1993 bis 2023 Chefarzt der Klinik für psychische Erkrankungen am Klinikum Burgenlandkreis in Naumburg.

Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt hat ihm die Schwerpunktbezeichnung Forensische Psychiatrie verliehen, die DGPPN das Zertifikat Forensische Psychiatrie. Zwischen 1982 und 2022 hat er mehr als 1800 Gutachten erstattet. Ferner hat er mehrfach für Ärzte in Weiterbildung Grundkurse in forensischer Psychiatrie über 16 Doppelstunden angeboten. Seit 2006 ist er Moderator eines forensisch-psychiatrischen Qualitätszirkels im Dreiländereck von Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen.

1. Vorbemerkung, Limitationen

Die folgenden Überlegungen beruhen auf den persönlichen Erfahrungen des Verfassers während seiner klinischen Tätigkeit. Eine systematische Literaturrecherche wurde nicht durchgeführt. Bezüglich des fachlichen Hintergrunds sei verwiesen auf die einschlägigen Lehrbücher (Nedopil & Müller, 2017; Nedopil & Krupinski, 2001; Venzlaff, Foerster, Dreßing & Habermeyer, 2020; Rasch, Konrad & Huchzermeier, 2019; Kröber, Dölling, Leygraf & Saß, 2007; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2011; Widder & Gaidzik, 2022; Hausotter, 2013; Hausotter & Schuler-Ozak, 2014), die aktuellen Leitlinien der AWMF und der Bundesanstalt für Straßenwesen und die Versorgungsmedizin-Verordnung.

Im Text wird zwischen Patienten und Probanden unterschieden. Den Bezugsrahmen bilden die rechtlichen Verhältnisse in Deutschland. Gegenstand des Beitrags ist die gutachterliche Beurteilung durch Fachärzte (für Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenheilkunde) und nicht die Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen durch andere Berufsgruppen.

Der Verfasser geht davon aus, dass der personenzentrierte Ansatz den Lesern der Zeitschrift „Person“ vertraut ist. Als Referenz genannt seien insbesondere die beiden Bände des Lehrbuchs von Behr, Hüsson, Luderer und Vahrenkamp (2017, 2020); als sehr hilfreich in Erinnerung sind ihm auch zwei Bücher von Jobst Finke (1994, 1997).

2. Einführung

In allen Rechtsgebieten unterscheidet die Rolle von Sachverständigen im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung sich gravierend von der Rolle behandelnder Ärzte oder Psychotherapeuten (Foerster & Dreßing, 2020) (Tab. 1): Wer für die Behandlung von Patienten verantwortlich ist, darf für diese eingenommen und somit parteiisch sein. Gutachter hingegen sollen in ihrer Rolle als „Gehilfe des Gerichts“ der Wahrheitsfindung dienen und müssen Probanden deshalb neutral und unvoreingenommen gegenüber treten und Distanz wahren, um objektiv bleiben zu können. Das gilt auch dann, wenn es sich um ein von Probanden selbst in Auftrag gegebenes „Parteigutachten“ handelt. Manche Ärzte oder Therapeuten sind sich im Praxis- oder Klinikalltag nicht darüber im Klaren, dass sie einen Rollenwechsel vom Behandler zum Sachverständigen vollziehen, wenn sie Arbeitsunfähigkeit, Verhandlungsunfähigkeit oder Betreuungsbedürftigkeit bescheinigen.

Die Beziehung von Therapeuten zu Patienten soll diesen eine persönliche Weiterentwicklung ermöglichen; die Beziehung, die Sachverständige im Rahmen von Begutachtungen herstellen, soll hingegen die Beantwortung einer konkreten Fragestellung vorbereiten. Deshalb wird im Folgenden zu untersuchen sein, inwieweit eine personenzentrierte, vom Bemühen um Empathie, Authentizität (also Kongruenz und Transparenz) und positiver Wertschätzung geprägte Haltung von Sachverständigen mit deren Auftrag und Rolle vereinbar ist. Welche Möglichkeiten haben Sachverständige, einfühlsam, transparent und wohlwollend zu bleiben, ohne aus der Rolle zu fallen, und wo kollidiert eine solche Haltung womöglich mit ihrem Auftrag?

Tabelle 1: Wesentliche Aspekte der Rolle von Behandlern und Sachverständigen:

Behandler	Sachverständige
Partei	Neutral („Gehilfe des Gerichts“, „dienen der Wahrheitsfindung“)
Voreingenommen zugunsten von Patienten	Unvoreingenommen, um Objektivität bemüht
In der Regel nicht verpflichtet, anamnestiche Angaben anzuzweifeln	Stets verpflichtet, Widersprüche aufzugreifen und die Stichhaltigkeit und Glaubwürdigkeit anamnestiche Angaben zu prüfen
Meist eingeschränkte Beurteilungsgrundlage, weil wesentliche Anknüpfungstatsachen nicht bekannt sind	Beurteilung stets aufgrund möglichst vollständiger Informationen (Akten!)
Oft mit dem jeweiligen Rechtsgebiet nicht vertraut	Zur Weiterbildung bezüglich des jeweiligen Rechtsgebietes verpflichtet
Entsprechen den Attest-Wünschen von Patienten, um die Arzt-Patient-Beziehung nicht zu belasten	Befolgen methodische Standards der Begutachtung
Entscheiden unvorbereitet situativ	Unterbreiten die Tatsachen, überlassen die Beweiswürdigung dem Auftraggeber

3. Typische Fragestellungen psychiatrischer Gutachtenaufträge (Tabelle 2)

Im **Strafrecht** werden psychiatrische Gutachten im Rahmen von Ermittlungs- und Strafverfahren zunächst dann benötigt, wenn die Vermutung bestätigt oder widerlegt werden soll, dass eine strafbare Handlung im Zustand der *Schuldunfähigkeit* (§ 20 StGB³) oder der *erheblich verminderten Schuldfähigkeit* (§ 21 StGB) begangen wurde. Hinsichtlich des Tatbestands soll die sachverständige Person an das Ergebnis der Ermittlungen anknüpfen und ihre Beurteilung auf das Ergebnis der Beweisaufnahme durch das Gericht stützen. Deshalb wird sie bis zur Eröffnung der Hauptverhandlung meist nur ein vorläufiges Gutachten erstatten können und in der Hauptverhandlung zugegen sein müssen.

Wenn vom Gericht Schuldunfähigkeit oder erheblich verminderte Schuldfähigkeit sicher festgestellt werden kann, ist zudem zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine *Unterbringung* in einer Klinik für forensische Psychiatrie (§ 63 StGB) vorliegen; bei einer Substanzkonsumstörung kann auch eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) in Betracht kommen. In diesen Fällen wird eine (standardisierte strukturierte) *Gefährlichkeitsprognose* benötigt. Das gilt auch, wenn über die Entlassung aus einer unbefristeten Unterbringung oder deren Verlängerung entschieden werden soll.

Um zur *strafrechtlichen Verantwortlichkeit von Jugendlichen und Heranwachsenden* Stellung nehmen zu können, müssen Sachverständige nicht nur psychische Erkrankungen erfassen, sondern darüber hinaus prüfen, ob Jugendliche (14 bis unter 18 Jahre alt, § 3 JGG) zur Zeit der Tat nach ihrer sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug waren, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln, und ob Heranwachsende (18 bis unter 21 Jahre alt, § 105 JGG) nach ihrer sittlichen und geistigen Entwicklung noch einem Jugendlichen gleichstanden; zu würdigen ist ausdrücklich die Persönlichkeitsentwicklung unter Berücksichtigung der Umweltbedingungen.

Weitere Fragen in Ermittlungs- und Strafverfahren können sich auf die Vernehmungsfähigkeit, die Verhandlungsfähigkeit, die Gewahrsamstauglichkeit und die Haftfähigkeit beziehen. Die Beurteilung der *Glaubhaftigkeit* von Zeugenaussagen fällt in erster Linie in das Fachgebiet der forensischen Psychologie (Volbert, Steller & Gabler, 2007).

Im **Verkehrsrecht** wird es um die *Fahreignung* und deren mögliche Beeinträchtigung durch psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen gehen; die Berechnung der Blutalkoholkonzentration zur Tatzeit gehört hingegen noch ins Gebiet des Strafrechts.

Tabelle 2: Rechtsgebiete und Fragestellungen (Auswahl)

Strafrecht:	Schuldunfähigkeit und erheblich verminderte Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB); Maßregeln der Besserung und Sicherung (§§ 63, 64, StGB, 126a StPO); Gefährlichkeitsprognose, Entlassung aus dem Maßregelvollzug (§ 67d StGB); strafrechtliche Verantwortlichkeit von Jugendlichen und Heranwachsenden (§§ 3, 105 JGG); Vernehmungsfähigkeit, Verhandlungsfähigkeit; Gewahrsamstauglichkeit, Haftfähigkeit; [Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen].
Verkehrsrecht:	Fahreignung.
Zivilrecht:	Betreuungsrecht (§§ 1814, 1827 BGB); Unterbringungsrecht (§ 1831 BGB, Psychisch- Kranken- Gesetze der Bundesländer); Genehmigung ärztlicher Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB); Geschäftsfähigkeit, Einwilligungsfähigkeit; Deliktfähigkeit, Prozessfähigkeit; Ehefähigkeit, Testierfähigkeit; Dienstfähigkeit (Beamtenrecht, Soldatenrecht, Richterdienstrecht); Berufsunfähigkeit (private Berufsunfähigkeitsversicherung); Unfallfolgen (private Haftpflicht- und Unfallversicherung); [Erziehungsfähigkeit (Familienrecht)].
Sozialrecht:	Leistungsvermögen im Erwerbsleben (gesetzliche Rentenversicherung); Unfallversicherungsrecht (gesetzliche Unfallversicherung); Schwerbehindertenrecht; Soziales Entschädigungsrecht.

3 Alle Gesetzestexte im Internet unter www.bundesrecht.juris.de

Im **Zivilrecht** sind sehr häufig die Voraussetzungen für die Errichtung einer *Betreuung* zu prüfen, also die Frage, ob Probanden infolge einer Krankheit oder Behinderung daran gehindert sind, persönliche Angelegenheiten selbst rechtlich zu besorgen (§ 1814 BGB). Vor *freiheitsentziehenden Maßnahmen* nach BGB (§ 1831) und nach den Unterbringungsgesetzen der Länder und vor ärztlichen Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB) wird ebenfalls psychiatrische Expertise benötigt. Weitere zivilrechtliche Fragestellungen können sich auf die Geschäftsfähigkeit, Einwilligungsfähigkeit, Deliktfähigkeit, Prozessfähigkeit, Ehefähigkeit oder Testierfähigkeit beziehen. In den Bereich des Zivilrechts gehört ferner die Begutachtung der *Dienstfähigkeit* von Beamten, Soldaten und Richtern und der Leistungsvoraussetzungen privater *Berufsunfähigkeitsversicherungen* und privater *Haftpflicht- und Unfallversicherungen*.

Zur Frage nach der *Erziehungseignung* und *Erziehungsfähigkeit von Eltern* in Verfahren nach dem Familienrecht werden eher andere Berufsgruppen gehört (etwa Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichentherapeuten), die auch nach anderen Standards vorgehen: Häufig sollen sie im Auftrag des Familiengerichts „lösungsorientiert begutachten“ und zugleich mit der Informationsgewinnung bereits eine Intervention versuchen.

Im **Sozialrecht** werden häufig in Rentenverfahren fachärztliche Gutachten benötigt zu den Auswirkungen von Erkrankungen auf das *Leistungsvermögen im Erwerbsleben*. Die psychischen Folgen von *Arbeitsunfällen* können Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung begründen. Im Rahmen des Schwerbehindertenrechts ist zum *Grad der Behinderung* Stellung zu nehmen; im *sozialen Entschädigungsrecht* sind neben anderen Fragestellungen die psychischen Folgen erlittener Straftaten zu beurteilen.

4. Methodisches Vorgehen bei der psychiatrischen Begutachtung

Manche Gutachten müssen nach Aktenlage erstattet werden, etwa wenn bei einer verstorbenen Person postum Zweifel an der Testierfähigkeit zu Lebzeiten angemeldet werden, wenn nach einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt die gesetzliche Krankenkasse die Notwendigkeit der stationären Behandlung bestreitet oder wenn (zum Beispiel nach einem Kliniksui-zid) der Vorwurf eines ärztlichen Behandlungsfehlers mit tödlichem Ausgang erhoben wurde. In den meisten Fällen gehört es hingegen ausdrücklich zum Auftrag der sachverständigen Person, die Probandin oder den Probanden persönlich zu befragen und zu untersuchen. Befragungen von Dritten, etwa Angehörigen

oder Bezugspersonen, oder andere eigene Ermittlungen sind in vielen Rechtsgebieten hingegen nicht statthaft.

Stets wird eine ausführliche *Anamnese* erwartet, die mindestens die aktuellen Beschwerden, die Krankheitsvorgeschichte, die Biographie und die soziale Situation, körperliche und vegetative Funktionen und das aktuelle seelische Befinden umfasst und je nach Fragestellung etwa um Angaben zum Tagesgeschehen, zum Tagesablauf oder zur Sexualanamnese erweitert werden muss. Immer ist der psychopathologische *Befund* zu beschreiben und häufig auch die Persönlichkeit und die intellektuelle Leistungsfähigkeit der Probandin oder des Probanden einzuschätzen. Der klinische Befund kann durch den Einsatz einfacher *standardisierter Testverfahren* ergänzt werden. *Zusatzuntersuchungen* im unbedingt erforderlichen Umfang (Labor, Bildung, eingehende Psychodiagnostik) sind möglich, bedürfen aber der vorherigen Genehmigung des Auftraggebers.

Gestützt auf ein international verbindliches Klassifikationssystem mit operationalisierten Kriterien, wie das Diagnostische und Statistische Manual der American Psychiatric Association (DSM-IV, DSM-5) oder die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, ICD-11) wird anzugeben sein, ob und mit welcher Wahrscheinlichkeit eine oder mehrere *Diagnosen* zu stellen sind, und auch zu begründen, welche psychischen Störungen aktuell nicht festgestellt werden können. Diagnosen allein genügen allerdings nicht; vielmehr bildet erst der *Schweregrad* der Störung zum jeweils fraglichen Zeitpunkt die entscheidende Grundlage für die weitere Beurteilung. Ferner ist häufig der bisherige und der künftig zu erwartende *Verlauf* relevant und die *Prognose* ohne oder mit *Behandlung*. Aus der Erörterung dieser Aspekte, die in jedes psychiatrische Gutachten gehören, wird sich erst die Stellungnahme zu der jeweils spezifischen Fragestellung ableiten lassen. Dabei kommt es nicht auf die Privatmeinung der sachverständigen Person an, sondern auf den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis.

5. Der Personenzentrierte Ansatz

Auf eine sachverständige Person, die sich dem personenzentrierten Ansatz verpflichtet fühlt und diese Haltung und den Gesprächsstil auch im Rahmen einer gutachterlichen Untersuchung nicht verlassen will, kommen besondere Herausforderungen zu:

Dem Optimismus, der Carl Rogers zu dem Postulat einer allen Menschen innewohnenden selbstaktualisierenden Tendenz geführt hat, steht die Erfahrung entgegen, dass Probanden in der Begutachtungssituation anders als in einem therapeutischen Prozess keine konstruktive Persönlichkeitsänderung

anstreben, sondern oft versuchen, einen ganz bestimmten Eindruck zu vermitteln und ihre ganz persönlichen Ziele zu erreichen. Untersucherinnen und Untersucher müssen mit der Möglichkeit rechnen, dass ihre Gesprächspartner nicht ganz offen kommunizieren und Fragen in einer Weise beantworten, von der sie glauben, dass sie ihren Interessen nützt (AWMF, 2019b⁴; Hausotter, 2013⁵). Wo Psychotherapeuten ihren Patienten vertrauen dürfen, müssen sachverständige Personen aus ihrem Auftrag und ihrer Rolle heraus skeptisch bleiben. Eine solche Haltung grundsätzlichen Misstrauens ist dem personenzentrierten Ansatz an sich fremd.

Das muss sachverständige Personen nicht daran hindern, sich gewissermaßen in die Schuhe ihrer Gegenüber zu stellen, also den subjektiven Bezugsrahmen von Probanden wahrzunehmen und einzubeziehen und sich empathisch um einen verstehenden Zugang zu deren Erleben und Verhalten zu bemühen. Sie können aber nicht damit rechnen, dass ein Gesprächsstil, der Nachfragen mit empathischem Reagieren abwechselt, wie in der Therapie zu vermehrter Selbstöffnung führen wird.

Zur personenzentrierten Haltung gehört es ferner, selbst kongruent, also mit sich im Reinen, zu sein und möglichst transparent zu bleiben. Wir werden sehen, dass das prinzipiell möglich ist, dass aber völlige Transparenz nicht zu jedem Zeitpunkt der gutachterlichen Exploration hergestellt werden kann.

Fachärztinnen und Fachärzte bekommen es im Kontext der Begutachtung überzufällig häufig mit Menschen zu tun, die sich in einer Weise verhalten oder verhalten haben, die von der Mehrheit der Mitmenschen missbilligt und abgelehnt wird. Wer sich etwa Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung von Kindern hat zuschulden kommen lassen, muss sogar in der Gruppe der Strafgefangenen in besonderem Maße mit der Geringschätzung und Verachtung der Mitgefangenen rechnen. Und wer durch sogenanntes Krankheitsverhalten versucht, sich eine Sozialleistung zu erschleichen, und damit letztlich die Solidargemeinschaft betrügen will, verhält sich zwar in einer Weise, die gesellschaftlich weit verbreitet ist, handelt aber nicht im Einklang mit dem kategorischen Imperativ von Immanuel Kant. Von Sachverständigen muss erwartet werden, dass sie ihre persönlichen Werturteile für sich behalten und stets zwischen der Person und ihrem Verhalten zu trennen wissen; gleichwohl kann es aufgesetzt und unecht wirken, wenn in einer solchen Situation versucht wird, über den Respekt hinaus, den jede Person als Mitmensch verdient, positive Wertschätzung zum Ausdruck zu bringen. Wenn eine mögliche Antipathie keine Rolle spielen soll, so darf auf der anderen Seite auch Sympathie

oder empfundenes Mitgefühl etwa mit Opfern von Unfällen oder Übergriffen nicht dazu verleiten, die gesetzlich oder vertraglich normierten Grundlagen der medizinischen Beurteilung außer Acht zu lassen.

Im Folgenden sollen anhand der einzelnen Schritte der Begutachtung die Schwierigkeiten und mögliche Lösungen kurz skizziert werden.

6. Vorbereitung der Begutachtung:

Gerichte pflegen Sachverständige, die unter Beweis gestellt haben, dass sie qualitativ akzeptable Gutachten liefern können, gern mit Anschlussaufträgen zu überfluten. So schmeichelhaft das erscheinen mag, sollen nur so viele Aufträge angenommen werden, wie auch zeitnah bearbeitet werden können, denn es ist naheliegend anzunehmen, dass die Probanden die Einbestellung in einer ängstlichen Anspannung mit Ungeduld erwarten.

Der Verfasser hielt es für wichtig darauf zu achten, dass Termine zeitlich so vergeben wurden, dass sein Arbeitsort vom Wohnort der Probanden aus zum vorgesehenen Termin in zumutbarer Zeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar war; erforderlichenfalls wurde mit dem Einladungsschreiben eine Fahrplanauskunft versandt; die Verbindungen im Internet zu recherchieren, nimmt nur wenige Minuten in Anspruch. Auf eine persönliche Kontaktaufnahme zur Terminabsprache, die als Parteinahme interpretiert werden könnte, soll hingegen verzichtet werden.

Außerdem soll das Einladungsschreiben eine Orientierung darüber ermöglichen, mit welcher Untersuchungsdauer zu rechnen ist. Der Satz *„Die Untersuchung wird möglicherweise den ganzen Tag in Anspruch nehmen“* signalisiert wenigstens, dass eine gründliche Befunderhebung geplant ist. Ein Hinweis auf notwendige Hilfsmittel soll ebenfalls nicht fehlen (*„sofern Sie Brillenträger sind oder ein Hörgerät benutzen, bringen Sie diese Hilfsmittel bitte mit“*).

Die AWMF-Leitlinien zur Begutachtung enthalten die klare Empfehlung, dass Sachverständige sich vor der Exploration mit dem Inhalt der Akten vertraut machen sollen. Den Probanden gewissermaßen naiv und „ahnungslos“ gegenüber zu treten, ohne zu wissen, worum es geht, wird nicht empfohlen. Das beim Aktenstudium erworbene Vorwissen werden Untersucher nicht ausblenden können. Das Interesse an dem, was Probanden persönlich zu sagen hat, dürfen sie deshalb allerdings nicht verlieren. Selbst wenn eine Probandin oder ein Proband unwillig wird (*„Das steht doch alles in den Akten! Sie haben wohl die Akten nicht gelesen?“*), müssen sie freundlich, aber bestimmt darauf bestehen, alle relevanten Inhalte mit dem Probanden durchzusprechen. – Hilfreich ist ein Aktenregister in

4 Darin Abschnitt 4 zur Beschwerdevalidierung.

5 Darin Kapitel 17 „Aggravation und Simulation in der Begutachtung“, S. 205–213.

Form einer chronologisch geordneten Excel- Tabelle, die es ermöglicht, wichtige Schriftstücke, wenn sie im Verlauf des Gesprächs gebraucht werden, anhand der Blattnummer schnell aufzufinden.

7. Beginn der Exploration

Dass für die Exploration ein ruhiger, ausreichend belichteter, beheizter und belüfteter, ordentlich aufgeräumter Arbeitsraum zur Verfügung steht und dass erforderliche Utensilien zur Hand sind, sollte ebenso selbstverständlich sein wie angemessene Kleidung der untersuchenden Person⁶. Wichtig ist, dass für das Gespräch und die anschließende Befunderhebung ein genügend langer Zeitraum eingeplant wird, in dem Störungen von außen möglichst unterbleiben; dringende Telefonate oder andere unaufschiebbare Dienstgeschäfte können erforderlichenfalls in den Pausen erledigt werden.

Wer sich die kleine Mühe macht, Probanden persönlich im Wartebereich abzuholen und in das Untersuchungszimmer zu bringen, findet häufig Gelegenheit zu einer szenischen Wahrnehmung der vorgefundenen Situation und der Interaktion mit Begleitpersonen; ggf. können diese kurz begrüßt und über die zu erwartende Untersuchungsdauer informiert werden.

Gelegentlich werden Sachverständige mit dem Wunsch konfrontiert, dass Begleitpersonen während der Exploration anwesend sein sollen. Für Verfahren im Sozialrecht hat das Bundessozialgericht am 27.10.2022 (B 9 SB 1/20 R) entschieden, dass es den Beteiligten grundsätzlich frei stehe, eine Vertrauensperson zu einer gerichtlich angeordneten gutachterlichen Untersuchung mitzunehmen, sofern deren Anwesenheit eine geordnete und effektive Beweiserhebung nicht objektiv erschwert oder verhindert. Die Entscheidung über die Anwesenheit eines Dritten während einer gerichtlich angeordneten gutachterlichen Untersuchung liege im Streitfall allein in der Kompetenz des Gerichts. Im Zivilverfahren ist es beiden Parteien gestattet, der Untersuchung, die rechtlich wie ein Ortstermin betrachtet wird, beizuwohnen. Mithin werden Sachverständige dem Wunsch, wenn er vorgetragen wird, stattgeben und die Sitzordnung im Untersuchungsraum geschickt so anordnen müssen, dass die Begleitperson im Blickfeld der untersuchenden Person, aber nicht im Blickfeld der Probandin oder des Probanden sitzt, damit sie nicht unbemerkt nonverbal in den Ablauf der Exploration eingreifen kann.

Der Verfasser empfiehlt, die Exploration zunächst mit den Fragen nach den persönlichen Daten der zu befragenden Person zu beginnen⁷. Auch wenn diese Informationen möglicherweise der Akte entnommen werden können, lohnt es sich, die wenigen Minuten zu investieren, um bei noch relativ unverfänglichen und nicht überraschenden Inhalten erst einmal einen Gesprächskontakt zu etablieren; außerdem werden die Antworten einen ersten Eindruck von den kognitiv- mnestischen Fähigkeiten und der Kooperationsbereitschaft vermitteln.

Anschließend kann mit der Frage „Worum wird es heute gehen?“ kurz erkundet werden, wie gut die Person über den Anlass der Einbestellung und den Gegenstand des Verfahrens informiert ist und wie sie dazu steht: Stürzt sie sich gleich in die Schilderung ihrer Beschwerden, fällt sie durch „Herumeiern“ auf oder kann sie klar benennen, was mit Hilfe des Gutachtens geklärt werden soll? An dieser Stelle können Sachverständige bereits ihr Interesse an der persönlichen subjektiven Probandensicht signalisieren.

Bevor mit der eigentlichen Exploration begonnen werden kann, muss nun aber zunächst noch die Aufklärung über den tatsächlichen Gutachtenauftrag, die Rolle der bzw. des Sachverständigen, ggf. das Schweigerecht der Probandin bzw. des Probanden, die gegenüber dem Auftraggeber und den Verfahrensbeteiligten fehlende Schweigepflicht und den Umgang mit den elektronisch verarbeiteten Daten vorgenommen und aktenkundig gemacht werden. Selbstverständlich kann dies im Vorfeld schriftlich anhand eines Merkblatts im Stil allgemeiner Geschäftsbedingungen erfolgen, die von den Probanden unterschrieben, aber oft nicht gelesen werden. Aus der personenzentrierten Haltung heraus hat der Verfasser es stets vorgezogen, die Aufklärung im persönlichen Gespräch mündlich und interaktiv zu gestalten und den Inhalt des Aufklärungsgesprächs anhand von Gesprächsnotizen zu dokumentieren und im Gutachten wiederzugeben. Ob dies im Streitfall genügt, um der Behauptung entgegen zu treten, dass keine Aufklärung stattgefunden habe, hat der Verfasser nie klären müssen.

Wenn die Probandin bzw. der Proband über ihre bzw. seine Rechte informiert ist und bestätigt, die wesentlichen Inhalte verstanden und dazu keine weiteren Fragen zu haben, kann der Beginn der Exploration mit der Darstellung des geplanten Ablaufs der Begutachtung abgeschlossen werden. Die Wahl der Reihenfolge der einzelnen Elemente, ob etwa mit der Beschwerdeschilderung oder mit der Erhebung der biographischen Anamnese begonnen werden soll, kann in vielen Fällen der zu befragenden Person überlassen werden.

⁶ Der Verfasser kennt Berichte von Probanden über einen fachärztlichen Kollegen, der Probanden in seiner Praxis in Freizeitkleidung und barfuß in Empfang zu nehmen pflegte.

⁷ Dazu gehört die Frage nach Name, Vorname, ggf. Geburtsname, Alter, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Rufnummer, Hausarzt, Facharzt bzw. Psychotherapeut und Krankenkasse.

Bis hierhin sollte es der oder dem Sachverständigen gelungen sein, echtes Interesse zu bekunden und ein tragfähiges Arbeitsbündnis zu etablieren mit dem gemeinsamen Ziel, Probanden ausführlich zu Wort kommen zu lassen und alle für die Beurteilung erforderlichen Informationen zusammen zu tragen. Die initiale Anspannung und Befangenheit von Probanden sollte erkennbar nachgelassen haben. Wenn nötig, kann die oder der Sachverständige ein kurzes retardierendes Moment einbauen, indem sie oder er kurz innehält, um sich erste Eindrücke zu notieren, bevor sie oder er mit der Befragung fortfährt. Es ist durchaus erwünscht, dass Probanden Vertrauen fassen: Allerdings sollen sie nicht darauf vertrauen, dass Sachverständige sich ihr Anliegen zu eigen machen und in ihrem Sinne Stellung nehmen werden; vertrauen können sollen sie vielmehr auf die fachliche Kompetenz, die Geduld, die Unbefangenheit, die Redlichkeit und die Fairness der Sachverständigen und darauf, dass diese nach bestem Wissen und Gewissen versuchen werden herauszufinden, was der Fall ist.

8. Durchführung der Exploration

Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, um der Probandin oder dem Probanden Gelegenheit zu geben, ihre oder seine Sicht der Dinge – die Beschwerden, die Krankengeschichte, die eigene Rechtsauffassung – ausführlich und in freier Form zu schildern. Sachverständige sollen dafür genug Zeit lassen und mit offenen Fragen lediglich den Gesprächsfluss in Gang halten. Mit der strukturierten Befragung können sie fortfahren, wenn Probanden verstummen, weil sie meinen, alles Wichtige bereits mitgeteilt zu haben.

Angemessen ist eine empathische Gesprächsführung in vertrauensvoller Atmosphäre, aber ohne Verführung zu Geständnissen und Bekenntnissen. Ggf. muss – insbesondere im Rahmen von Strafverfahren – erneut ein Hinweis auf das Schweigerecht der Probanden und die fehlende Schweigepflicht der Sachverständigen gegeben werden.

Selbstverständlich bietet die ausführliche Erhebung der Biographie, der Krankengeschichte und der Lebensgewohnheiten reichlich Gelegenheit, zugewandt, verständnisvoll und empathisch nachzufragen, ohne die notwendige Distanz zu unterschreiten. Untersucher müssen mit ungeteilter Aufmerksamkeit zuhören und nachfragen, dürfen aber nicht den Eindruck erwecken, als ob sie sich die Darstellung vollständig zu eigen machen. Allerdings werden sie ihre Skepsis während dieses Abschnitts der Exploration noch weitgehend für sich behalten und auf die Konfrontation etwa mit abweichenden Angaben in Vorbefunden verzichten müssen. Sie können also nicht jederzeit vollständig offen kommunizieren; die Transparenz kann

erst zu einem späteren Zeitpunkt und soll dann aber auch wieder hergestellt werden.

Nicht so selten wird bereits relativ früh im Verlauf des Gesprächs der Wunsch nach einer Pause geäußert. Hier ist ebenfalls Fingerspitzengefühl gefragt: Dem Wunsch muss nicht immer sofort stattgegeben werden; es obliegt aber der untersuchenden Person, die Belastung für die Probanden zu steuern und in einem angemessenen Rahmen zu halten. Wenn eine Pause vereinbart wird, sollte klar sein, wann das Gespräch fortgesetzt werden soll. Selbstverständlich dürfen Sachverständige darauf hinweisen, wo die Toilette, ein Wasserspender, eine Raucherecke oder eine Cafeteria zu finden sind.

Eine besondere Herausforderung stellt die Notwendigkeit einer Sprachmittlung dar. Glücklicherweise ist der Aufwand geringer geworden, seit Dolmetscherdienste ihre Leistungen über das Internet anbieten und der Zeitaufwand für die Anfahrt entfällt. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass die Kommunikation über eine abhörsichere Datenverbindung erfolgt, um die höchstpersönlichen Informationen, die im Verlauf der Exploration zur Sprache kommen, vor fremdem Zugriff zu schützen; diesen Service bieten bei Weitem nicht alle Agenturen an. Dass der vermeintlich einfache und praktische Rückgriff auf „ad-hoc-Sprachmittler“ aus der Familie oder dem sozialen Umfeld der Probanden im Rahmen einer Begutachtung nicht in Betracht kommt, dürfte auf der Hand liegen. Bei einem Gespräch zu dritt werden Untersucher darauf achten müssen, dass sie sich nicht verleiten lassen, mit dem Sprachmittler über die Probanden zu sprechen, sondern diese weiterhin unmittelbar und direkt anzusprechen, auch wenn abgewartet werden muss, bis jede einzelne Frage übersetzt ist.

9. Befunderhebung

Wenn eine körperliche und neurologische Untersuchung durchgeführt werden muss, sollen Sachverständige kurz überlegen, ob die Befunderhebung allein oder in Anwesenheit einer (weiblichen) Pflegekraft durchführen soll. Möglicherweise ist es einer Probandin unangenehm, sich in Gegenwart eines männlichen Untersuchers teilweise zu entkleiden; möglicherweise muss ein Untersucher auch sicherstellen, dass ihm nicht vorgeworfen werden kann, einer Probandin zu nahe gekommen zu sein. Im Übrigen ist es gute klinische Praxis, die einzelnen Untersuchungsschritte ggf. kurz zu erklären.

Die gezielte klinische Prüfung der kognitiv- mnestischen Funktionen – Orientierung, Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit, Gedächtnis – soll ebenfalls mit einer kurzen Erläuterung eingeleitet werden, die den Probanden vermittelt, dass es sich um Routinefragen

handelt, die zu jeder psychiatrischen Untersuchung gehören, und dass es nicht darum geht, sie bloßzustellen oder zu beschämen, sondern ihren Leistungsstand im Vergleich zu gesunden Altersgenossen zu überprüfen und zu dokumentieren.

10. Abschluss der Exploration

Wenn Anamnese und Befund erhoben sind und die oder der Sachverständige meint, einen vorläufigen Gesamteindruck gewonnen zu haben, wird sie oder er nicht umhin kommen, Diskrepanzen anzusprechen und Probanden mit Widersprüchen zu konfrontieren, um ihnen Gelegenheit zu geben, dazu Stellung zu nehmen. Ein solcher Vorhalt soll behutsam und ohne affektive Beteiligung der Untersucher erfolgen; Vorwürfe und Äußerungen von Empörung und Ärger sind unangebracht. Es kann für vermeintliche Ungereimtheiten ja immer eine plausible Erklärung geben.

Natürlich sind Probanden in der Regel daran interessiert zu erfahren, ob die Untersucherin oder der Untersucher zur Fragestellung in ihrem Sinne Stellung nehmen wird, während der Auftraggeber meist ausdrücklich darauf hingewiesen hat, dass das Ergebnis der Befunderhebung der untersuchten Person nicht mitgeteilt werden soll. An diese Vorgabe werden Sachverständige sich halten müssen. Wenn sich aus der Befragung Anhaltspunkte dafür ergeben haben, dass Möglichkeiten ungenutzt geblieben sind, um die Störung zu überwinden oder zu bessern, hat der Verfasser einen Hinweis auf mögliche therapeutische Interventionen hingegen nie gescheut und diesen dann allerdings nicht nur im Gespräch, sondern auch im Gutachten ausführlich begründet. (So gesehen kann volle Transparenz manchmal erst im schriftlichen Gutachten wieder hergestellt werden.)

Ferner hat er stets angeboten, Verständnisfragen zu beantworten, die nach der Lektüre des Gutachtens offen bleiben könnten; davon ist allerdings in seiner gutachterlichen Praxis nie Gebrauch gemacht worden.

Abgeschlossen werden kann der Kontakt mit der Frage, ob alles Wichtige zur Sprache gekommen ist oder noch etwas fehlt. Es sollte geklärt sein, ob Termine für weitere Untersuchungen (Testdiagnostik) benötigt werden. Insbesondere wenn die Exploration emotional aufwühlend oder sehr belastend war, soll sich die oder der Sachverständige vergewissern, dass die Probandin oder der Proband wieder alltagstauglich und reisefähig ist, und nachfragen, wie sie oder er nach Hause kommen wird.

11. Symptom-Validierung

Zur psychopathologischen Befunderhebung gehört das Erfragen von Beschwerden, das Beobachten von Verhalten in der Untersuchungssituation und die gezielte Prüfung von Leistungen. Sowohl die diagnostische Einordnung von psychischen Störungen als auch die Beurteilung des Schweregrades und der Funktionsbeeinträchtigung beruhen zu großen Teilen auf Angaben der Probanden über ihr subjektives Erleben und ihren Alltag; anders als in der Organmedizin gibt es häufig keine objektiv messbaren Krankheitszeichen (Böcker, 1987; Hausotter, 2013). Deshalb gehört in nahezu jedes psychiatrische Gutachten der Versuch einer Beantwortung der Frage, ob die Angaben der jeweiligen Probanden authentisch sind (AWMF, 2019b). Zweifel daran werden genährt beispielsweise durch eine vage Beschwerdeschilderung, durch Widersprüche zwischen den aktuell und den zu einem früheren Zeitpunkt gemachten Angaben, Diskrepanzen zwischen Beschwerden und Befund, Abweichungen zwischen den klinisch beschriebenen und den mit standardisierten Verfahren erhobenen Befunden oder extrem niedrige Serumspiegel der verordneten Arzneimittel trotz Angabe eines hohen Leidensdrucks. Sachverständige werden solche Ungereimtheiten sorgfältig registrieren und sammeln. Wer sie anspricht, riskiert allerdings im Extremfall, dass Probanden die Zusammenarbeit aufkündigen und das Gespräch abbrechen. Deshalb soll der Versuch der Klärung möglichst am Ende der Informationssammlung erfolgen, wenn die relevanten Anknüpfungstatsachen bereits erfragt sind.

Stets ist davon auszugehen, dass Probanden bei einer Begutachtung eigene Ziele verfolgen. Je nach Rechtsgebiet wollen sie beispielsweise exkulpiert bzw. dekulpiert werden, bestätigt bekommen, dass sie zu Recht die soziale Rolle des Kranken einnehmen (und die damit verbundenen Vorteile in Anspruch nehmen können), dass sie bei einem Schadensereignis einen Schaden davongetragen haben und Entschädigung beanspruchen können oder dass sie fahrtauglich sind. Die Unterscheidung von Verdeutlichungstendenzen und Aggravation und das Erkennen von Simulation und Dissimulation gehört zum grundlegenden Handwerkszeug von forensisch-psychiatrischen Sachverständigen. Die Exploration kann vor diesem Hintergrund durchaus als ein inszenierter sozialer Konflikt verstanden werden; den Sachverständigen obliegt es, nach Möglichkeit Sorge dafür zu tragen, dass dieser nicht vorzeitig eskaliert.

Um „negative Antwortverzerrungen“ und „suboptimales Leistungsverhalten“ aufzudecken, wird seit etwa drei Jahrzehnten der zusätzliche Einsatz von standardisierten Verfahren zur „Beschwerdevalidierung“ diskutiert. Ausgangspunkt waren Befunde aus den Vereinigten Staaten, wonach Probanden mit vorangegangenen Schädeltrauma bei der Begutachtung nicht nur

ausnahmsweise, sondern sehr häufig versuchen, nicht vorhandene kognitiv-mnestische Störungen vorzutauschen. Weitere Untersuchungen ergaben, dass das häufig auch dann der Fall ist, wenn die Fragestellung sich nicht auf Folgen einer Hirnschädigung, sondern auf das Leistungsvermögen im Rahmen von neurotischen und somatoformen Störungen bezieht (Merten, 2014).

Um diese Strategie aufzudecken, wurden standardisierte Verfahren entwickelt, die den Probanden als Test der kognitiven Leistungsfähigkeit angeboten wurden, tatsächlich aber absichtliche Minderleistungen entlarven sollten. Als Beispiel sei der „Test of Memory Malingering“ TOMM kurz vorgestellt (Tombaugh, 1996). Dieser wird als Test der Merkfähigkeit präsentiert. Den Probanden wird eine Anzahl von Bildern mit Gegenständen gezeigt. Anschließend werden ihnen Paare von Gegenständen angeboten, und sie sollen entscheiden, welchen der beiden Gegenstände sie zuvor bereits gesehen haben. Der vermeintlich anspruchsvolle Test hat eine Ratewahrscheinlichkeit von 50 %. Wenn das Ergebnis deutlich darunter liegt, dann ist mit einer statistisch berechenbaren hohen Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der richtige Gegenstand behalten und absichtlich der falsche gewählt – und damit eben eine nicht bestehende Störung der Merkfähigkeit vorgetäuscht – wurde.

Naiven Probanden, die auf das Verfahren hereinfliegen, kann auf diese Weise nachgewiesen werden, dass sie das Untersuchungsergebnis verfälscht haben, wobei die Bedeutung dieses Befundes allerdings wieder klinisch eingeordnet werden muss, denn gerade plumpe Täuschungsversuche kommen nicht selten bei solchen Probanden vor, bei denen gleichwohl eine Beeinträchtigung besteht und klinisch nachweisbar ist. Probanden, die dem Verfahren auf die Schliche kommen und die Absicht erkennen, die mit dem „Test“ verfolgt wird, werden hingegen bestrebt sein, nicht aufzufallen. Unwahrscheinlich ist das nicht, denn etliche Rentenantragsteller werden von versierten Anwälten beraten oder sogar von Organisationen, deren Leistungsversprechen in der sicheren Berentung besteht.

Als weitere Möglichkeit, um negative Antwortverzerrungen kenntlich zu machen, wurden strukturierte Interviews wie das SIRS-2 (Schmidt et al., 2019) und Selbstbeurteilungs-Fragebögen wie der SRSI (Merten et al., 2022) entwickelt, die etwa durch die Tendenz zur Bestätigung von Symptomen, die tatsächlich extrem ungewöhnlich sind, die Bereitschaft zum Hinzuerfinden von nicht vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfassen. Allerdings lässt schon die Konstruktion der Items vermuten, dass Antworttendenzen wie die Zustimmungstendenz oder der Halo-Effekt die Ergebnisse beeinflussen können. In jüngerer Zeit sind Zweifel an der ökologischen Validität der Verfahren aus Studien abgeleitet worden, die Probanden mit Patienten verglichen (Wertz et al., 2021; Herdtle &

Steinert, 2023) und die erwarteten Unterschiede nicht gefunden haben; nach den Ergebnissen der Befragung hätte auch ein bedeutsamer Teil der stationär behandelten Patienten als unehrlich eingeordnet werden müssen.

Wenn Probanden ungestraft versuchen können, Untersucher zu täuschen, dann müsse es auch Untersuchern freistehen, Probanden über die wahre Absicht hinter den von ihnen eingesetzten Verfahren zu täuschen, um die Waffengleichheit wieder herzustellen, so ließe sich argumentieren. Mit einer personenzentrierten Haltung ist der Einsatz von Methoden, die letztendlich auf Täuschung beruhen, hingegen nicht vereinbar.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung über standardisierte Verfahren zur Beschwerdevalidierung ist nicht abgeschlossen. Trotz der offenen Fragen und der bestehenden methodischen Bedenken wird ihr Einsatz von manchen Auftraggebern als obligatorisch gefordert, zum Beispiel von Versicherungsgesellschaften bei der Begutachtung der Berufsunfähigkeit. Der Verfasser hat in seiner umfangreichen gutachterlichen Praxis nach Abwägung der Vor- und Nachteile stets auf die Anwendung dieser Verfahren verzichtet und dies im Gutachten immer begründen können.

12. Abfassen des Gutachtens

In einem nach den methodischen Standards der forensischen Psychiatrie abgefassten Gutachten werden bei der Wiedergabe der Aktenlage, der Anamnese und des Befundes die relevanten Informationen lediglich referiert, ohne eine Wertung vorzunehmen. Die Zusammenfassung und Beurteilung bildet hingegen die Kernleistung der oder des Sachverständigen, indem nun die gesammelten Informationen einer kritischen Diskussion und Abwägung unterzogen werden, um die Beantwortung der Fragestellung vorzubereiten. Die oder der Sachverständige wird kurz rekapitulieren, worum es in dem Verfahren konkret geht. Nach der zusammenfassenden Darstellung von Werdegang und Krankengeschichte des Probanden wird eine Diagnose zu stellen und anhand diagnostischer Kriterien zu begründen sein; in vielen Fällen ist es darüber hinaus unerlässlich, detailliert zu erläutern, welche psychischen Störungen eben nicht gefunden wurden. Feststellungen zum Schweregrad der Störung, zum bisherigen und dem zu erwartenden Verlauf, zur Prognose und zu den Behandlungsmöglichkeiten schließen sich an.

Detailliert erörtert werden müssen die Konsequenzen für das jeweilige Rechtsgebiet. Dabei kann nicht nachdrücklich genug betont werden, dass Sachverständige selbst keine Entscheidung zu treffen haben. Sie unterbreiten die Anknüpfungstatsachen und überlassen die Beweiswürdigung dem Auftraggeber. Sie

stellen also nicht fest, dass Probanden wegen Schuldunfähigkeit freizusprechen, wegen Erwerbsminderung zu berenten oder als Opfer einer Straftat zu entschädigen sind, sondern legen dar, ob die medizinischen (psychiatrischen) Voraussetzungen für die Annahme von Schuldunfähigkeit, Erwerbsminderung oder einer gesundheitlichen Schädigungsfolge gegeben sind. In manchen Fällen kann es sein, dass sie die Beweisfrage mit ihrem methodischen Rüstzeug nicht beantworten können und offen lassen müssen; dann sollten die wissenschaftlich begründeten Grenzen der Erkenntnis deutlich benannt werden. Welche Rechtsfolgen sich daraus ergeben, richtet sich oft nach der Verteilung der Beweislast und ist nicht von Sachverständigen, sondern vom Auftraggeber zu entscheiden.

Dass das Gutachten dem Auftraggeber zeitnah übersandt werden soll, damit der erhobene Befund nicht veraltet, versteht sich; es soll in einer klaren, nicht nur für das Gericht, sondern für alle Verfahrensbeteiligten und auch für die Probanden verständlichen Sprache abgefasst sein, auch wenn manche Kollegen dazu neigen, den Sinn ihrer Aussagen durch Schachtel- und Bandwurmsätze („Geschwurbel“) und den übermäßigen Gebrauch von Fachausdrücken eher zu verschleiern als zu erhellern. Keinesfalls dürfen kränkende, verletzende oder herabsetzende Formulierungen, Metaphern oder Vergleiche verwendet werden; der Stil hat sachlich zu sein. Erwartet werden anstelle bloßer Behauptungen fundierte Begründungen.

13. Nach dem Versand des Gutachtens

Eine der wenigen Möglichkeiten, Gutachten anzugreifen, die den Erwartungen von Probanden und ihren Rechtsbeiständen nicht entsprochen haben und für die Probanden nicht günstig ausgefallen sind, besteht darin, die Besorgnis der Befangenheit geltend zu machen. Das Risiko für den Vorwurf, die oder der Sachverständige sei voreingenommen und deshalb abzulehnen, steigt nicht nur bei sehr distanzierendem, desinteressiertem, kaltem oder sogar zynischem Verhalten; auch sehr zugewandte Untersucherinnen und Untersucher laufen Gefahr, dass ihnen später vorgeworfen wird, sie hätten sich das Vertrauen erschlichen und dieses dann missbraucht.

In der Regel wird das Gericht die Sachverständige oder den Sachverständigen zu einer Stellungnahme auffordern, was schon Anlass für eine Verärgerung sein kann, weil der dafür erforderliche Zeitaufwand nicht honoriert wird. Es kann lästig sein, sich mit unlogischen oder abwegigen Einwänden auseinandersetzen zu müssen; es kann aber auch gegen die Ehre gehen, was das Blut der sachverständigen Person in Wallung versetzen kann. Dennoch sollte sie ihre Empörung abklingen lassen und sich die Mühe machen, eine ausgewogene sachliche

Stellungnahme zu verfassen, aus der alle emotionalen Äußerungen, so berechtigt sie in der unmittelbaren ersten Reaktion erschienen sein mögen, sorgfältig wieder getilgt sind. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Besorgnis der Befangenheit unabsichtlich genährt wird und im Extremfall den Anspruch auf die Vergütung des Gutachtens verloren geht.

14. Im Gerichtssaal

In manchen Zivilverfahren werden Sachverständige geladen, um ihr Gutachten zu erläutern und Fragen zu beantworten. In Strafverfahren nehmen sie von Beginn an bis zur Erstattung und Erläuterung ihres Gutachtens an der Hauptverhandlung und insbesondere der Beweisaufnahme teil; sofern das nicht möglich ist, sollen sie vom Vorsitzenden in den Sachstand eingeführt werden. Nach dem Vorsitzenden Richter, den Beisitzern und Schöffen und den Anwälten der Parteien hat auch die oder der Sachverständige das Recht, Fragen an die Zeugen und erforderlichenfalls auch an die angeklagte Person selbst zu stellen; nach der Erstattung des Gutachtens werden Fragen des Gerichts und der Verfahrensbeteiligten zu beantworten sein. Eine weitergehende Interaktion mit der oder dem Angeklagten ist nicht vorgesehen. Eine Kontaktaufnahme außerhalb des Gerichtssaals, die über den bloßen höflichen Tagesgruß hinausgeht, kann wiederum der Besorgnis der Befangenheit Nahrung geben.

Sofern die Sitzung öffentlich ist, kann die oder der Sachverständige, nachdem sie oder er gehört worden ist, im Zuschauerraum Platz nehmen, sofern sie oder ihn beispielsweise der Ausgang des Verfahrens interessiert; ein solches Interesse kann allerdings durchaus auch Befremden hervorrufen.

15. Fazit

Zur Gestaltung der unmittelbaren Begegnung mit der zu untersuchenden Person kann die personenzentrierte Haltung sehr hilfreich sein. Forensisch-psychiatrische Sachverständige kommen aber nicht umhin, die aus den Akten, der Exploration und der Befunderhebung gewonnenen Informationen gegeneinander abzuwägen und zu bewerten. Sie sollen den Sachverhalt beurteilen. Diese wertende Stellungnahme ist der nicht wertenden personenzentrierten Haltung wesensfremd; hier stößt der Versuch einer personenzentrierten Begutachtung eindeutig an eine methodische Grenze.

Literatur

- Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2017). *Gespräche hilfreich führen Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie – personenzentriert – erlebnisaktivierend – dialogisch*. Beltz.
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H.-J. & Vahrenkamp, D. (2020). *Gespräche hilfreich führen Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personenzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie*. Beltz.
- Böcker, F.M. (1987). Standardisierte Erhebungsmethoden in der Psychiatrie – Anwendungsmöglichkeiten von Dokumentationssystemen, strukturierten Interviews und Selbstbeurteilungsskalen. *Fortschritte der Medizin*, 105, 655–659.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Thieme (zweite Auflage 2004).
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechniken in der Psychotherapie*. Thieme.
- Foerster, K. (2020). Aufgaben und Stellung des psychiatrischen Sachverständigen. In: Venzlaff, U., Foerster, K., Dreßing, H. & Habermeyer, E. (2020). *Psychiatrische Begutachtung – ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. Urban und Fischer, 4–13.
- Hausotter, W. (2013). *Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen*. Urban und Fischer.
- Hausotter, W. & Schuler- Ocak, M. (2014). *Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund*. Urban und Fischer.
- Herdtle, L. & Steinert, T. (2023). Verfahren zur Beschwerdevalidierung: Das Self Report Symptom Inventory in der sozialmedizinischen Begutachtung – eine Simulationsstudie mit depressiven Patienten. *Recht und Psychiatrie* 41, 214–219.
- Kröber, H.-L., Dölling, D., Leygraf, N. & Saß, H. (2007). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie (5 Bände)*. Steinkopf.
- Merten, T. (2014). *Beschwerdevalidierung*. Hogrefe.
- Merten, T., Giger, P., Merckelbach, H. & Stevens, A. (2022). SRSI Self-Report Symptom Inventory – deutsche Version. <https://www.testzentrale.de/shop/self-report-symptom-inventory-deutsche-version-89304.html> (abgerufen am 26.03.2024).
- Nedopil, N., Müller, J.M. (2017). *Forensische Psychiatrie – Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*, 5. Auflage. Thieme.
- Nedopil, N., Krupinski, M. (2001). *Beispiel- Gutachten aus der forensischen Psychiatrie*. Thieme.
- Rasch, W., Konrad, N. & Huchzermeier, C. (2019). *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*. Kohlhammer.
- Schmidt, T., Watzke, S. Lanquillon, S. & Stieglitz, R.-D. (2019). *SIRS-2 – Structured Interview of Reported Symptoms – 2. Deutschsprachige Adaption des Structured Interview of Reported Symptoms, 2nd Edition von Richard Rogers, Kenneth W. Sewell and Nathan D. Gillard, 2019*. <https://www.testzentrale.de/shop/structured-interview-of-reported-symptoms-deutschsprachige-adaption-des-structured-interview-of-reported-symptoms-2-edition-von-richard-rogers-kenneth-w-sewell-and-nathan-d-gillard.html> (abgerufen am 26.03.2024).
- Tombaugh, T.N. (1996): *TOMM Test of Memory Malingering*. <https://testzentrale.de/shop/test-of-memory-malingering.html> (abgerufen am 26.03.2024).
- Venzlaff, U., Foerster, K., Dreßing, H. & Habermeyer, E. (2020). *Psychiatrische Begutachtung – ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. Urban und Fischer.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2011). *Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung*. Springer.
- VersMedV (2023). *Versorgungsmedizin-Verordnung*. <https://www.gesetze-im-internet.de/versmedv/BJNR241200008.html>, abgerufen am 24.03.2024
- Volbert, R., Steller, M., Gabler, A. (2007). Das Glaubhaftigkeitsgutachten. In: Kröber, H.-L., Dölling, D. Leygraf, N. & Saß, H. (2007). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Band 2: Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht*. Steinkopf, 623–689.
- Wertz, M., Mader, E. Nedopil, N., Schiltz, K. & Yundina, E. (2021). Antwortverzerrung oder Symptombelastung? Beschwerdeschilderung von psychiatrischen Patienten und sozialmedizinischen Begutachtungspatienten. *Nervenarzt* 92: 1163–1171.
- Widder, B., Gaidzik, P. (2022). *Begutachtung in der Neurologie*. Thieme.
- Leitlinien:
AWMF (Hrsg.)(2019a). *S2k-Leitlinie Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung* <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/094-001>. AWMF-Registernummer: 094/001., abgerufen am 18.01.2024⁸.
- AWMF (Hrsg.)(2019b) *S2k-Leitlinie Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen*. AWMF-Register Nr. 051-029. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-029>, abgerufen am 18.01.2024.
- Teil I: Gutachtliche Untersuchung bei psychischen und psychosomatischen Störungen.
 - Teil II: Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit
 - Teil III: Begutachtung bei Kausalitätsfragen im Sozial-, Zivil- und Verwaltungsrecht
- Bundesanstalt für Straßenwesen (2022). *Begutachtungs- Leitlinien zur Kraftfahrereignung des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr und beim Bundesministerium für Gesundheit*. <https://bast.opus.hbz-nrw.de/opus45-bast/frontdoor/deliver/index/docId/2664/file/Begutachtungsleitlinien+2022.pdf> (abgerufen am 24.03.2024).

8 Die Gültigkeit der Leitlinie ist am 30.01.2024 abgelaufen. Bei der AWMF ist sie deshalb derzeit nicht mehr verfügbar. Über andere Quellen kann sie noch eingesehen werden, beispielsweise über die Akademie für Ethik in der Medizin AEM: https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/094-001_S2k_Allgemeine_Grundlagen_der_medizinischen_Begutachtung_2019-04.pdf, abgerufen am 09.09.2024.

Rezension

Heidemarie Müllner-Sari

Frank Gauls: Verhaltenssuchte personzentriert verstehen und behandeln.

München: Ernst Reinhardt Verlag, 2024, 159 Seiten. ISBN: 978-3-497-03273-0. (D) EUR 29,90 / (A) EUR 31,50 / (CHF) EUR 44,90

Der Autor gibt in diesem Buch einen kompakten und gleichzeitig differenzierten Überblick über die als Verhaltenssuchte summierten süchtigen Verhaltensweisen. Dabei wird zunächst auf die Einordnung der Diagnosen eingegangen: Abweichend vom ICD-11, wo stoffungebundene Süchte (allerdings nur Glücksspiel und pathologisches Spielen von digitalen oder Videospiele) in die Kategorie der Suchterkrankungen aufgenommen sind, werden in der Fachwelt auch „Sex-, Kauf-, Arbeits- und Sportsucht“ dazu gezählt, weil sie die diagnostischen Kriterien stoffgebundener Suchterkrankungen erfüllen.

Das personzentrierte Verständnis und die Behandlungsgrundlagen werden allgemein und im Besonderen zu Glücksspielsucht, Internet-, Online- und Mediensucht (Gaming, Streaming, Surfen), Sex- und Kaufsucht ausgeführt. Beeindruckend dabei sind die Genauigkeit und Gründlichkeit in der Darstellung der jeweiligen Verhaltenssucht. Wie bei den stoffgebundenen Süchten kann das multifaktorielle „Suchtdreieck“, das Zusammenspiel von Biologischem, Psychologischem und Sozialem, als Entstehungsgrundlage herangezogen werden.

Ebenso liegt dem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit das Zusammenspiel der Beeinträchtigung von körperlichen, sozialen und psychischen Faktoren zugrunde. Bei Abhängigkeitserkrankungen treten demnach Störungen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe am Leben auf. Zu Ersterem zählen die Funktionalität u. a. von Organen, dem Denken, der emotionalen Stabilität, dem Selbstwertgefühl oder der Wahrnehmung. Beeinträchtigte Aktivitäten können in Hinblick auf Ausbildung, Arbeit, Körperpflege, soziale Kontakte oder medizinische und kulturelle Angebote auftreten. Die verminderte Teilhabe an Lebensbereichen betrifft soziale Beziehungen, den Erhalt von Ausbildung, Arbeit, Wohnung, Betätigungen in der Freizeit oder das Maß an Erholung.

Als weitere Verständnisgrundlagen führt der Autor die möglichen Zusammenhänge von Sucht mit Migration, Traumatisierung und Männlichkeit aus. Statistisch untermauert werden diese Faktoren als belastende/traumatisierende Hintergründe

angesehen; damit verbunden ist ein deutlich höheres Risiko, süchtiges Verhalten zu entwickeln, da Selbstwert, Identität, Bindungsverhalten, Affektregulation und Copingstrategien der Betroffenen beeinträchtigt sind. Suchterkrankungen stellen die häufigste psychische Störung bei Männern dar. Ursächlich werden u. a. Leistungsstreben, Dominanz, Stärke, Mut, Risikobereitschaft, Rationalität und Gefühlskontrolle benannt. Dem stehen eher der Schwäche zugeordnete Qualitäten wie Fürsorge, Beziehungsfähigkeit, Körperbewusstsein, Hygiene, Entspannung, Geschmack und Genussfähigkeit als nicht (vollständig) symbolisiertes Erleben gegenüber.

Damit wird auch herausgearbeitet, wovon ein personzentriertes Verständnis der Suchterkrankungen geprägt ist: Durch Suchtmittelkonsum/süchtiges Verhalten kommt es zur Pseudobewältigung von Inkongruenzen und Förderung von sekundären Inkongruenzen, die durch das Suchtverhalten entstehen. Somit liegt ein Hauptaugenmerk auf der Abstinenznotwendigkeit. Der Autor führt hier das Ampelmodell ein, das Verhalten in unerwünscht, gefährlich und unproblematisch einstuft. Obwohl es den Typus des Suchtkranken nicht gibt und Komorbiditäten in der Regel auftreten, lassen sich Zusammenhänge mit Depression, Angst- und Persönlichkeitsstörungen erkennen.

Anhand von Glücksspielsucht, Internet-, Online- und Mediensucht, Sexsucht und Kaufsucht führt der Autor aus, wie die der jeweiligen Verhaltenssucht typischen Phänomene, Epidemiologie, Diagnosekriterien, Behandlungsverlauf und Besonderheiten, Folgen und ursächliche Zusammenhänge zu differenzieren sind, bzw. sich Übereinstimmungen ableiten lassen. Exemplarische Fallvignetten veranschaulichen eindrücklich das Ausgeführte. Deutlich wird, dass sich die Personzentrierte Psychotherapie in hohem Maße eignet, Klient*innen mit zugrundeliegenden Beziehungs-/Bindungsstörungen (welche bei Personen mit Verhaltenssuchten häufig vorzufinden sind) zu begleiten.

Glücksspiel zeichnet sich durch einen hohen Grad an Zufälligkeit, Geld zu vermehren oder zu verlieren, aus. Motivierend ist der Kick, gewinnen zu können, und damit vorhandene

Inkongruenzen zu überdecken. Mögliche Folgen sind Verlust von Interessen und Hobbies, Lügen, Streit in und Verlust von sozialen Kontakten, der Familie, Verschuldung, Verlust der Arbeit, Kriminalität und Suizidalität. Die Besonderheit stellt hier das Geld dar: Einerseits unterstützt es das Selbstbild erfolgreich, umgänglich, stark und fröhlich zu sein, andererseits entsteht dadurch die Inkongruenz, wenn sich Schulden anhäufen und die Miete nicht bezahlt werden kann, dies nicht zu sein. Der Realitätsbezug geht verloren, da Geld zu Spielgeld wird und keinen tatsächlichen Wert (mehr) besitzt. Im Sinne der Abstinenznotwendigkeit können durch Selbstsperrungen von Spielzügen, Blockierungssoftware und der Übergabe der Geldverwaltung die zugrundeliegenden Inkongruenzen spürbar und behandelbar werden.

Innerhalb der Internet-, Online- und Mediensucht erläutert der Autor zunächst die Schwierigkeiten um die Begriffsklärung: Da ein Nutzungsverhalten im Vordergrund steht, und das Internet an sich nicht süchtig machen kann, wird in der Folge vorgeschlagen, eben das gestörte Nutzungsverhalten zu benennen. Hinzu kommt, dass Glücksspiel-, Computerspiel- und Kaufsucht sowohl online als auch offline umzusetzen sind. Aus der Fülle der Möglichkeiten werden Gaming, Streaming und Surfen aufgegriffen und idealtypische Aspekte herausgearbeitet. Als Besonderheit fallen Realitäts- und Identitätsdiffusion von Klient*innen auf; die Trennung von realem Leben und Spielwelt gelingt zunehmend weniger oder gar nicht. Die durch die Rollenübernahme hervorgerufenen Größenfantasien lassen sich nur im Spiel aufrechterhalten. Damit wird eine der wesentlichen Schwierigkeiten aufgezeigt, nämlich jene, Klient*innen mit fragilem Selbst, das von Zweifel und geringem Selbstwert geprägt ist, zu begegnen.

Bei der Sexsucht, als „Störung der Impulskontrolle“ im ICD-11 aufgenommen, wird die Beziehungsproblematik deutlich sichtbar: Sexualität wird verdinglicht, um Spannung abzubauen. Biografischer Hintergrund von Klient*innen sind häufig dysfunktionale Familiensysteme, Missbrauch und/oder Verlassenheitserfahrungen. Beziehungserfahrungen im Sinne der Bezogenheit, des Verständnisses und der Unterstützung, konnten kaum oder gar nicht gemacht werden. Daraus können Minderwertigkeitserleben, Selbsthass und bis hin zu Suizidalität

resultieren. Als dominante Inkongruenz lässt sich jene zwischen Selbstbild und Selbstideal beschreiben: wertlos, unsicher, unbedeutsam versus besonders, einzigartig, grandios. Von Therapeut*innenseite ist eine Offenheit gegenüber dem Thema Sexualität und ihren vielfältigen Aspekten nötig.

Kaufsucht, ebenso als „Störung der Impulskontrolle“ im ICD-11 angeführt, ist gekennzeichnet von aus dem Drang motivierten Kaufen von Prestige fördernden Objekten, um zu präsentieren, sich darin/damit zu zeigen. Es lässt sich ein Selbstkonzept von hoher Anpassung und Funktionalität, v. a. hinsichtlich des Darstellens eines perfekten Bildes nach außen, beschreiben. Kaufsüchtige wollen gesehen und anerkannt werden. Autonomie- und Selbstbehauptungswünsche, Ärger und Wut müssen abgewehrt werden. Zu den Besonderheiten in der Behandlung zählen die Bearbeitung von Bagatellisierungstendenzen, Schuld- und Schamgefühlen und das Thema des Geldmanagements. Das Horten kann als Unterkategorie davon angesehen werden.

Abschließend stellt der Autor Erfahrungen durch und mit Personenzentrierter Gruppenpsychotherapie vor. Dabei werden die Möglichkeiten des Personenzentrierten Ansatzes als Beziehungstherapie verdeutlicht und die unterschiedlichen Lebenswelten Betroffener der jeweiligen Störungsbilder klar herausgearbeitet.

Dem Autor ist es gelungen, eine detaillierte Übersicht der Verhaltenssüchte zu geben. Umfassende epidemiologische Belege, das Spezifizieren und Vergleichen von Diagnosekriterien, Komorbiditäten, Inkongruenzbeschreibungen und Behandlungsbesonderheiten der jeweiligen Verhaltenssucht sind differenziert betrachtet. Fallbeispiele veranschaulichen und geben die Behandlungsrealität wieder, damit ist das Buch eine wertvolle Bereicherung der Literatur zu Suchterkrankungen.

Mag.^a Heidemarie Müllner-Sari

Personenzentrierte Psychotherapeutin, Ausbilderin des FORUM. 22-jährige Tätigkeit als Psychotherapeutin im stationären und ambulanten Bereich einer Suchteinrichtung. Arbeitsschwerpunkt Sucht und frühe Selbstkonzeptentwicklungsstörungen. Wien.

Veranstaltungskalender 1/2025

Jahreskongress der GwG

**„Haltung und Handeln in schwierigen Zeiten –
Perspektiven personenzentrierter Praxis“**

Zeit: 13.–15. Juni 2025

Ort: Mainz, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

GwG-Fachtag Soziale Arbeit

**„Personenzentrierte Haltung in der Sozialen
Arbeit – beziehungsfördernd, selbstreflexiv und
systemkritisch?!“**

Zeit: 19. September 2025

Ort: Berlin, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

Symposium anlässlich 30 Jahre FORUM

Zeit: 12.–13. Juni 2026

Ort: Kardinal König Haus, Wien, Österreich

ÖGWG-Woche 2025

„Dialog der Generationen“

Zeit: 29. Oktober – 1. November 2025

Ort: Konferenz- und Bildungszentrum St. Virgil,
Ernst-Grein-Straße 14, 5026 Salzburg

AUSTRIA PROGRAMM

37. Internationaler Personenzentrierter Workshop

Einwöchige Encounter-Gruppe in der Tradition des La Jolla
Programms

Zeit: 18.–25. Juni 2025

Ort: Schloss Zeillern, Österreich

Info: <http://www.apg-ips.at>

ENCOUNTER – Die menschliche Begegnung in der Gruppe, Chance für die eigene Entwicklung

Zeit: 30. Oktober – 1. November 2025

Ort: Dresden, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

Cross-Cultural Communication

International, Bilingual Person-centered Workshop

Zeit: 11.–17. August 2025

Ort: Ungarn

Info: <https://encounter.hu/en/>

6th PCE Europe Symposium

Zeit: 21.–23. November 2025,

Pre-conference event: 20. November 2025

Ort: Glasgow, Schottland

Info: <https://www.pce-europe.org/symposium2025>

Nationale Konferenz pcaSuisse

Präsentation über den aktuellen Stand der Fallkonzeptualisierung im personenzentrierten Ansatz (PCA) mit anschließendem praxisorientierten Workshop und einer Podiumsdiskussion, um den Austausch nach dem Workshop zu vertiefen.

Referent*innen: Ewan Gillon, Psychotherapeut, Geschäftsführer von First Psychology Scotland, Ani Gürün und Margarethe Letzel, Ausbilderin, Supervisorin, Psychotherapeutin pcaSuisse/FSP

Zeit: 6. September 2025

Ort: Bern, Schweiz

Info & Anmeldung:

pcasuisse.ch/bildungsinstitut/kurse-und-seminare

Vorankündigung:

Symposium anlässlich 30 Jahre FORUM

Zeit: 12.–13. Juni 2026

Ort: Kardinal König Haus, Wien, Österreich

PCE 2026

„A CHANGING WORLD“

Zeit: 8.–12. Juli 2026

Ort: Köln, Deutschland

Info: <https://www.pce-europe.org/>

Einsamkeit und Krankheit – personenzentrierte Wege zur Begegnung.



pcaInstitut



Postgraduale Weiterbildung in Personenzentrierter Psychotherapie, pcaSuisse

Psychotherapie wirkt, weil Beziehung wirkt.

Der eidgenössisch akkreditierte Studiengang befähigt Sie, eigenverantwortlich, kompetent Psychotherapie durchzuführen. Im Zentrum stehen Sie mit Ihrem fachlichen und persönlichen Entwicklungsprozess. Gruppensetting und Methodenkombination unterstützen Lernen praxisnah und nachhaltig. Die Weiterbildung wird seit 46 Jahren angeboten und weiterentwickelt, gliedert sich in 3 Module und dauert gut 4 Jahre.

Weiterbildung in Personenzentrierter Beratung nach Carl Rogers, pcaSuisse

Ihr Weg zur starken Beratungs- und Kommunikationskompetenz.

Die modulare Weiterbildung richtet sich an alle Personen, die Menschen begleiten und ihre Kompetenzen erweitern wollen, z.B. in sozialen, pädagogischen, medizinischen, seelsorgerischen Berufen, im HR, in leitender Funktion. Ihr Lernprozess befähigt Sie, Klient*innen, Mitarbeitende, Lernende wirksam und kompetent zu begleiten und zu fördern. Mit Option zur höheren Fachprüfung mit eidgenössischem Diplom.

Fortbildungsveranstaltungen

für Psychotherapeut*innen, Berater*innen, Fachpersonen aus Gesundheit, Prävention, Erziehung, Bildung, Wirtschaft und Organisationen und für am Personenzentrierten Ansatz Interessierte.

Aus unserem Kursprogramm ab April 2025:

11.-12.04. Teamarbeit personenzentriert mit dem soziokratischen Kreismeeting - Das soziokratische Kreismeeting zeigt Möglichkeiten, jenseits von Endlosdiskussionen und Machtdemonstrationen, gemeinsam tragfähige Entscheide zu treffen und kraftvoll ins Handeln zu kommen. **X** **17.05. Wer gut für sich selbst sorgt, kann kongruenter für Andere sorgen** - Selbstfürsorge und Achtsamkeit im beruflichen Kontext **X** **06.-07.06. Supported Focusing Einführung in die Kombination von Focusing und Brainspotting** Blockaden lösen mit Hilfe des Felt Sense und der Neuroplastizität **X** **12.-13.09. Thinking at the Edge TAE** – eine auf Focusing aufbauende philosophische Praxis **X** und weitere Kurse:

Detaillierte Kursausschreibungen
und Anmeldung:

www.pcasuisse.ch/institut



Schweizerisches Qualitätszertifikat für Weiterbildungsinstitutionen
Certificat suisse de qualité pour les institutions de formation continue
Certificato svizzero di qualità per istituzioni di formazione continua

Besuchen Sie pcaInstitut auf Facebook, Instagram und LinkedIn

pcaInstitut · Josefstrasse 84 · CH-8005 Zürich · +41 44 271 71 70 · info@pcainstitut.ch · pcasuisse.ch/institut
Weiter- und Fortbildung in Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung · Bildungsinstitut der pcaSuisse

APG•IPS: FORT- & WEITERBILDUNGSANGEBOTE

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

Die fachspezifische Psychotherapieausbildung befähigt zur Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Die Praxis hat aber gezeigt, dass es sinnvoll ist, diese grundlegenden Kenntnisse spezifisch zu vertiefen. So wird in dieser Weiterbildung etwa der Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen, der Diagnostik, verschiedenen Störungsbildern sowie der eigenen (Weiter-)Entwicklung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in Rechnung getragen.

In kleinen Gruppen – gemeinsam mit anderen Personen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten – werden die Themenbereiche er- und bearbeitet. Die Dauer der Weiterbildung ist auf mindestens 2 Jahre angelegt und kann auch dem individuellen Lernweg angepasst werden.

Nähere Information: manfred.siebert@apg-ips.at

PERSONENZENTRIERTE GRUPPENARBEIT

Die Aus- und Weiterbildung für personenzentrierte Gruppenarbeit steht allen Personen mit einer Tätigkeit im psychosozialen Feld – innerhalb und außerhalb des APG•IPS – offen. Ziel dieser Aus- und Weiterbildung ist die Befähigung zur personenzentrierten Leitung, Begleitung und Förderung sowie kreativen Gestaltung von Klein- und Großgruppen in verschiedensten Bereichen.

Die Dauer der Weiterbildung beträgt mindestens ein Jahr in kontinuierlicher Teilnahme.

Die Absolvierung von Personenzentrierter Gruppenarbeit ist Voraussetzung für die Aus- und Weiterbildung *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie*.

Das Pflicht-Theorieseminar G1 wird im Sommersemester 2025 angeboten.

Nähere Information: susanna.markowitsch@apg-ips.at

PERSONENZENTRIERTE GRUPPENPSYCHOTHERAPIE

Diese Aus- und Weiterbildung steht allen Personen mit einer Ausbildung in Psychotherapie – innerhalb und außerhalb des APG•IPS – offen. Sie hat das Ziel, die Teilnehmenden im Sinne des Personenzentrierten Ansatzes zur Förderung von Persönlichkeitsentwicklung in und mit psychotherapeutischen Gruppen zu befähigen.

Je nach spezifischem Interesse und den Fähigkeiten der Teilnehmenden können individuelle Qualifikationen im Sinne einer Schwerpunktsetzung erworben werden.

Die Dauer der Weiterbildung beträgt mindestens zwei Jahre in kontinuierlicher Teilnahme (inklusive der Grundstufe *Personenzentrierte Gruppenarbeit*).

Das Pflicht-Theorieseminar G2 findet im Sommersemester 2027 statt.

Nähere Information: susanna.markowitsch@apg-ips.at



GESELLSCHAFT FÜR PERSONZENTRIERTE
PSYCHOTHERAPIE UND BERATUNG e.V.

GwG-Jahreskongress am 13.-14. Juni 2025

in Mainz

Haltung und Handeln in schwierigen Zeiten

-

Perspektiven personzentrierter Praxis

Mit Vorträgen von

Jürgen Wiebicke, Köln

*Journalist, Autor und Moderator der Philosophie-Sendung
„Das philosophische Radio“*

Mag. Gerhard Lukits, Linz/Österreich

Personzentrierter Psychotherapeut, Lehrer und Autor

Außerdem im Programm: Workshops und Kurzvorträge zum Kongressthema

Veranstaltungsort:
Tagungszentrum Erbacher Hof, Grebenstr. 24-26, 55116 Mainz

Die Anmeldung erfolgt schriftlich per Post oder Mail an die
GwG e.V.

Melatengürtel 127, 50825 Köln

Tel.: + 49 (0) 221 925908-11

barg@gwg-ev.org

Informationen und Programm finden Sie online unter
www.gwg-ev.org

Teilnahmegebühren

350,00 €

GwG-Mitglieder:

300,00 €

Die Akkreditierung der Veranstaltung wird bei der
Psychotherapeutenkammer Rheinland Pfalz beantragt.

9. Gesprächspsychotherapie-Symposium Ruhr am 5.9.2025

Zuversichtlich und belastbar Personzentrierte Förderung der Resilienz

Veranstalter:

LVR-Universitätsklinik Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für
Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin
Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG)

Ort:

LVR-Universitätsklinik Essen
Virchowstr. 174, 45147 Essen

Zeit und Programm: Freitag, 5.9.2025

9.00 bis 13.00 Uhr – Vorträge

- Norbert Scherbaum: Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit
- Anne Steinbach: Ruhe und Ausgeglichenheit in stürmischen Zeiten – seelische Stärke ist erlernbar.
- Hans-Jürgen Luderer: „Die schlimmste Zeit in meinem Leben!“ Personzentrierte Therapie einer Patientin mit schwerer unipolarer Depression: eine Kasuistik.
- Gert-W. Speierer: Wie Resilienz, Kongruenz und Inkongruenztoleranz uns befähigen, Belastungen von Körper und Seele standzuhalten und gesund zu bleiben – Thesen und Diskussion.

14.00 bis 16.15 Uhr – Workshops

1. Annette Jessinghaus: Gemeinsam stark – widerstandsfähig werden mithilfe personzentrierter Gruppentherapie
2. Ludwig Teusch: Resilienzförderung im personzentrierten Einzelgespräch

16.30 bis 18.00 Uhr – ÄGG-Mitgliederversammlung

Anmeldung:

M. Kownatka
FuL-Chefsekretariat, LVR- Universitätsklinik Essen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Telefon: 0201 7227202, Telefax: 0201 7227301
E-Mail: Melanie.Kownatka@lvr.de

Institut für personzentrierte und experientielle Angebote - IPEA



Geschäftsführung: Dipl. Psych. Christine le Coutre
Wissenschaftliche Begleitung: Prof. Dr. Dipl.-Soz.päd. Dorothea Hüsson

Website: www.ipea.team

Mit-Herausgeber der Zeitschrift **PERSON**

Organizational Member in der
World Association for Person-Centered and
Experiential Psychotherapy and Counseling

Das IPEA - Institut für personzentrierte und experientielle Angebote - bietet regelmäßige Fort- und Weiterbildungen an. Es befasst sich zugleich mit Forschung und theoretischen Entwicklungen zum personzentrierten Konzept. Das IPEA bildet nach den Standards der GwG in Beratung, Psychotherapie und Focusing aus. Es ist Mitherausgeber der PERSON.

Personzentrierte Weiterbildungen (von der GwG anerkannt)

Personzentrierte Beratung / Psychotherapie mit Kindern- und Jugendlichen (GwG) in Stuttgart

Dozent*innen: Dorothea Hüsson, Hans-Jörg Koten, Maren Krause, Heike Runowski

Modul 2: Start am 14./15.11.25

Modul 3: Start am 05./06.12.25

Modul 4/5: Start am 28./29.11.25

Kontakt: dorothea.huesson@ipea.team

Personzentrierte Beratung (GwG/DGfB)

Dozent*innen: Christine le Coutre, Dorothea Hüsson, Sabine Pfisterer

Modul 1 in **Stuttgart**: Start am 17./18.10.25 (Personzentrierte Grundlagen/Gesprächsführung und Beratung)

Modul 1 in **Kiel**: Start am 07./08.11.25 (Personzentrierte Grundlagen/Gesprächsführung und Beratung)

Modul 2: in Stuttgart Start am 21./22.11.25

Modul 3: in Stuttgart Start am 06./07.12.25

Kontakt: christine.lecoutre@ipea.team

Personzentrierte Psychotherapie (GwG) in Stuttgart

Dozent*innen: Christine le Coutre, Till Schultze-Gebhardt, Hans-Jürgen Luderer

Einstieg wieder im Sommer 2026 möglich

Kontakt: christine.lecoutre@ipea.team

Zwei- und dreitägige Fortbildungen (für personzentrierte Fachkräfte)

21.03.2025 – 15.00 bis 21.00 Uhr **Zur Sache kommen – In psychosozialer Beratung über Sexualität sprechen**
22.03.2025 – 09.30 bis 18.00 Uhr

Dipl. Psych. Dr. Lena Staudigl

04.04.2025 – 15.00 bis 21.00 Uhr Tagungsort: Stuttgart

05.04.2025 – 09.30 bis 18.00 Uhr **Kultursensible Personzentrierung in der Beratung und Therapie mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien**

23.05.2025 – 15.00 bis 22.00 Uhr Annemarie Meyer, Heilpädagogin (B.A.) und Kindheitspädagogin (M.A.)

24.05.2025 – 09.00 bis 21.00 Uhr Tagungsort: Stuttgart

25.05.2025 – 09.00 bis 12.00 Uhr **Encounter – Selbsterfahrung und Persönlichkeitsbildung**

Dipl. Psych. P. Batura, Dipl. Psych. Dr. P. Tossmann, Dr. D. Oberreiter

Tagungsort: Stuttgart-Birkach

ÖGWG Woche **2025**

DIALOG der GENERATIONEN



Es erwarten Sie/euch viele verschiedene Vorträge, Workshops,
gemeinsame Auseinandersetzung zu transgenerationalen Themen
von der Kindheit, Jugend bis ins hohe Alter.

29.10.2025 - 1.11.2025

im Bildungshaus St. Virgil - Salzburg

Nähere Infos zum Programm und Anmeldung unter [oegwg.at](https://www.oegwg.at)

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“ (erhältlich bei den folgenden Adressen) gestaltet als E-Mail-Attachment an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

c/o Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7
Tel.: +43 1 42 77 47 881; Fax: +43 1 42 77 47 889
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

PERSON wird die Beiträge nach Ablauf eines Jahres als Volltext in die Datenbank pce-literature.org einspeisen. Autorinnen und Autoren, die damit nicht einverstanden sind, werden gebeten, dies bei der Einreichung des Beitrages bekannt zu geben, da andernfalls von einer Zustimmung ausgegangen wird.

Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Richtwert 5000, max. 8000 Wörter pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

Zitationsweise

Die Zitationsweise erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) bzw. analog nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at/rogers.htm) und Doppelheft 3 & 4 des Jahrgangs 4 (2005) von Person-Centered and Experiential Psychotherapies) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

Rezensionen

PERSON veröffentlicht nach Möglichkeit Rezensionen von allen wichtigen Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich der personzentrierten und experienziellen Ansätze, darüber hinaus von den wichtigsten schulenübergreifenden Werken aus dem Bereich der Psychotherapie und Beratung.

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 1000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet.

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

- Mag.^a Monika Tuczai, Wien, E-Mail: monika.tuczai@gmx.at
- Dipl.-Psych. Jana Lammers, Hamburg, E-Mail: jana.lammers@me.com

Rezensionen sind per E-Mail bei einer der beiden Redakteurinnen einzureichen.

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den Autoren bzw. Autorinnen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

Urheberrecht

Autorinnen und Autoren, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf Deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autorinnen und Autoren frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

