

# Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers

Skript zur Vorbereitung  
auf die Eingangsklausur  
bei Prof. Dr. E. Stephan

Zusammenfassung der Literatur  
von Haug Leuschner  
Köln, den 10.01.97

# **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>DEFINITIONEN</b>	<b>5</b>
Organismus	5
Aktualisierungstendenz	5
Tendenz zur Selbstaktualisierung	5
Erlebnis, Erfahrung (Erlebnisfeld, phänomenales Feld)	5
Gefühl, Erleben eines Gefühls	5
Gewahrwerdung, Symbolisierung, Bewußtsein	5
Exakte Symbolisierung	6
Wahrnehmen, Wahrnehmung	6
Unterschwelliges Wahrnehmen, unterschwellige Wahrnehmung	6
Selbsterfahrung	6
Selbst, Selbstkonzept, Selbststruktur	6
Selbstideal bezeichnet das Selbstkonzept, das eine Person am liebsten besäße.	6
Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung	7
Verletzlichkeit	7
Angst	7
Bedrohung	7
Psychische Fehlanpassung	7
Abwehr, Abwehrverhalten	7
Intensionalität	8
Kongruenz von Selbst und Erfahrung	8
Offenheit für Erfahrung	8
Psychische Ausgeglichenheit	8
Extensionalität	8
Reifen, Reife	8
Kontakt	9
Positive Beachtung	9
Bedürfnis nach positiver Beachtung	9
Bedingungslose positive Beachtung	9
Bewertungskomplex	9
Positive Selbstbeachtung	9
Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung	9
Bedingungslose Selbstbeachtung	10
Bewertungsbedingungen	10
Organismischer Bewertungsprozeß	10
Innerer Bezugsrahmen	10
Empathie	10
Äußerer Bezugsrahmen	10
<b>THEORIE DER THERAPIE UND DER PERSÖNLICHKEITSVERÄNDERUNG</b>	<b>11</b>
A. Bedingungen des therapeutischen Prozesses	11
B. Der Therapieprozeß	11
C. Ergebnisse im Bereich der Persönlichkeit und des Verhaltens	11
D. Schlußfolgerungen, die sich auf die Natur des Menschen beziehen	12
<b>PERSÖNLICHKEITSTHEORIE</b>	<b>13</b>
A. Postulate über das Wesen des Kindes	13
B. Die Entwicklung des Selbst	13
C. Das Bedürfnis nach positiven Beachtung	13
D. Die Entwicklung des Bedürfnisses nach Selbstbeachtung	13
E. Die Entwicklung von Bewertungsbedingungen	13
F. Die Entwicklung der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrungen	14
G. Die Entwicklung widersprüchlichen Verhaltens (neurotisches Verhalten)	14
H. Die Erfahrung von Bedrohung und der Prozeß der Abwehr (Neurose/Psychose)	14
I. Der Prozeß des Zusammenbruchs und der Desorganisation (psych. Zusammenbrüche)	15
J. Der Prozeß der Reintegration (zunehmende Kongruenz von Selbst und Erfahrung)	15

<b>AUSWERTUNG UND KRITISCHE WÜRDIGUNG DER LITERATUR ZUM KRANKHEITSBEGRIFF IM KLIENTENZENTRIERTEN KONZEPT</b>	<b>16</b>
<b>Ergebnisse der Auswertung</b>	<b>16</b>
1. Weiterentwicklung der klientenzentrierten Krankheitslehre	16
2. Entwicklung einer Krankheitslehre für die klientenzentrierte Psychotherapie	16
<b>Kritische Würdigung</b>	<b>17</b>
<b>DIE ANGSTSTÖRUNG (ANGSTNEUROSE)</b>	<b>18</b>
<b>Diagnostische Klassifikation</b>	<b>18</b>
<b>Die Krankheitslehre (Neurosentheorie) der GT</b>	<b>18</b>
Die neurotische Disposition	18
Die Ursachen der neurotischen Disposition	18
<b>Fallbeschreibung</b>	<b>19</b>
<b>Fallinterpretation: Ein hypothetisches Bedingungsmodell der Angstneurose</b>	<b>19</b>
Lebensgeschichtliche Faktoren	19
Die Inkongruenzkonstellation	20
<b>Die aktuelle Ursache der Angststörung (Angstneurose)</b>	<b>20</b>
<b>ÜBERLEGUNGEN ZU EINER STÖRUNGSLEHRE AUS INTERAKTIONELLER PERSPEKTIVE</b>	<b>22</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>22</b>
<b>1 Unterschiedliche Formen von Inkongruenz</b>	<b>23</b>
1.1 Diskrepanz zwischen Selbstideal und wahrgenommenen Selbst	23
1.2 Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und „organismic Experience“	23
1.3 Diskrepanz zwischen Experience und Awareness (= „consciousness“ = Gewährwerdung, Bewußtsein) <sup>25</sup>	
1.4 Diskrepanz zwischen aktualisierender Tendenz („organismischen Wertungsprozeß“) und aus der Gesellschaft übernommenen („introjizierten“) Strebungen und Wertungen	25
1.5 Konflikt zwischen widersprüchlichen Strebungen und Bedürfnissen	26
<b>2 Die Begrenzungsbedürftigkeit des Inkongruenz-Konzeptes</b>	<b>26</b>
<b>3 Die Ergänzungsbedürftigkeit des Inkongruenz-Konzeptes</b>	<b>26</b>
3.1 Individuum-überschreitende Selbstkonzepte	27
3.2 Multiple Selbstkonzepte	28
3.3 Erweiterung des Begriffes „organismic experience“	28
3.4 Erweiterung des Begriffs „aktualisierende Tendenz“	28
3.5 Versuch einer systemischen Betrachtung	29
<b>4 Pathogene Faktoren aus interaktioneller Sicht</b>	<b>29</b>
4.1 Mangel an Empathie und Akzeptieren	29
4.2 Mangel an Authentizität, Kongruenz, personaler Präsenz	30
<b>5 Abschließende Bemerkungen</b>	<b>32</b>
<b>PSYCHOSOMAT. STÖRUNGEN ALS BEEINTRÄCHTIGUNG DER SELBSTREGULATION</b>	<b>33</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>33</b>
<b>1. Einleitung: Ein Funktionsmodell psychosomatischer Störungen</b>	<b>33</b>
<b>2. Das Funktionsmodell: Psychosomatik als Selbstregulationsstörung</b>	<b>33</b>
2.1 Der theoretische Ausgangspunkt: Diskrepanz und Diskrepanzvermeidung	33
Reflexionsvermeidung und Motiv-Repräsentation	34
Aufmerksamkeitsabwendung von Körperprozessen	35
Selbstkonzept und Selbstwert	35
Streßbewältigung, Streß und Streß-Regulation	36
Außenorientierung und soziale Unsicherheit	37
Anforderungen und Selbstverpflichtung	38
<b>Schlußfolgerungen</b>	<b>39</b>
<b>PSYCHOPATHOLOGIE NACH DEM DIFFERENZIELLEN INKONGRUENZMODELL DER KLIENTENZENTRIERTEN PSYCHOTHERAPIE</b>	<b>40</b>

<b>Zusammenfassung</b>	<b>40</b>
<b>Das Differentielle Inkongruenzmodell</b>	<b>41</b>
1. Bedingungen gesunder und gestörter Entwicklungen	41
2. Im DIM akzentuierte Anteile der Person und des Selbstsubjekts	42
3. Die phänomenologische Differenzierung des Inkongruenzerlebens	42
4. Die nosologische Ordnung des DIM	43
5. Die Ordnung der psychischen Störungen der ICD- im DIM	43
<b>Konsequenzen für die therapeutische Arbeit</b>	<b>44</b>
<b>GRUNDLAGEN UND MODELLVORSTELLUNGEN FÜR EINE PERSONENZENTRIERTE STÖRUNGSLEHRE</b>	<b>45</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>45</b>
<b>1. Grundsätze</b>	<b>45</b>
1.1 Bisherige Grundsätze und deren Revision	45
1.2 Störungsbegriff und sozialkommunikative Ätiologie	46
1.3 Definitionen von Psychotherapie	46
<b>2. Unterschiedliche Selbstaufmerksamkeit und Differentielle Psychotherapie</b>	<b>48</b>
<b>3. Strukturierte Analyse Sozialen Beziehungsverhaltens als diagnostisches Instrumentarium in einer     Personenzentrierten Störungslehre</b>	<b>49</b>
3.1 Grundbegriffe und Entwicklungsnormen	49
3.2 Das Konzept des Introjekts im SASB System	50
<b>KLIENENZENTRIERTE ÄTIOLOGIE UND DIAGNOSTIK VON PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN IM KINDESALTER</b>	<b>51</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>51</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>51</b>
1.1 Definition von psychischen Störungen	51
1.2 Definition von Kinderpsychotherapie	52
<b>2. Unterschiede zwischen d. klientenzentrierten Erwachsenen- u. Kinderpsychotherapie</b>	<b>52</b>
<b>3. Überlegungen zur klientenzentrierten Störungslehre aus kindertherapeutischer Sicht</b>	<b>54</b>
3.1 Annahmen zur generellen Verwirklichungstendenz	54
3.2 Annahmen zur Entwicklung des Selbstkonzeptes	56
3.3 Annahmen zum Verhaltenskonzept	57
3.4 Annahmen zum Störungskonzept	58
<b>4. Praxis der Störungsanalyse</b>	<b>60</b>
4.1 Überblick über die Vielfalt psychischer Störungen bei Kindern	60

## Definitionen

### Organismus

- Der Organismus ist der Ort aller individuellen Wahrnehmungen und Erfahrungen. Er schließt sowohl bewußte (symbolisierte) als auch unbewußte (nicht symbolisierte) Erfahrungen ein.

### Aktualisierungstendenz

- „*Der Organismus hat eine grundlegende Tendenz, den Erfahrung machenden Organismus zu erhalten und zu erhöhen.*“:
  - Tendenz: Entwicklung aller Möglichkeiten zur Erhaltung / Förderung des Organismus
  - Entwicklung: hin zur Autonomie, weg von Heteronomie/Kontrolle v. äußeren Zwängen
- Diese Aktualisierungstendenz ist das einzige Motiv, welches in diesem theoretischen System als Axiom vorausgesetzt wird. Motivationskonzepte wie Bedürfnis-, Spannungs- oder Triebreduzierung sind in diesem Konzept eingeschlossen.

### Tendenz zur Selbstaktualisierung

- Die allgemeine Tendenz zur Aktualisierung drückt sich auch in d. Selbstaktualisierung aus.
- Wenn das Selbst und die Erfahrung des Organismus verhältnismäßig kongruent sind, dann bleibt die Aktualisierungstendenz ebenfalls verhältnismäßig ungespalten.
- Wenn Selbst und Erfahrung inkongruent sind, dann kann die allgemeine Aktualisierungstendenz mit der Tendenz zur Entfaltung des Selbst im Widerspruch stehen.

### Erlebnis, Erfahrung (Erlebnisfeld, phänomenales Feld)

- Dieser Begriff beinhaltet all das, was sich *innerhalb des Organismus in einem bestimmten Augenblick* abspielt und was potentiell der Gewahrwerdung zugänglich ist.
- Er schließt ein:
  - Ereignisse, die dem Individuum nicht gewahr ist
  - Phänomene, die im Bewußtsein sind
  - Erinnerungen und vergangene Erfahrungen, sofern diese die Bedeutung bestimmter Stimuli verändern
- synonyme Begriffe: Erlebnisfeld, phänomenales Feld, organismische Ganzheit

### Gefühl, Erleben eines Gefühls

- Es wird die Emotion und der kognitive Inhalt der Bedeutung dieser Emotion in ihrem Erfahrungsfeld erfaßt. Es existiert eine Einheit von Emotion und Kognition, die unteilbar erfahren wird.

### Gewahrwerdung, Symbolisierung, Bewußtsein

- Gewahrwerdung/Symbolisierung/Bewußtsein ist die symbolische Repräsentation eines Teils der Erfahrung.
- Diese Repräsentation mag verschiedene Grade an Schärfe oder Klarheit aufweisen.
- *Der Gewahrwerdung zugänglich* wird eine Erfahrung, wenn sie ohne Verleugnung oder Verzerrung symbolisiert werden kann.

## **Exakte Symbolisierung**

Die Symbole, die sich in unserem Gewahrsein bilden, stimmen nicht notwendigerweise mit der „Realität“ überein. Mit exakter Symbolisierung ist gemeint, daß Vermutungen im Rahmen der Gewährwerdung dadurch erhärtet werden, daß sie durch Versuch in der Realität getestet werden.

## **Wahrnehmen, Wahrnehmung**

- Wahrnehmung stellt eine Vermutung oder eine Vorhersage einer Handlung dar, die im Gewahrsein entsteht, wenn Reize auf den Organismus einwirken, nämlich, daß die Objekte, von denen wir die Reize empfangen, auch bei anderer Gelegenheit Eigenschaften offenbaren würden, die wir aufgrund der Vorerfahrung als charakteristisch ansehen.
- Wahrnehmung und Gewährwerdung sind Synonyme. Wahrnehmung ist dabei ein engerer Begriff als Gewährwerdung. Gewährwerdung umfaßt über die äußere Wahrnehmung hinaus rein interne Reize wie Körperempfindungen und Erinnerungen.

## **Unterschwelliges Wahrnehmen, unterschwellige Wahrnehmung**

- Der Organismus kann Reize und deren Bedeutung für den Organismus unterscheiden, ohne daß dies dem Individuum bewußt zu werden braucht. Diese Fähigkeit erlaubt es ihm, eine Erfahrung als bedrohlich zu erkennen, ohne daß die Bedrohung im Gewahrsein symbolisiert wurde.

## **Selbsterfahrung**

Selbsterfahrung bezeichnet jedes Ereignis oder jede Einheit des phänomenologischen Feldes, wie es vom Individuum unterschieden wird. Selbsterfahrung sind das Rohmaterial des organisierten Selbstkonzeptes.

## **Selbst, Selbstkonzept, Selbststruktur**

- Es handelt sich um eine fließende, wechselnde Gestalt, einen Prozeß, der zu jedem beliebigen Zeitpunkt eine spezifische, der Situation entsprechende Wesenheit ist, und die sich im Laufe des Lebens aus dem phänomenalen Feld herausgelöst hat.
- Dieser Begriff bezieht sich auf eine organisierte, in sich geschlossene Gestalt und beinhaltet a) die Wahrnehmungen der Charakteristiken des Ich, b) die Wahrnehmungen der Beziehungen zwischen dem Ich und anderen und c) verschiedenen Lebensaspekten, einschließlich der mit diesen Erfahrungen verbundenen Werte.
- Das Selbst beinhaltet sowohl Werte, die vom Organismus selbst erfahren werden, als auch solche, die von anderen übernommen werden. Die übernommenen Werte werden oft so symbolisiert, als wenn sie vom Organismus direkt erfahren worden.
- Es gibt grundsätzlich drei Möglichkeiten, mit das Selbst betreffende Erfahrungen umzugehen. Sie werden:
  - angemessen symbolisiert und in die bestehende Struktur des Selbst integriert, oder
  - ignoriert, weil es keine wahrgenommene Beziehung zur Selbststruktur gibt, oder
  - geleugnet bzw. verzerrt symbolisiert, weil die Erfahrung mit der Struktur des Selbst nicht übereinstimmt.

**Selbstideal** bezeichnet das Selbstkonzept, das eine Person am liebsten besäße.

## **Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung**

- Ein Individuum befindet sich in dem Zustand der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung, wenn es sich selbst als einen anderen wahrnimmt als die exakte Symbolisierung seiner Erfahrungen ergeben würde, d.h. weil Widersprüche zwischen dem wahrgenommenen Selbst und der tatsächlichen organismischen Erfahrung existieren. Dies ist ein Zustand der Spannung und inneren Konfusion, weil hinsichtlich einiger Aspekte das individuelle Verhalten durch die Aktualisierungstendenz, bzgl. anderer Aspekte jedoch durch die Selbstaktualisierung geregelt wird. Daraus entsteht ungeordnetes oder unverständliches Verhalten.

## **Verletzlichkeit**

- Wenn Inkongruenz besteht und das Individuum sich dessen nicht bewußt ist, dann ist es potentiell anfällig für Angst, Bedrohung und Desorganisation.
- Wenn eine bestimmte Erfahrung die Diskrepanz so klar hervortreten läßt, daß sie bewußt wahrgenommen werden muß, wird das Selbstkonzept des Individuums durch die widersprüchliche und nicht vereinbare Erfahrung desorganisiert.

## **Angst**

- Angst ist der Zustand, in dem sich Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und dem Gesamt an Erfahrung der Gewährwerdung nähert. Wenn Erfahrung vom Selbstkonzept abweicht, dann wird eine Abwehrreaktion gegen diese Bedrohung immer schwieriger. Angst ist die Antwort des Organismus auf die Bedrohung, daß eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen Selbst und Erfahrung eine Veränderung des Selbstkonzeptes erzwingen könnte.

## **Bedrohung**

- Das Stadium der Bedrohung besteht, wenn eine Erfahrung wahrgenommen oder erwartet wird, die inkongruent mit der Selbststruktur ist.

## **Psychische Fehlanpassung**

- Psychische Fehlanpassung besteht dann, wenn der Organismus bestimmte Erfahrungen der Gewährwerdung verweigert oder deren bewußte Wahrnehmung so stört, daß diese nicht exakt symbolisiert in die Gestalt der Selbststruktur integriert werden können. In der Folge entsteht Inkongruenz zwischen dem Selbst und der Erfahrung.

## **Abwehr, Abwehrverhalten**

- Abwehrverhalten ist die Antwort des Organismus auf Bedrohung, auf die Gewährwerdung einer Diskrepanz zwischen Selbst und Erfahrung. Es wird damit das Ziel verfolgt, die gegenwärtige Selbststruktur aufrecht zu erhalten.
- Dieses Ziel wird erreicht durch:
  - die Verzerrung der Erfahrung im Gewährsein (Reduktion der Nichtübereinstimmung zwischen Erfahrung und Selbst)
  - Fernhaltung der Erfahrung von der Gewährwerdung (Leugnung)

## **Intensionalität**

- Intensionalität ist die Tendenz, Erfahrungen zu verabsolutieren und unangreifbar zu machen, und bezeichnet die Verhaltensweisen, die für ein Individuum charakteristisch sind, das sich im Zustand der Abwehr befindet.
- Eine Person mit intensionalen Tendenzen neigt dazu, Erfahrungen zu verallgemeinern, sie wird von Konzepten oder Überzeugungen dominiert, es gelingt ihr nicht, das eigene Reagieren nach der Realität auszurichten. Sie bringt Tatsachen und Bewertungen durcheinander, und sie verläßt sich lieber auf Abstraktionen als auf die Überprüfung der Realität.

## **Kongruenz von Selbst und Erfahrung**

- Der Zustand der Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung besteht, wenn Selbsterfahrungen exakt symbolisiert werden und in dieser exakt symbolisierten Form in das Selbstkonzept integriert werden.
- Gilt dies für alle Selbsterfahrungen, wäre das Individuum eine psychisch völlig gesunde Person. Synonyme Begriffe für Kongruenz: integriert, ganz, echt.

## **Offenheit für Erfahrung**

- Für Erfahrung offen zu sein bedeutet, sich in einem Zustand der Kongruenz und damit der Abwesenheit von Abwehr von Bedrohung des Selbstkonzeptes zu befinden. Jeder Reiz ist immer vollständig der Gewährleistung des Individuums zugänglich, da das Selbstkonzept völlig kongruent mit dem Erleben ist.

## **Psychische Ausgeglichenheit**

- Optimale psychische Ausgeglichenheit besteht dann, wenn das Selbstkonzept so gestaltet ist, daß alle Erfahrungen auf einem symbolischen Niveau in die Gestalt der Selbststruktur aufgenommen werden können.
- synonym mit Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung bzw. völlige Offenheit für Erfahrung

## **Extensionalität**

- = Realitätsoffenheit
- Wenn eine Person in einer realitätsoffenen Art und Weise wahrnimmt und reagiert, dann tendiert sie dazu, eine Erfahrung in begrenzter und differenzierter Art und Weise wahrzunehmen, sie ist sich der raumzeitlichen Bedingtheit von Fakten bewußt. Sie wird geleitet von Fakten, nicht von Konzepten, sie bewertet in vielfältiger Weise, sie ist sich der verschiedenen Abstraktionsgrade bewußt, und sie überprüft Schlußfolgerungen und Abstraktionen an der Realität.

## **Reifen, Reife**

- Ein Individuum zeigt reifes Verhalten, wenn es
  - in realistischer und erfahrungsoffener Weise wahrnimmt,
  - nicht abwehrend verhält,
  - die Verantwortung dafür übernimmt, sich von anderen zu unterscheiden,

- die Verantwortung für sein eigenes Verhalten übernimmt,
- die Erfahrungen danach bewertet, ob diese mit den eigenen Sinneseindrücken übereinstimmen
- seine Bewertungen nur auf der Grundlage neuer Beweise ändert,
- andere als einzigartige, von ihm selbst verschiedene Individuen akzeptiert,
- sich selbst und andere schätzt.

### **Kontakt**

- Menschen befinden sich in psychologischen Kontakt, wenn sie eine offen oder unterschwellig wahrgenommene Veränderung des Erlebnisfeldes des anderen erzeugen.

### **Positive Beachtung**

- Wenn ich bei einem anderen Selbsterfahrung wahrnehme, und dies zu einer positiven Veränderung meines Erlebnisfeldes führt, dann erlebe ich dem anderen gegenüber positive Beachtung.

### **Bedürfnis nach positiver Beachtung**

- Das Bedürfnis nach positiver Beachtung ist grundlegend. Es ist nach STANDAL ein sekundäres, also erlerntes Bedürfnis, das in der frühen Kindheit entwickelt wird.

### **Bedingungslose positive Beachtung**

- eines der Schlüsselkonstrukte der Theorie; Synonym: unbedingte Wertschätzung
- Wenn die Selbsterfahrungen eines anderen durch mich in der Art und Weise wahrgenommen werden, daß keine dieser Selbsterfahrungen danach unterschieden werden, ob sie meiner positiven Beachtung mehr oder weniger wert sind, dann erlebe ich bedingungslose positive Beachtung für diese Person.
- D.h. jemanden zu „schätzen“ ungeachtet der verschiedenen Bewertungen, die man selbst ihren verschiedenen Verhaltensweisen gegenüber hat.

### **Bewertungskomplex**

- Der Bewertungskomplex meint all jene Selbsterfahrungen, von denen das Individuum erkannt hat, daß sie einen Beitrag zur positiven Beachtung durch den anderen leisten.

### **Positive Selbstbeachtung**

- Positive Selbstbeachtung entwickelt sich aus der positiven Beachtung durch andere und bedeutet die eigene positive Beachtung von Selbsterfahrung. Diese Befriedigung ist unabhängig von den positiven Erlebnissen der Austauschprozesse mit anderen geworden: Das Individuum wird sein eigenes signifikantes soziales Gegenüber.

### **Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung**

- Das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung ist ein sekundäres, erlerntes Bedürfnis und entsteht aus der Befriedigung des Bedürfnisses nach positiver Beachtung durch andere.

## **Bedingungslose Selbstbeachtung**

- Wenn das Individuum sich selbst in einer Art und Weise wahrnimmt, in der keine Selbsterfahrung als mehr oder weniger wert angesehen wird, dann erlebt es bedingungslose positive Selbstbeachtung.

## **Bewertungsbedingungen**

- Wenn eine Selbsterfahrung allein deshalb gemieden oder angestrebt wird, weil sie als mehr oder weniger wertvoll für die Selbstbeachtung des Individuums eingeschätzt wird, dann ist die Selbststruktur charakterisiert durch eine Bewertungsbedingung.
- Eine Bewertungsbedingung entwickelt sich, wenn die positive Beachtung einer Bezugsperson an Bedingungen geknüpft ist, wenn das Individuum also erfährt, daß es in einigen Aspekten geschätzt wird, in anderen nicht. Allmählich wird diese Einstellung in das Selbstkonzept assimiliert, und das Individuum bewertet eine Erfahrung als positiv oder negativ allein deshalb, weil diese Bewertungsbedingungen, die es von anderen übernommen hat, bestehen und nicht deshalb, weil die Erfahrungen förderlich oder hinderlich für den Organismus sind.

## **Organismischer Bewertungsprozeß**

- Dieses Konzept beschreibt einen fortwährenden Prozeß, in welchem Werte niemals endgültig fixiert sind, sondern Erfahrungen exakt symbolisiert und kontinuierlich in Hinblick auf die erlebte organismische Erfahrung bewertet werden. Der Organismus erlebt Befriedigung durch jene Stimuli oder Verhaltensweisen, die den Organismus und das Selbst erhalten und fördern und zwar gleichermaßen in der Gegenwart als auch auf lange Sicht. Die Aktualisierungstendenz ist hier das Kriterium.

## **Innerer Bezugsrahmen**

- Die Gesamtheit der Erfahrungen, die dem Gewahrsein eines Individuums in einem bestimmten Augenblick erreichbar sind = subjektive Welt des Individuums (Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen, Erinnerungen, Werte)
- kennt nur das Individuum selbst, durch andere nicht erfahrbar, teilweise durch empathisches Einfühlen nachvollziehbar

## **Empathie**

- Empathisch zu sein bedeutet, den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die „Als ob“-Position aufzugeben.
- Verliert man die „Als ob“-Position, befindet man sich im Zustand der Identifizierung.

## **Äußerer Bezugsrahmen**

- Wahrnehmung einer anderen Person vom eigenen subjektiven Bezugsrahmen oder einem anderen als den inneren Bezugsrahmen dieser Person aus ohne empathischen Bezug zu dieser Person.

# Theorie der Therapie und der Persönlichkeitsveränderung

## A. Bedingungen des therapeutischen Prozesses

1. Klient und Therapeut befinden sich im *Kontakt*.
  2. Der Klient befindet sich im Zustand der *Inkongruenz*: er ist *verletzlich* und voller *Angst*.
  3. Der Therapeut ist *kongruent* in der *Beziehung*.
  4. Der Therapeut *empfindet bedingungslose positive Beachtung* gegenüber dem Klienten.
  5. Der Therapeut *erfährt empathisch* den *inneren Bezugsrahmen* des Klienten.
  6. Der Klient *nimmt* zumindest in geringem Ausmaße die bedingungslose positive Beachtung und das empathische Einfühlen durch den Therapeuten wahr.
- Der therapeutische Prozeß kommt eher in Gang, wenn der Klient ängstlich als bloß verletzlich ist.
  - Für die Entstehung der therapeutischen Beziehung ist eine gewisse Zeitdauer erforderlich.

## B. Der Therapieprozeß

1. Der Klient kann seine *Gefühle* zunehmend freier ausdrücken (verbal/körperlich).
2. Seine ausgedrückten Gefühle haben zunehmend *mehr Bezug zu seinem Selbst*.
3. Seine Erfahrungen werden zunehmend *exakter symbolisiert*: weniger Intensionalität, mehr Extensionalität in der Wahrnehmung (bessere Unterscheidung der Objekte seiner Gefühle und Wahrnehmungen)
4. Seine ausgedrückten Gefühle haben zunehmend mehr *Bezug zur Inkongruenz* zwischen bestimmten Erfahrungen und seinem Selbstkonzept.
5. Der Klient wird sich wegen der bedingungslosen positiven Beachtung des Therapeuten der *zunehmenden Bedrohung durch diese Inkongruenz* bewußt.
6. Der Klient erfährt *vollständig im Gewahrsein Gefühle*, die in der Vergangenheit geleugnet oder verzerrt wahrgenommen wurden.
7. Sein *Selbstkonzept wird reorganisiert*: Erfahrungen, die früher geleugnet/verzerrt wurden, werden assimiliert und aufgenommen.
8. Die *Kongruenz zwischen Selbstkonzept und Erfahrung wächst*: Das Selbst enthält Erfahrungen, die früher zu bedrohlich waren. Folge: weniger Wahrnehmungsverzerrungen und -leugnungen, m.a.W.: *weniger Abwehr*.
9. Der Klient kann zunehmend die *bedingungslose positive Beachtung* des Therapeuten *ohne Bedrohungsgefühl* erleben.
10. Er empfindet in zunehmenden Maße eine *bedingungslose positive Selbstbeachtung*.
11. Er erfährt sich zunehmend als Ort *seiner eigenen Bewertung*.
12. Er reagiert auf Erfahrungen immer weniger im Sinne seiner Bewertungsbedingungen, sondern zunehmend im Sinne seines *organismischen Bewertungsprozesses*.

## C. Ergebnisse im Bereich der Persönlichkeit und des Verhaltens

1. Der Klient ist *kongruenter, offener für seine Erfahrung, weniger in Abwehr*.
2. In der *Wahrnehmung* ist er realistischer, objektiver und *extensionaler*.
3. Es gelingt ihm besser, seine *Probleme* zu lösen.
4. Er ist *psychisch ausgeglichener*.
5. Die *Verletzlichkeit durch Bedrohung* nimmt als Ergebnis der zunehmenden Kongruenz ab.

6. Das **Selbstideal** wird realistischer und erreichbarer (als Folge von C2).
7. **Selbst und Selbstideal** sind kongruenter (C4, C5).
8. **Reduzierung von Spannungen** als Folge der zunehmenden Kongruenz von Selbst und Selbst ideal bzw. Selbst und Erfahrung (phys./psych. Spannungen, Ängste)
9. Die **positive Selbstbeachtung** nimmt zu.
10. Der Klient nimmt den **Ort seiner Bewertungen / Entscheidungen** innerhalb seines Selbst wahr: in der Folge mehr **Selbstvertrauen und Eigenverantwortlichkeit** (C9, C10)
11. **Andere** werden **realistischer** und exakter wahrgenommen (C1, C2).
12. Erleben von **mehr Akzeptanz** durch andere (C11).
13. **Verhaltensänderungen**: a) Ansteigen von neu zum Selbst gehörenden Verhalten; b) Abnahme von nicht mehr zum Selbst gehörenden Verhalten. → Verhalten vermehrt unter eigener Kontrolle
14. **Verhalten** d. Kl. wird von anderen als **sozialisierter** und **reifer** wahrgenommen.
15. C1, C2, C3: Klient ist **kreativer**, neuen Situationen und neuen Problemen **flexibler**, und eher in der Lage, **eigene Absichten** und Werte auszudrücken.

#### **D. Schlußfolgerungen, die sich auf die Natur des Menschen beziehen**

1. Das Individuum besitzt die Fähigkeit, die Faktoren seiner psychischen Fehlanpassung, nämlich die Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und Erfahrung, wahrzunehmen.
2. Das Individuum besitzt die Fähigkeit und Tendenz, sein Selbstkonzept zu reorganisieren; und zwar in der Weise, daß es kongruenter mit der Erfahrung wird, vom Zustand der psychischen Fehlanpassung hin zum Zustand der psychischen Anpassung.
3. Diese Fähigkeit und Tendenz verwirklicht sich in jeder zwischenmenschlichen Beziehung, in der der Partner *kongruent in der Beziehung* ist, *bedingungslose positive Beachtung* gegenüber dem anderen erlebt, *empathisch* die Person erfährt und über diese drei Haltungen Kommunikation mit dem Individuum zustande kommt.

# **Persönlichkeitstheorie**

## **A. Postulate über das Wesen des Kindes**

1. Das Kind nimmt seine Erfahrung als Realität wahr.
2. Das Kind besitzt die Tendenz zur Aktualisierung seines Organismus.
3. Es interagiert mit seiner Realität im Sinne der Aktualisierungstendenz.
4. In dieser Interaktion verhält sich das Kind als ein organisiertes Ganzes.
5. Es ist in einen organismischen Bewertungsprozeß eingebunden, der die Erfahrungen an der Aktualisierungstendenz mißt: Erfahrungen, die als den Organismus erhaltend oder fördernd wahrgenommen werden, werden positiv bewertet; solche, die die Erhaltung oder Förderung stören, negativ.
6. Das Kind strebt nach den von ihm positiv bewerteten Erfahrungen und wendet sich von den negativ bewerteten ab.

## **B. Die Entwicklung des Selbst**

1. Ein Teil der Erfahrungen wird im Bewußtsein symbolisiert: die Selbsterfahrungen.
2. Diese Selbsterfahrungen entwickeln sich durch Interaktion mit der Umwelt zum Selbstkonzept, einem Wahrnehmungsobjekt im eigenen Erfahrungsfeld.

## **C. Das Bedürfnis nach positiven Beachtung**

1. Das Bedürfnis nach positiver Beachtung ist ein Wesenszug des Menschen.
2. Die Befriedigung dieses Bedürfnisses ist notwendigerweise abhängig von Rückschlüssen über das Erfahrungsfeld von anderen.
3. Sie ist verbunden mit einer großen Spannbreite von Erfahrungen des Individuums.
4. Die Bedürfnisbefriedigung ist von großer Wirkung: Der Ausdruck der positiven Beachtung durch einen anderen kann von größerer Bedeutung sein als der organismische Bewertungsprozeß; das Individuum richtet sich mehr nach der positiven Beachtung anderer aus als nach den Erfahrungen, die von positivem Wert für die Aktualisierung des Organismus sind.

## **D. Die Entwicklung des Bedürfnisses nach Selbstbeachtung**

1. Selbstbeachtung entsteht aus der Verknüpfung der Befriedigungen oder Versagungen des Bedürfnisses nach positiver Beachtung mit Selbsterfahrungen.
2. Das Bedürfnis nach Selbstbeachtung entwickelt sich als ein gelerntes Bedürfnis.
3. Das Individuum erlebt schließlich positive Beachtung bzw. dessen Verlust unabhängig von anderen. Es wird sein eigenes signifikantes soziales Gegenüber.
4. Wie die positive Beachtung ist auch die Selbstbeachtung mit bestimmten Selbsterfahrungen eingebunden mit in den Gesamtkomplex der Selbstbewertung.

## **E. Die Entwicklung von Bewertungsbedingungen**

1. Wenn die Selbsterfahrungen des Individuums von anderen danach unterschieden werden, ob sie der positiven Beachtung wert sind oder nicht, entwickelt sich die Selbstbeachtung in ähnlicher Weise.

2. Wenn eine Selbsterfahrung allein deshalb vermieden (oder gesucht) wird, weil sie weniger (oder mehr) von Bedeutung für die Selbstbeachtung ist, dann sagt man, daß das Individuum eine Bewertungsbedingung entwickelt hat.
3. Würde ein Individuum nur bedingungslos positive Beachtung erleben, dann würde es keine Bewertungsbedingungen entwickeln, die Selbstbeachtung wäre bedingungslos, die Bedürfnisse nach positiver Beachtung und Selbstbeachtung würden niemals von der organischen Bewertung abweichen, und das Individuum wäre so fortwährend psychisch angepaßt, in diesem Sinne „fully functioning“. Diese Ereigniskette ist grundsätzlich möglich und deshalb von theoretischer Bedeutung, wenngleich sie in Wirklichkeit nicht auftritt.

#### **F. Die Entwicklung der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrungen**

1. Wegen des Bedürfnisses nach Selbstbeachtung nimmt das Individuum seine Erfahrungen selektiv wahr, entsprechend den Bewertungsbedingungen, die in ihm entstanden sind:
2. mit den Bewertungsbedingungen übereinstimmende Erfahrungen werden wahrgenommen
3. mit den Bewertungsbedingungen widersprechende Erfahrungen werden selektiv wahrgenommen, d.h. verzerrt oder geleugnet, als ob sie den Bewertungsbedingungen entsprechen würden.
4. Folglich tauchen einige Erfahrungen im Organismus auf, die nicht als solche Selbsterfahrungen erkannt werden, die nicht korrekt symbolisiert und in der Selbststruktur nicht korrekt symbolisiert eingearbeitet sind.
5. Vom Zeitpunkt der ersten selektiven Wahrnehmung an bestehen Zustände von Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung, von psychischer Fehlanpassung und Verletzlichkeit.

#### **G. Die Entwicklung widersprüchlichen Verhaltens (neurotisches Verhalten)**

Als Folge der Inkongruenz von Selbst und Erfahrung entsteht eine gleichstrukturierte Inkongruenz im Verhalten des Individuums.

- Einige Verhaltensweisen sind mit dem Selbstkonzept vereinbar und erhalten, aktualisieren und fördern es somit; diese sind dann korrekt im Gewahrsein symbolisiert.
- Andere Verhaltensweisen erhalten, fördern und aktualisieren jene Aspekte der Erfahrung des Organismus, die nicht Eingang in die Selbststruktur gefunden haben. Diese Verhaltensweisen werden entweder als Selbsterfahrungen nicht zur Kenntnis genommen, oder sie werden in der Weise entstellt oder selektiv wahrgenommen, daß sie sich schließlich wieder in Übereinstimmung mit dem Selbst befinden.

#### **H. Die Erfahrung von Bedrohung und der Prozeß der Abwehr (Neurose/Psychose)**

1. Eine Erfahrung, die nicht in Übereinstimmung mit der Selbststruktur ist, wird unterschwellig als Bedrohung empfunden.
2. Würde diese Erfahrung korrekt im Gewahrsein symbolisiert, könnte das Selbstkonzept nicht länger seine geschlossene Gestalt behalten, die Bewertungsbedingungen würden verletzt, und das Bedürfnis nach Selbstbeachtung würde frustriert. Dies würde zu einem Angstzustand führen.
3. Der Abwehrprozeß ist damit die Reaktion, die diese Ereignisse verhindert:
  - selektive Wahrnehmung
  - Entstellung von Erfahrung
  - Verleugnung von Erfahrung
4. Die generellen Konsequenzen der Abwehr sind
  - Wahrnehmungsrigidität,

- Intensionalität und daraus resultierend
- ungenaue Realitätswahrnehmung.

### **I. Der Prozeß des Zusammenbruchs und der Desorganisation (psych. Zusammenbrüche)**

1. Bei gleichzeitigem Vorliegen *eines hohen Ausmaßes von Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung* und einer *plötzlichen oder sehr deutlichen Erfahrung*, die diese Inkongruenz beinhaltet, dann ist der Abwehrprozeß des Organismus nicht in der Lage, erfolgreich zu operieren.
2. In der Folge wird Angst erlebt und die Inkongruenz unterschwellig wahrgenommen. Das Ausmaß der Angst ist abhängig vom Ausmaß der Bedrohung der Selbststruktur.
3. Bleibt der Abwehrprozeß erfolglos, dann wird die Erfahrung korrekt im Gewahrsein symbolisiert, und die Gestalt der Selbststruktur zerbricht an dieser gewahr gewordenen Erfahrung von Inkongruenz. Hieraus resultiert ein Zustand der Desorganisation.
4. In einem solchen Zustand der Desorganisation drückt sich die Spannung zwischen Selbstkonzept und den widersprüchlichen Erfahrungen in einer wechselnden Herrschaft aus: Mal ist es das Selbstkonzept, dann wieder die organismische Befriedigung, die die Rückmeldung liefern, durch die der Organismus sein Verhalten reguliert.

### **J. Der Prozeß der Reintegration (zunehmende Kongruenz von Selbst und Erfahrung)**

1. Damit der Abwehrprozeß umgekehrt werden kann, damit also eine bisher bedrohliche Erfahrung korrekt im Gewahrsein symbolisiert und in die Selbststruktur aufgenommen werden kann, müssen bestimmte Bedingungen vorliegen:
  - Die Bedeutung der Bewertungsbedingungen muß abnehmen.
  - Die bedingungslose Selbstbeachtung muß wachsen.
2. Eine Möglichkeit, diese Bedingungen herbeizuführen, ist die von einem wichtigen anderen Menschen erlebte bedingungslose positive Beachtung.
  - Hierzu muß der Rahmen des empathischen Verstehens vorhanden sein, damit die bedingungslose positive Beachtung vermitteln werden kann.
  - Wenn das Individuum diese bedingungslose positive Beachtung wahrnimmt, werden die bestehenden Bewertungsbedingungen geschwächt oder aufgelöst.
  - Eine weitere Folge ist das Anwachsen der eigenen bedingungslosen positiven Selbstbeachtung (sowie das Abnehmen der Bedrohung, Umkehrung des Prozesses der Abwehr und korrekte Symbolisierung von Erfahrungen, die bisher bedrohlich waren, sowie deren Aufnahme in das Selbstkonzept).
3. In der Konsequenz
  - macht das Individuum mit geringerer Wahrscheinlichkeit bedrohliche Erfahrungen,
  - werden Abwehrprozesse seltener und ihre Auswirkungen vermindert,
  - befinden sich das Selbst und die Erfahrung in erhöhtem Maße in Kongruenz,
  - steigt die Selbstbeachtung,
  - verbessert sich die positive Beachtung anderen gegenüber,
  - verbessert sich die psychische Ausgeglichenheit,
  - stellt der organismische Bewertungsprozeß zunehmend die Grundlage für die Verhaltensregulierung dar und
  - wird das Individuum immer mehr „fully functioning“

Rogers: Die voll entwickelte Persönlichkeit / Die gestörte Beziehung

# Auswertung und kritische Würdigung der Literatur zum Krankheitsbegriff im klientenzentrierten Konzept

Autoren: KETTERER & VOGEL

## Ergebnisse der Auswertung

Es gibt zwei unterschiedliche Haltungen in der neueren klientenzentrierten Literatur zum Krankheitsverständnis:

1. Es wird der Krankheitsbegriff der klientenzentrierten Psychotherapie expliziert bzw. im Sinne der klientenzentrierten Krankheitslehre weiterentwickelt. D.h. es wird von der klientenzentrierten Theorie ausgegangen und eine Krankheitslehre der klientenzentrierten Psychotherapie herausgearbeitet.
2. Es gibt Versuche, für die klientenzentrierte Psychotherapie eine Krankheitslehre zu entwickeln bzw. sie mit einer Krankheitslehre zu versorgen. Dabei wird mehr oder weniger auf andere Modelle zurückgegriffen (z.B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und existential-phänomenologische Richtung).

### 1. Weiterentwicklung der klientenzentrierten Krankheitslehre

- Die Inkongruenz wird zur Grundlage des klientenzentrierten Krankheitsbegriffes gemacht und in ihren Komponenten näher betrachtet:
  - BIERMANN-RATJEN, 1991: Inkongruenz ist ein Konflikt zwischen gesamtorganismischen Erleben und Selbstkonzept. Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie ist demnach eine Konflikttheorie.
  - FINKE, 1991: Inkongruenz ist ein psychopathologisch bedeutsamer Faktor. Aus der Betrachtung der einzelnen Komponenten des inkongruenten Zustandes (z.B. organismische Erfahrung, Selbstkonzept, Selbstideal) wird eine Differenzierung von Inkongruenzkonstellationen als idealtypische Neuroseformen abgeleitet.
  - SPEIERER, 1988: Es werden verschiedene Inkongruenzformen unterschieden und Schlußfolgerungen für eine spezielle Neurosenlehre gezogen.
- In einigen Beiträgen wird die Bestimmung eines klientenzentrierten Krankheitsverständnisses mit einer *entwicklungspsychologischen Betrachtung* in Verbindung gebracht. Dabei wird nicht nur die Entwicklung des Selbstkonzeptes, sondern auch die Frage nach der Entstehung psychischer Störungen gestellt. Von diesen Autoren wird die Ansicht vertreten, daß der klientenzentrierte Ansatz eine Entwicklungspsychologie braucht, die auch den psychopathologischen Aspekt enthält.

### 2. Entwicklung einer Krankheitslehre für die klientenzentrierte Psychotherapie

- Es werden vor allem folgende Standpunkte vertreten:
  - Für das klientenzentrierte Handeln ist eine Krankheitslehre notwendig, da Gestaltung und Qualität therapeutischen Handelns betroffen ist.
  - Bei einer psychopathologischen Betrachtung bzw. störungsspezifischen Orientierung des klientenzentrierten therapeutischen Handelns muß keine eigene Krankheitslehre entwickelt werden, sondern es wird „wie selbstverständlich“ auf kompatible psychopathologische Konzeptionen aus anderen therapeutischen Richtungen zurückgegriffen.
- SWILDENS, 1989,1990: Er geht davon aus, daß der klientenzentrierte Ansatz durch die Einbeziehung anderer theoretischer Modellvorstellungen differenziert werden kann. Passende Krankheitslehren würden bereits existieren und müßten nur in die Sprache der GT übersetzt werden. Für ihn steht fest, daß es bei der GT und der existentiellen

setzt werden. Für ihn steht fest, daß es bei der GT und der existentiellen Psychotherapie um sich gegenseitig ergänzende Konzepte handelt. Auch andere Autoren finden in bestimmten psychopathologischen Ansätzen eine natürliche und sinnvolle Ergänzung für den klientenzentrierten Ansatz.

- ECKERT, 1985: Er ist der Ansicht, daß bei Störungen außerhalb der klassischen Neurosen (Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen) der GT-Ansatz nicht ausreicht und plädiert für eine Weiterentwicklung der GT-Theorie zur Entwicklung der Persönlichkeit unter Einbezug psychoanalytischer Entwicklungstheorien.
- FRANKE, 1980: Hinsichtlich psychosomatischer Störungen sollte die klientenzentrierte psychopathologische Betrachtung mit anderen Theorien in Verbindung gebracht werden. Die allgemeinen Annahmen ROGERS über den Entstehungsprozeß einer Störung stimmen zwar mit den Forschungsergebnissen überein, dennoch hat er die Ätiologie nicht genügend thematisiert. Daher übersetzt FRANKE gängige Modelle der Ätiologie (z.B. Familientherapie) in die Sprache des klientenzentrierten Ansatzes.

### **Kritische Würdigung**

- Die weit verbreitete Auffassung, der klientenzentrierte Ansatz ignoriere die psychische Störung als solche und die Bedeutung der Störung für die Behandlung, trifft nicht zu.
- Dennoch wird eine Orientierung des therapeutischen Handelns an spezifischen Störungen für fragwürdig gehalten.
- Das Fehlen einer systematisch und ätiologisch ausformulierten Krankheitslehre wird von Gegnern der GT als gravierender Mangel empfunden. Innerhalb der GT wird dieser Vorwurf als Chance aufgefaßt, die eigene Position zu bestimmen.
- Die meisten Beiträge zur Krankheitslehre beziehen sich auf nur einen einzelnen Begriff: den der Inkongruenz. Wird die Inkongruenz nur als Konflikt ausgelegt und damit die Entwicklung einer Konflikttheorie vorangetrieben, muß mit folgender Kritik gerechnet werden:
  - Kann die Inkongruenz ohne Einschränkung als Konflikt gedeutet werden?
  - Bleiben durch die Zentrierung auf die Inkongruenz wesentliche Inhalte der klientenzentrierten Theorie für die Krankheitslehre unberücksichtigt?
  - Ist es im klientenzentrierten Ansatz überhaupt sinnvoll, von einem Konflikt als grundlegende psychopathologische Größe auszugehen bzw. geht psychisches Leiden zwangsläufig auf ein intrapsychisches Streitmoment zurück?

# Die Angststörung (Angstneurose)

Autor: Jobst FINKE

## Diagnostische Klassifikation

- ICD-10: Diagnose Angstneurose, Symptomatik und Persönlichkeitsstruktur voneinander unabhängig. Konzept von ICD-10 ätiologisch offen. Fall hier: Agoraphobie mit Panikstörung: ICD-10; F40.01.

## Die Krankheitslehre (Neurosentheorie) der GT

Die wesentlichen Bezugspunkte der gespr.psy.therapeutischen Krankheitslehre sind im folgenden Zitat ROGERS enthalten: „Wenn Erfahrung offensichtlich vom Selbstkonzept abweicht, dann wird eine Abwehrreaktion gegen diese Bedrohung immer schwieriger. Angst ist dann die Antwort des Organismus auf die ‘unterschwellige Wahrnehmung’, eine solche Diskrepanz könnte gewahrt werden und würde in der Folge eine Veränderung des Selbstkonzeptes erzwingen. Das Stadium der Bedrohung entsteht, wenn eine Erfahrung wahrgenommen oder erwartet wird, die inkongruent mit der Selbststruktur ist. [...] Abwehrverhalten ist eine Antwort des Organismus auf Bedrohung.“

## Die neurotische Disposition

- Zwei Grundelemente der Krankheitslehre von ROGERS: Beziehungsstörung und Inkongruenz.
- Das defiziente Beziehungsangebot der Eltern führt zur Dissoziation der Persönlichkeit bzw. der Unfähigkeit, unterschiedliche Erfahrungen und Erlebnisbereiche zu integrieren, vor allem aber zur Inkongruenz: Wesentliche Aspekte der Erfahrung werden von der Gewährleistung ausgeschlossen, um das Selbstkonzept aufrecht erhalten zu können, insbesondere die Inkongruenz selbst, sie wird bewußt nicht mehr erlebt.
- Der Leidensdruck entsteht insbesondere dann, wenn die Inkongruenz nicht mehr geleugnet werden kann und in einen intrapersonellen Konflikt überführt wird. Das Erleben dieses Konflikts bedeutet einen quälenden Zustand, denn es besteht in jedem Individuum ein starkes Bedürfnis nach Geschlossenheit des Selbstsystems und nach interner Konsistenz.
- Dieser quälende Zustand kann als Angst oder Depressivität erlebt werden. Symptome zeigen an, daß die unter den andrängenden Erfahrungen die Inkongruenz nicht mehr absolut geleugnet werden kann. Symptome spiegeln das Leiden bzw. den Konflikt der Inkongruenz direkt wider oder stellen eine verzerrte Symbolisierung der eigentlichen Erfahrung dar. Das Symptom ist also das Ergebnis des Bewältigungsversuches der Konfliktspannung.

## Die Ursachen der neurotischen Disposition

- ROGERS hat die Entstehung der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung beschrieben:
  - Das Kind erlebt manche Forderungen der Eltern als unvereinbar mit seinen Bedürfnissen.
  - Um Liebe, Zuwendung und Bestätigung zu erhalten, identifiziert es sich mit den Forderungen der Eltern.
  - Die eigenen Bedürfnisse werden als Gefahr für die Zuwendung garantierende Identifikationsleistung angesehen.

- Dabei ist natürlich der Einfluß von Eltern vorausgesetzt, die die Bedürfnisse des Kindes wenig achten und die Aktualisierungstendenz des Kindes wenig wertschätzen. Dieses pathogene Beziehungsangebot kann in der Motivation, Ausgestaltung und Auswirkung sehr unterschiedlich sein. Idealtypisch lassen sich folgende pathogene elterliche Beziehungsangebote unterscheiden:
  1. *Mangelndes Akzeptieren bzw. Distanzieren der Bezugspersonen*: Mangelnde Wertschätzung → tiefgreifende Verunsicherung des Selbstwernerlebens, mangelndes Urvertrauen → Rückwirkungen auf das weitere Zuwendungsverhalten der Eltern. Besonders schwerwiegende und die basalste Beziehungsstörung.
  2. *Mangelnde Empathie bzw. Vereinnahmung durch die Bezugspersonen*: Bemühen, das Kind nach eigenen Bedürfnissen und Bildern zu formen → nach außen zugewandte und bemühte Eltern, Kinder dienen aber als Substitut für Lebensträume der Eltern → das Kind sieht sich mit den Augen der Eltern: Entstehung eines gruppenkonformen Selbstideals und fremdbestimmten Selbstbildes, besonders hohe Identifikation mit den Eltern → schuldhaftes Erleben und Unterdrückung von eigenen und der Elternnorm widersprechenden Bedürfnissen.
  3. *Mangelnde Kongruenz bzw. Ambivalenz der Bezugspersonen*: Widersprüchliche Bezugsaufnahme der Eltern, Kommunikationsformen wie Double-Bind; Eltern selbst mit starken, verleugneten Selbstwertzweifeln; fühlen sich in der Elternrolle unsicher; empfinden in der Interaktion mit dem Kind das eigene Selbstkonzept bedroht → beim Kind starke Unsicherheit in der Selbstbewertung sowie starke Ambivalenz zwischen Autonomie- und Regressionstendenzen.

## Fallbeschreibung

- Person: 32 Jahre w, ledig, Stewardess, sportlich -elegant gekleidet, äußerlich recht attraktiv
- Leiden: teilweise mehrmals täglich Panikattacken, seit dem ersten Auftreten vor sechs Jahren in der Intensität steigend, daraus resultierend Vermeidungsverhalten von Öffentlichkeit, in den letzten Monaten kein Verlassen der elterlichen Wohnung mehr, Aufgabe der beruflichen Tätigkeit
- Erstanfall: Vor sechs Jahren von Ohnmacht begleitet beim gemeinsamen Essen mit dem damaligen Geliebten (Flugkapitän), bei dem erstmals auch dessen Ehefrau anwesend war.
- Mutter: dominierende, sehr ehrgeizige, in der emotionalen Zuwendung unbeständige Frau; die Klientin ist auch heute noch emotional eher auf die Mutter bezogen
- Vater: in der Familie eher randständige Position, wurde von der Mutter als Koalitionspartner in der Disziplinierung der Klientin benutzt; als Bezugsperson für die Klientin weniger wichtig.
- Stiefbruder: einige Jahre älter, recht erfolgreich, wird in der Einschätzung der Kl. von der Mutter mehr geachtet und geschätzt

## Fallinterpretation: Ein hypothetisches Bedingungsmodell der Angstneurose

### Lebensgeschichtliche Faktoren

- *Fall: lebensgeschichtliche Entwicklung geprägt von:*
  - in der emotionalen Zuwendung unstenen Mutter, leistungsbezogen, ehrgeizig → auf die Kl. einschüchtern und verunsichernd wirkend

- einer wenig Empathie realisierenden Mutter, Bereitschaft zum Verstehen der Bedürfnisse und inneren Nöte der Kl. eher gering, dennoch gewisses Maß an basalem Angenommensein durch die Mutter erlebt → ängstliche Anlehnung an die als stark erlebte Mutter
  - ⇒ – Ausbildung von gesundem Selbstwertleben und Selbstvertrauen verhindert
  - Unterdrückung von Autonomiebestrebungen, um die Akzeptanz der Mutter nicht zu gefährden
  - Grundthema des Lebens: Angst vor Geborgenheitsverlust, vor Verlust der zentralen Bezugsperson
- **Allgemein: Häufige Gründe für das Entstehen einer Angstneurose:**
    - Mangel an Zuverlässigkeit in der Haltung des bedingungslosen Akzeptierens und
    - ein Mangel an Empathie seitens der zentralen Bezugsperson
    - Bezugsperson häufig selber beziehungsunsicher und zumindest untergründig selbstunsicher ängstlich, manchmal überkompensiert durch Leistungsbezogenheit, mit dem das Kind eingeschüchtert wird → Erleben von Geborgenheit und Befriedigung von „social needs“ bleibt für das Kind brüchig und zwiespältig, Unterdrückung von Autonomietendenzen, um die Geborgenheit nicht aufs Spiel zu setzen.

### **Die Inkongruenzkonstellation**

- **Fall:**
  - Grundüberzeugung: Angewiesensein auf Halt und Schutz durch andere
  - Folgen der Erfahrung des gemeinsamen Disziplinierens von Vater und Mutter: Beharren auf Autonomie gefährdet diesen Halt → Unterdrücken von Autonomietendenzen
  - ⇒ Inkongruenz zwischen Selbstkonzept (ängstlich-unsicher und schutzbedürftig) und Erfahrung (untergründige Autonomiewünsche); diesem negativen Selbstbild steht ein von der Mutter wesentlich mitgeprägtes hohes Selbstideal entgegen
- **Allgemein bei Angstneurosen:**
  - bezeichnend ist eine „Wahrnehmungsverweigerung“ von Autonomietendenzen (diese sind bedrohlich, weil sich der Kl. stark von anderen abhängig sieht)
  - untergründige ständige Angst vor Geborgenheitsverlusten und dem Gefühl totalen Verlassenseins
  - Inkongruenz besteht aus der Diskrepanz zwischen
    - \* Selbstkonzept, welches die Erfahrung symbolisiert, von anderen sehr abhängig zu sein
    - \* untergründigen Wünschen und Autonomietendenzen, die nicht in Handeln umgesetzt werden

### **Die aktuelle Ursache der Angststörung (Angstneurose)**

- **Fall:**
  - Ambivalente Beziehung zum Flugkapitän:
    - \* haltgebende und das Selbstwert- und Autonomieerleben bestärkende Funktion
    - \* ständige Bedrohung des Halts und Selbstwertgefühls durch die ständige Rivalität mit Kolleginnen und der Ehefrau

- Die ständige Verlustwartung bestätigte sich bei jenem Essen, bei dem durch die Anwesenheit der Ehefrau des Liebhabers ihre Kinderängste bestätigt wurden: Letzten Endes halten Vater und Mutter doch zusammen und stoßen Sie in die Einsamkeit.
- Die plötzlich auftretenden Angstsymptome sind
  - \* einerseits der unmittelbare Ausdruck ihrer Verlustängste
  - \* andererseits ein Versuch der Bewältigung: die Symptome, verbunden mit Ohnmacht und Erbrechen, nötigen die umgebenden Personen, sich sofort um die Klientin zu kümmern. Heute wird die Mutter zur ständigen Fürsorge bemüht. Durch diese Symptome wird die Kl. gleichzeitig vom Aufforderungsdruck entlastet.
- **Allgemein:**
  - Für den Ausbruch der manifesten Angstsymptomatik sind häufig Trennungssituationen, reale wie phantasierte, verantwortlich. Oft ist es der Patient selbst, der einerseits entsprechend seinen Autonomiewünschen die Trennung wünscht, diese andererseits aber auch fürchtet und so die Wahrnehmung dieses Wunsches verweigern muß.
  - Da die in der Phantasie vorweggenommene Trennung mit der Angst vor der totalen Einsamkeit verbunden ist, kann auch der Wunsch selbst angstausslösend wirken. So werden oft Situationen gefürchtet, die das Fortgehen, das Sich-Abwenden und das Sich-autonom-Verhalten symbolisieren (Reise, Einkaufen, Verlassen der Wohnung).

# Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive

Autor: Wolfgang M. PFEIFFER

## Zusammenfassung

- Das pathogenetische Modell der „Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und Erfahrung“ ist ergänzungsbedürftig: Sowohl das Selbstkonzept wie die „Aktualisierungstendenz des Organismus“ sind nicht in sich einheitlich, sondern können pathogene Widersprüche in sich enthalten.
- Vor allem bedarf das Modell der Erweiterung um die Aspekte der mitmenschlichen, der soziokulturellen und der ökologischen Beziehungen, womit die konkreten Interaktionen des alltäglichen Lebens gemeint sind. Als motivierendes bzw. verhaltensorganisierendes Prinzip steht demnach der Aktualisierungstendenz des Organismus die Wirkung der ebenfalls in prozeßhafter Bewegung befindlichen Umwelt gegenüber.
- Die Interaktion zwischen beiden Bereichen kann sich für die Entfaltung des Individuums wie für seine Umgebung als förderlich oder als pathogen erweisen. In diesem Fall ist die Indikation für eine *interaktionell verstandene Gesprächspsychotherapie* gegeben.

## GLIEDERUNG

### 1 Unterschiedliche Formen von Inkongruenz

- 1.1 *Diskrepanz zwischen Selbstideal und wahrgenommenen Selbst*
- 1.2 *Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und „organismic Experience“*
- 1.3 *Diskrepanz zwischen Experience und Awareness*
- 1.4 *Diskrepanz zwischen aktualisierender Tendenz („organismischen Wertungsprozeß“) und aus der Gesellschaft übernommenen („introjizierten“) Strebungen und Wertungen*
- 1.5 *Konflikt zwischen widersprüchlichen Strebungen und Bedürfnissen*

### 2 Die Begrenzungsbedürftigkeit des Inkongruenz-Konzeptes

### 3 Die Ergänzungsbedürftigkeit des Inkongruenz-Konzeptes

- 3.1 *Individuum-überschreitende Selbstkonzepte*
- 3.2 *Multiple Selbstkonzepte*
- 3.3 *Erweiterung des Begriffes „organismic Experience“*
- 3.4 *Erweiterung des Begriffes „aktualisierende Tendenz“*
- 3.5 *Versuch einer systemischen Betrachtung*

### 4 Pathogene Faktoren aus interaktioneller Sicht

- 4.1 *Mangel an Empathie und Akzeptieren*
- 4.2 *Mangel an Authentizität, Kongruenz, personaler Präsenz*
  - 4.2.1 *Inkongruenz zwischen „Experience“ und „Awareness“*
  - 4.2.2 *Nicht-Übereinstimmen von Erleben/Bewertung und Ausdruck*
  - 4.2.3 *Widersprüchlichkeit der Botschaften*
  - 4.2.4 *Diskrepanzen im Handeln*
  - 4.2.5 *Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept und Handlungsmöglichkeiten*
  - 4.2.6 *Mangel an personaler Präsenz*

### 5 Abschließende Bemerkungen

## 1 Unterschiedliche Formen von Inkongruenz

- Kritische Diskussion des Inkongruenzbegriffes:  
Einengung des Begriffs auf eine einzige Form des Nicht-Übereinstimmens problematisch, da dies der Vielfalt der Realität nicht gerecht wird. Schon ROGERS unterschied vier Formen der Inkongruenz:
  1. Diskrepanz zwischen Selbstideal und wahrgenommenen Selbst (Abschn. 1.1)
  2. Diskrepanz zwischen „Experience“ und Selbstkonzept (Abschn. 1.2)
  3. Diskrepanz zwischen „Experience“ und „Awareness“ (Abschn. 1.3)
  4. Diskrepanz zwischen „aktualisierender Tendenz“ („organismischer Wertung“) und aus der Gesellschaft übernommenen Strebungen und Wertungen (Abschn. 1.4)  
*Als fünfte Form kommt das „Knäuel von Diskrepanzen“ von SWILDENS (1993) hinzu:*
  5. Diskrepanzen zwischen widersprüchlichen wert- oder lustgeladenen Strebungen und Bedürfnissen (Abschn. 1.5)
- Die aufgeführten Diskrepanzen beziehen sich allerdings hier noch ausschließlich auf den intrapsychischen Bereich. Die in den Kap. zwei bis vier enthaltenen Ausführungen erweitern die auf das Individuum beschränkte Perspektive um eine Betrachtungsweise, die sich auf die fortdauernde Interaktion mit nahen Bezugspersonen, mit der Gesellschaft und überhaupt mit der Umwelt richtet.

### 1.1 Diskrepanz zwischen Selbstideal und wahrgenommenen Selbst

- Mit dieser Diskrepanz setzte sich ROGERS vornehmlich und in seinen empirischen Untersuchungen auseinander. Dabei betont ROGERS die pathogene Auswirkung der Unvereinbarkeit und die therapeutische Wirkung der Annäherung beider Konstrukte.
- Dabei stellt ROGERS keineswegs die vorwärtsweisende, zukunftserschließende Dynamik infrage, die der Spannung zwischen dem aktuellen Selbstbild und einem realistischen Leitbild entgegen springt (z.B. Vervollkommnung beruflicher Fertigkeiten)

### 1.2 Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und „organismic Experience“

- Zum Begriff des *Selbstkonzept* (=Selbststruktur/Selbst):
  1. ROGERS definiert *Selbstkonzept* als eine „konsistente Vorstellungsgestalt“, welche sowohl
    - \* die wahrgenommenen Charakteristiken des Ich wie auch
    - \* die wahrgenommenen Beziehungen zu anderen und
    - \* zu den verschiedenen Aspekten des Lebens umfaßt, einschließlich der damit verbundenen Bewertungen.
  2. „Diese Gestalt ist der Gewährwerdung zugänglich, wenn man ihrer auch nicht notwendig gewahr ist. Es handelt sich um eine fließende, eine wechselnde Gestalt, um einen Prozeß...“ Auf den höchsten Stufen der Prozeßskala („fully functioning person“) verliere es seinen strukturgebundenen Charakter und werde zu einem „reichen und wechselnden Gewährsein inneren Erlebens“, es sei dann identisch mit dem Strom des Erlebens und befinde sich mit ihm in ständiger Veränderung. Das gesunde Selbstkonzept enthält dabei eine Komplexität, die auch gegensätzliche Gefühle und Strebungen enthält.

⇒ (1.+2.): Gegensatz mit dynamischer Spannung zwischen den Polen „Dauer und Ganzheit (Konsistenz)“ einerseits und „fließende Wandlung und Komplexität“ andererseits. Ein mangelndes oder inkonsistentes Selbstkonzept (z.B. Borderline) erweist sich als nicht minder pathogen als ein Erstarren der Selbststrukturen (z.B. Zwangsneurose).

- Zum Begriff der „*Experience*“ (=Erfahrung/Erleben)
  - umfaßt nach ROGERS alles, was im Bewußtsein ist bzw. potentiell der Bewußtheit zugänglich ist:
    - \* psychologische Vorgänge im Organismus
    - \* sensorische Wahrnehmungen der Umwelt
    - \* Erinnerungen und vergangene Erfahrungen, „sofern diese im Augenblick aktiv sind und die Bedeutung der verschiedenen Stimuli beeinflussen“
  - ⇒ Terminus „Erleben“ trifft hier die Bedeutung von „Experience“ besser als „Erfahrung“
- Zum Begriff der *Wahrnehmung* (eng mit „Experience“ verknüpft)
  - ROGERS: ein eher passiver Vorgang, in dem Sinnesempfindungen mit Bedeutungen und Ausrichtungen auf nachfolgendes Handeln verbunden werden.
  - PFEIFFER: ein aktives und selektives Geschehen: „Entgegen der Auffassung, daß das Wahrgenommene erst in einem zweiten Akt (der „Experience“) bewertet und integriert werde, halte ich es für unzulässig, Experience von der aktiven Interaktion mit der Außenwelt zu lösen und zu einem rein innerseelischen und damit bloß individuellen Vorgang zu machen. [...] Die Wahrnehmung ist nämlich von emotionaler und wertender Stellungnahme durchdrungen und gesteuert. [...] Beim Wahrnehmen und bei der darin enthaltenen Bewertung und Selektion geht es demnach in zwiefacher Hinsicht um einen interaktionellen Prozeß, nämlich im Austausch zwischen wahrnehmenden Subjekt und wahrzunehmenden Gegenstand sowie im Dialog mit anderen wahrnehmenden Personen.“
  - ROGERS: Realität ist für den einzelnen grundsätzlich die private Welt seiner individuellen Wahrnehmungen: es gibt „so viel Realitäten wie Personen“
  - PFEIFFER: Wahrnehmung der Umwelt ist fortwährend von Bewertungen durchdrungen und gesteuert, woraus sich Aktionen ergeben, die zu veränderten Positionen und damit auch zu neuen Wahrnehmungen führt. Zugleich wird zwischen den Wahrnehmenden ein Konsens in der Beurteilung der Situation hergestellt. Zwar führt dieselbe Situation zu unterschiedlichem Erleben und Verhalten, aber das bedeutet keine völlig andere Realität: Wenn zwei Personen auf einem gedeckten Tisch eine weiße Substanz entdecken, werden sie es bald herausfinden, ob es sich um Salz oder Zucker handelt (durch ergänzende Wahrnehmungen: Gefäßform, Aufschrift, Kostprobe, Befragen der Gastgeberin). Die zweifelhafte Substanz wird dann in überindividuell gültiger Weise gebraucht. Auch die Einsicht in den infektiösen Charakter des Kindbettfiebers gilt unabhängig von Zeit, Kultur und Gesellschaftsform und hat zahllosen Frauen in aller Welt das Leben gerettet.
- Zum Begriff des *Organismus* („organismic Experience“, „organismic valuing process“)
  - ROGERS: organismischer Bewertungsprozeß = voll gültige und verlässliche Form des Erlebens und Bewertens.
  - PFEIFFER möchte dem zwei Erkenntnisse hinzufügen:
    1. „Organismischen“ Erfahrungen sind dem Menschen nicht einfach von Natur aus gegeben, sondern sind zu einem wesentlichen Teil gesellschaftlich/kulturell vermittelt. Selbst biologisch vorgegebene Muster wie Angst, Ekel oder Scham erhalten ihre eigentlich menschliche Qualität durch lebensgeschichtliche Erfahrungen, und das heißt vor allem durch gesellschaftliche/kulturelle Formung.
    2. Der organismischen Bewertung ist nur bedingt zu trauen:
      - \* Instinkthafes Verhalten ist schon beim Tier eher auf die Erhaltung der Art gerichtet (z.B. Todeszug der Lemminge). In der Psychotherapie geht es um das Wohl des Individuums.

- \* Die Instinktsicherheit des Säuglings geht mit fortschreitender geistiger Differenzierung verloren, was Voraussetzung für die Entwicklung der höheren geistigen Funktionen ist. Darüber hinaus bedarf es den Austausch mit dem Mitmenschen / der Gesellschaft, um verantwortliche und überindividuell gültige Entscheidungen treffen zu können (z.B. bei nukleare Strahlung).
- \* Das ganzheitlich-organismische Erleben/Bewerten kann durch pathologische Vorgänge tiefgreifend gestört sein, so daß dem Individuum destruktive oder autodestruktive Handlungsweisen als erstrebenswert/notwendig erscheinen (z.B. Drogen, aggressive Verhaltensweisen Geisteskranker etc.)

### **1.3 Diskrepanz zwischen Experience und Awareness (= „consciousness“ = Gewährwerdung, Bewußtsein)**

- Die Inkongruenz zwischen Erfahrung und Gewährwerdung ist eine Folge der Wahrnehmungsabwehr aufgrund der Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und Erfahrung.
- Psychisches Gestörtsein beruht nicht zuletzt darauf, daß ein wesentlicher Teil der potentiell zugänglichen Vorgänge der Gewährwerdung und damit dem Bewußtsein entzogen wird.

### **1.4 Diskrepanz zwischen aktualisierender Tendenz („organismischen Wertungsprozeß“) und aus der Gesellschaft übernommenen („introjizierten“) Strebungen und Wertungen**

- PFEIFFER hat mit dieser Form der Inkongruenz Schwierigkeiten:
    1. Hinsichtlich der aktualisierenden Tendenz: Die Konzeption eines Lebensprozesses mit einer aktualisierenden Tendenz ist einseitig im Inneren des Organismus begründet, während der Umwelt nur die Bedeutung von förderlichen oder hinderlichen Bedingungen für die Entfaltung des Potentials eingeräumt wird. Demgegenüber ist Leben ein dialektischer Prozeß, der sich *zwischen den Individuen und den Mitmenschen/der Welt* vollzieht. Es ist gerade die Begegnung mit dem Anderen, was den Entwicklungsprozeß der Person vorantreibt.
    2. Hinsichtlich der Inkongruenz zwischen der Aktualisierungstendenz und aus der Gesellschaft übernommenen Strebungen und Werte: „Die häufig als pathogene Fremdkörper dargestellten Introjekte (aus der Gesellschaft übernommene Strebungen und Wertungen) sind dem Individuum keineswegs so fremd. Schon der Umstand, daß sie in die psychischen Strukturen aufgenommen wurden, läßt erkennen, daß ihnen vom Organismus Entsprechungen entgegenkommen, also nicht als unvereinbar abgewehrt werden. Diese Strebungen und Werte entstammen ja der eigenen Gesellschaft und ihren Traditionen. Es bedarf schon einer recht individualistisch und traditionsfeindlichen Einstellung, um zu einer so harschen Ablehnung überlieferter und gesellschaftsbezogener Ordnungen zu gelangen.“
- ⇒ Nach PFEIFFER ist es abwegig, aktualisierende Tendenz und übernommene Wertungen als unvereinbare Positionen gegenüberzustellen, da beides auf einer Wechselwirkung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt beruht. Das wesentliche Merkmal der „organismischen“ Bewertung ist, daß der Mensch als ganzer hinter dieser Bewertung und Entscheidung steht, d.h. auch als in kultureller Tradition und als in mitmenschlichen/gesellschaftlichen Beziehungen eingefügtes Wesen. – Dieser ganzheitlichen Wertung stehen Werte entgegen, die nicht in die Person integriert sind, sondern oberflächlich aufgenommen wurden wegen sozialer Erwünschtheit und modischer Trends. Diese Unterscheidung ist aber sicher nicht Aufgabe des Therapeuten.

### **1.5 Konflikt zwischen widersprüchlichen Strebungen und Bedürfnissen**

- Hierbei handelt es sich um Diskrepanzen, die sich nicht in das Schema organismische Wertung vs. übernommene Urteile einordnen lassen.
- Ein Beispiel hierfür ist das bekannte Gespräch zwischen ROGERS und Gloria, in dem es um einen klassischen Ambivalenz-Konflikt geht, wie sie dem RANKSchen Neurosemmodell entspricht, also dem Konflikt zwischen
  - der Progressionstendenz in die Individualität (Bedienung im Nachtlokal) und
  - der Sehnsucht nach der mütterlichen Geborgenheit / väterlichen Anerkennung & LiebeBeide Tendenzen tragen durchaus „organismischen Charakter“, wobei die Forderung nach Autonomie und Selbstverwirklichung Ausdruck unseres individualistischen Kulturideals ist, während andere Gesellschaften den anderen Pol bevorzugen würden.
- Solche Diskrepanzen sind nicht notwendig pathogen, sondern entsprechen der Komplexität des menschlichen Lebens. Der Weg der GT liegt darin, dem Patienten zur Bewußtwerdung und Annahme dieser Komplexität zu verhelfen, also zur Abbildung im Selbstkonzept.

### **2 Die Begrenzungsbedürftigkeit des Inkongruenz-Konzeptes**

- Die Vielzahl und Häufigkeit diskrepanter Konstellationen lassen erkennen, daß es sich bei der Inkongruenz um einen allgemeinen Wesenszug des Menschen handelt. Die aus der Inkongruenz hervorgehende Spannung stellt sich sogar als eine wichtige Quelle der auf Veränderung zielenden Dynamik dar.
- Der Begriff der Inkongruenz ist zur kausalen Erklärung psychischer Störungen zu weit gefaßt; es bedarf einer näheren Bestimmung, wann Inkongruenz pathologisch ist:
  1. tatsächliche Unvereinbarkeit der diskrepanter Positionen (GRAESSNER, 1995)
  2. unzureichende „Inkongruenztoleranz“ (SPEIERER, 1992)
  3. unzureichende Fähigkeit, „Komplexität“ zu ertragen (ROGERS, 1961)

*PFEIFFER fügt dem noch fünf weitere Kriterien hinzu:*

4. Die Inkongruenz wird als Leiden erfahren (Angst, Depressivität, körperl. Beschwerden)
5. Der Mensch befindet sich in einem Zustand der Stagnation, so daß sich das Selbstkonzept nicht den wechselnden Lebenssituationen anzupassen vermag.
6. Die Störung ist der willentlichen Steuerung in erheblichen Umfang entzogen.
7. Die Offenheit für die Wahrnehmung des Erlebens, der Strebungen und des Verhaltens der eigenen Person ist eingeschränkt, ebenso aber die Offenheit für die Wahrnehmung des Erlebens, der Bedürfnisse und des Verhaltens der Bezugspersonen sowie überhaupt die Wahrnehmung der Vorgänge in der Gesellschaft und in der Umwelt.
8. Die Fähigkeit/Bereitschaft zu persönlich bedeutsamen Beziehungen zu anderen Menschen/zur Umwelt ist gestört, was sich nicht zuletzt in einem Mangel an emotionaler Resonanz und an Bereitschaft zu sorgender Hinwendung äußert.

### **3 Die Ergänzungsbedürftigkeit des Inkongruenz-Konzeptes**

- Andererseits erweist sich das Inkongruenzkonzept für eine kausale Erklärung krankhafter Vorgänge zu weit. Nach PFEIFFER sind z.B. für folgende Fälle Erweiterungen nötig:
  - Defizite mit pathologischen Charakter: (Anlagefehler, Folgen körperlicher Krankheit und Alterung) führen erst sekundär zur Inkongruenz (wenn die Anforderungen der Umwelt im Widerspruch zur Leistungsfähigkeit stehen).
  - Haltlose Persönlichkeiten: Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und organismischen Erleben setzt das Vorhandensein eines konsistenten Selbstkonzeptes voraus („Identität“). Störungen, die auf Instabilität oder gar Fehlen von Selbststrukturen beruhen, können nicht durch eine solche Inkongruenz erklärt werden.

- Persönlichkeiten vom Typ Soziopathie: Diese lassen keinen Widerspruch zwischen ihrem Selbstbild und ihrem Erleben erkennen. Inkongruenz besteht allenfalls zwischen ihrem Erleben/Verhalten und den Bedürfnissen/Erwartungen der Umwelt. Wer hier zunächst leidet, sind die Kontaktpersonen.
  - Obdachlose/Verwahrloste: Hier liegt eine Kongruenz zwischen negativem Selbstbild und Erleben vor. Inkongruenz besteht allenfalls in einem durch den Therapeuten wahrgenommenen Mißverhältnis zwischen den Lebensverhältnissen und dem Potential des Betroffenen.
- Was vor allem laut PFEIFFER nach einer Erweiterung verlangt, ist die einseitig internale und damit auf das Individuum zentrierte Orientierung des vorliegenden Inkongruenz-Konzeptes. Zwar betont ROGERS, daß das Selbstkonzept auch die Beziehung zu anderen Personen einschließt, allerdings scheint er im allgemeinen eher an die innere Repräsentation des Anderen und die Beziehung zum Anderen zu denken.
  - **PFEIFFER fordert daher, daß das inner-organismische Inkongruenzkonzept in Hinblick auf Krankheitsentstehung und Therapie gleichgewichtig durch ein Modell der interpersonalen und gesellschaftlichen Beziehungsstörung erweitert wird, wobei es um den Anderen als reale Person und um die reale Interaktion geht. Eine solche Erweiterung hat an folgenden Punkten anzusetzen:**
    - Individuum-überschreitende Selbstkonzepte Abschn. 3.1
    - Multiple Selbstkonzepte Abschn. 3.2
    - Erweiterung des Begriffs „organismic experience“ Abschn. 3.3
    - Erweiterung des Begriffs „aktualisierende Tendenz“ Abschn. 3.4

### 3.1 Individuum-überschreitende Selbstkonzepte

- ROGERS versteht unter dem Selbstkonzept das Bild, das der Mensch von sich selbst besitzt. Dieses Konzept endet gewissermaßen an den Grenzen des Körpers; die Sicherung und Respektierung dieser Grenzen wird sogar als Vorbedingung für psychische Gesundheit und harmonisches soziales Zusammenleben betrachtet.
- Therapeuten aus anderen Kulturkreisen bzw. einem Klientel aus anderen Kulturen (Chinesen, Südafrikaner, kanadische Indianer, Indonesier, Südtaliener) wenden sich gegen die westliche Vorstellung, daß das menschliche Individuum Zentrum seiner je eigenen Welt sei und kommen zu der Auffassung, daß - mit Ausnahme von westlich orientierten Intellektuellen - das Selbstkonzept bzw. die eigene Identität weiterreicht: Es umfaßt die nächsten Bezugspersonen, evtl. auch eine ausgedehntere Gruppe (die Ortschaft, die Sippe) oder die umgebende Natur. Die Grenzen zwischen der einzelnen Person und den Anderen sind fließend, wobei diese freilich um einen erweiterten Kreis um so starrer gezogen und rücksichtslos verteidigt werden können. Man könnte hier von einem „kollektiven Selbstbild“ sprechen, das einer ganzen Gruppe gemeinsam ist. Damit soll nicht gesagt werden, daß es sich bei uns ganz anders verhielte, doch tritt das Gemeinte meist weniger deutlich hervor.
- Beispiele: Auf Bali kann ein unglückliches Ereignis (Todesfall, Zwillingsgelburt) das ganze Dorf in einen Zustand der Unreinheit versetzen, was auch bei nicht betroffenen Leuten vorgenommene Aktivitäten blockiert. – Überlieferungen aus Nias zeigen, wie der Adelige zur Erhaltung seines Heils auf die Ehrenerweisungen seiner Umgebung angewiesen ist und wie er bei Verlust dieses Ansehens in Schwäche und Hilflosigkeit verfällt.

### **3.2 Multiple Selbstkonzepte**

- Noch komplizierter stellt sich die Angelegenheit dar, wenn ein Mensch durch Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Gruppen dem Einfluß widersprüchlicher Wertsysteme und Verhaltensmuster ausgesetzt ist. Dies ist in unserer pluralistischen Gesellschaft nahezu die Regel. Solche Widersprüche bedeuten aber für den Betroffenen nicht notwendigerweise einen ernststen Konflikt. Bei ROGERS findet das seinen Platz unter dem Begriff „Komplexität“.
- Je nachdem, welches der überindividuellen Systeme gerade die Situation bestimmt, wird eine entsprechende Selbstgestalt aktiviert, so daß der einzelne Mensch in verschiedenen Situationen sich auf unterschiedliche Weise selbst erfährt und auch unterschiedlich in Erscheinung tritt. Die Unterschiede des Verhaltens, aber auch des damit verbundenen Selbstbildes können von Situation zu Situation so ausgeprägt sein, daß man glauben möchte, man haben verschiedene Personen vor sich. In extremen Fällen spricht man von einer „multiplen“ Persönlichkeit.
- Ein wesentliches Merkmal seelischer Gesundheit wäre das Fortbestehen der persönlichen Identität. Wo diese durchgehende Linie fehlt, so daß die einzelnen Situationen zusammenhanglos aufeinander folgen, kann man von einem krankhaften Geschehen sprechen.

### **3.3 Erweiterung des Begriffes „organismic experience“**

- Wahrnehmen und Erleben sind ein interaktioneller Prozeß, der
  - einmal zwischen dem Subjekt und dem Gegenstand der Betrachtung abläuft,
  - zugleich aber zwischen den wahrnehmenden Personen.
- Weiterhin ist das Wahrnehmen ständig von selektierenden Wertungen durchdrungen,
  - die zwar auch im erlebenden Organismus begründet,
  - zugleich aber in erheblichen Umfang sozial und kulturell beeinflusst sind.
- Beispiel: Für einen Muslimen ist Schweinefleisch in hohem Maße aversiv, wofür nicht nur religiös-sittliche Gründe angeführt werden, sondern es kommt vielmehr zu einer elementarkörperlichen Ablehnung (Übelkeit, Erbrechen). Es handelt sich hier also um eine ganzheitlich organismische Stellungnahme, die aber mit Sicherheit nicht naturgegeben, sondern kulturell bedingt ist. In anderen Kulturen wiederum gilt Schweinefleisch als ein Genuß (China, Hinterindien, Südsee).

### **3.4 Erweiterung des Begriffes „aktualisierende Tendenz“**

- ROGERS nimmt mit der „aktualisierenden Tendenz“ so etwas wie eine Lebenskraft an, die jedem Organismus innewohnt und ihn zur Selbsterhaltung und zur Entfaltung seines Potentials treibt.
  - PFEIFFER fügt dem ergänzend hinzu, daß es zwei weitere Momente gibt, die die menschliche Entwicklung vorantreiben:
    - Die Entwicklungsdynamik, die sich aus inneren Diskrepanzen ergibt (s.o.).
    - Die Dynamik, die sich aus der Auseinandersetzung zwischen der Person und dem Fluß der Situationen ergibt. Es ist die Begegnung mit dem Fremden, der Ruf der Mitmenschen in Not, es sind die ständig neuen Anforderungen der Welt, wodurch wir nicht minder zur Entwicklung bestimmt werden als durch eine dem Organismus innewohnende Tendenz.
- ⇒ Allerdings ist der Mensch weder dem inneren Antrieb noch den Anforderungen der Situation schlechthin überantwortet. Er kann auf unterschiedliche Weise Erfahrungen aufsuchen oder sich ihnen versagen, er kann die Initiative ergreifen oder sich zurückziehen. Es geht um das vernünftige und verantwortungsvolle Handeln in der Welt.

### 3.5 Versuch einer systemischen Betrachtung

- Bisher wurde allgemein eine Erweiterung des Selbstkonzeptes in Richtung auf die Beziehung des Einzelnen zum Mitmenschen /zur Gesellschaft / zur Welt vorgeschlagen. Wie läßt sich nun die Verknüpfung des Individuums mit seiner Umwelt vorstellen?
  - ROGERS (1980): Der menschliche Organismus ist ein offenes System, das sich in ständigen Austausch mit seiner Umwelt befindet.
  - PFEIFFER ergänzt: Dieser Austausch vollzieht sich auf zwei Ebenen:
    - \* Wechselwirkung mit Systemen gleicher Ordnung: Der Organismus wird in seinen Funktionen durch die umgebenden Organismen beeinflusst, so wie er selbst auf diese anderen Organismen Einfluß nimmt (=Interaktion, Transaktion).
    - \* Wechselwirkung mit Systemen höherer Ordnung: Der Organismus ist gleichzeitig Glied von Systemen höherer Ordnung, also von sozialen Systemen, die sowohl das Funktionieren der Individuen wie auch die Form ihres Interagierens tiefgreifend beeinflussen. Keine einseitige Beeinflussung: die Glieder wirken auf ihr umfassendes System zurück. ⇒ Auch das soziale System ist mit der Wandlung seiner organismischen Unter Systeme in einem ständigen Wandlungsprozeß. ROGERS (1970) sprach bei Encountergruppen von einem Organismus und sprach ihm eine aktualisierende Tendenz und eine „Weisheit des Organismus“ zu.
- „Organismus wie Sozietät befinden sich in einem fortwährenden Prozeß des dialogischen Austauschs mit der Umwelt, wobei sie in Spannung stehen zwischen den Polen der Dauer und der Veränderung, der Bewahrung des Eigenen und Auseinandersetzung mit dem Fremden. Wir verwirklichen uns, indem wir in der Welt gestaltend tätig sind. Wir entwickeln uns, indem wir uns dem Anderen verstehend, sorgend und antwortend zuwenden und indem wir selbst sein Verstehen und seine Sorge empfangen.“ (PFEIFFER, S.67)

## 4 Pathogene Faktoren aus interaktioneller Sicht

- Überdenkung der Frage der Pathogenese vom interaktionellen Standpunkt aus:
  - Beginn einer Inkongruenz liegt in einer interaktionellen Störung in der Kindheit: Störung in der Beziehung zwischen Kind und Mutter bzw. anderen Bezugspersonen
  - Für einen Überblick über die Vielfalt pathogener Konstellationen in den Beziehungen zur Umwelt Ausgang von der Trias der Rogerischen Grundhaltung:
    - \* Empathie
    - \* Akzeptieren / Caring (unbedingte Wertschätzung)
    - \* Authentizität / Kongruenz

### 4.1 Mangel an Empathie und Akzeptieren

- **Empathie**: Die Bedeutung eigener Lernerfahrungen ist hier am offensichtlichsten:
  - Ohne erlernte Fähigkeiten wird das Individuum das Verhalten anderer Menschen nicht richtig beurteilen und voraussagen können und kann auch nicht umgekehrt von den anderen Verständnis erwarten.
  - Mangelnde Empathie führt häufig zu Mißverständnissen, was mißtrauische Abwehr und offensive Handlungen zur Folge hat. Z.B. hört ein zugereister Junge aus den freundlichen (aber fremdsprachlichen) Zurufen einheimischer Altersgenossen, die mit ihm spielen wollen, Beschimpfungen heraus, worauf er aggressiv reagiert. Wenn es auch im alltäglichen Leben seltener zu derartigen Fehlreaktionen kommt, stellen doch leichtere Formen des wechselseitigen Fehlinterpretierens als Ausdruck gestörten Einfühlungs- und Mitteilungsvermögens einen typischen Bestandteil neurotischen Lebens dar.

- Deswegen ist es wichtig, daß der Kl. die Fähigkeit erlangt, sich aus seiner gewohnten Perspektive zu lösen und sich in das Erleben anderer Personen hineinzusetzen. Es ergibt sich eine günstigere Prognose für Klienten, die im therapeutischen Gespräch nicht nur ihr eigenes Erleben explorieren, sondern zugleich das ihrer Bezugspersonen.
- **Akzeptieren:** Die Empathie kann nur so weit gehen, wie wir den andern akzeptieren, insbesondere in der Gestalt der sorgenden Zuwendung. Sofern ein Mensch nicht schon in seiner Kindheit ein Urvertrauen infolge liebevoller Zuwendung der Eltern entwickelt hat, wird es ihm später nicht nur schwerfallen, sich vertrauensvoll anderen Menschen zu überlassen, sondern auch, andere Menschen ohne Bedingungen zu akzeptieren und sich ihnen sorgend zuzuwenden. In der Folge wird an Zuwendung geizt und die Zuwendung des Anderen mißtrauisch abgewehrt. Damit sind die Voraussetzungen für pathologische Beziehungsformen und fortschreitende Vereinsamung gegeben.

#### **4.2 Mangel an Authentizität, Kongruenz, personaler Präsenz**

- ROGERS (1980) definiert Kongruenz als „a close matching between what is experienced at the gut level, what is present in awareness, and what is expressed...“ (gut=Bauch)
- ROGERS definiert Kongruenz also nicht einfach als das Gegenteil von Inkongruenz, obwohl Kongruenz sicher auch nach PFEIFFER als die Übereinstimmung des Selbstkonzeptes mit der Person als organismische Ganzheit betrachtet werden kann.

##### **4.2.1 Inkongruenz zwischen „experience“ und „awareness“**

- s. Punkt 1.3: Wahrnehmungsabwehr verhindert d. vollständige Erleben und führt zu einem Mangel an Authentizität. Inwieweit zwischenmenschliche Interaktionen bei der Wahrnehmung ins Spiel kommen, zeigt z.B. die Wahrnehmungsabwehr des Deutschen Volkes gegenüber den Greuel der Nazi im Dritten Reich infolge Identifikation mit dem Führer und Solidarität mit dem Volk („Unser Führer/unsere Jungs können nichts Schlechtes tun.“)

##### **4.2.2 Nicht-Übereinstimmen von Erleben/Bewertung und Ausdruck**

- Was die Forderung anbelangt, eigene Gefühle dem Klienten mitzuteilen, so hat ROGERS die Einschränkung genannt: „wenn es angemessen ist“.
- PFEIFFER fügt Gesichtspunkte hinzu, wann eine solche Angemessenheit gegeben ist:
  - Die Äußerung soll mit den eigenen Bedürfnissen im Einklang stehen. Gewaltsame Offenbarungen, die das eigene Schamgefühl verletzen, führen aufgrund ihrer Ambivalenz zu Störungen in der therapeutischen Beziehung.
  - Der Therapeut kann nur dann eigene Gefühle und Erwägungen einbringen, wenn sie von einer akzeptierenden Grundhaltung gegenüber dem Klienten getragen sind. Die Äußerung darf nicht den Bedürfnissen des Klienten widersprechen, denn sie könnte sich nicht nur traumatisch auswirken, sondern darüber hinaus die Beziehung und die ganze Therapie in Frage stellen, wenn der Klient sein Vertrauen gegenüber dem Therapeuten verliert. Werden die Bedürfnisse eines stark vom Therapeuten abhängigen Klienten wiederholt mißachtet, können sich zudem sekundär krankhafte Veränderungen beim Kl. ergeben.

### **4.2.3 Widersprüchlichkeit der Botschaften**

- Es gibt Widersprüchlichkeiten im Ausdrucksverhalten, die auf gegensätzlich organismisch begründeten Tendenzen beruhen wie z.B. in der Double-Bind-Situation, wo die Mutter einerseits die Botschaft „Mache Dich selbständig““, andererseits „Bleibe bei mir!“ dem Sohn übermittelt. Die Situation wird aber erst problematisch, wenn auf Seiten des Sohnes die gleiche Ambivalenz vorliegt: der Wunsch nach Verselbständigung wie auch die regressive Tendenz zur Rückkehr in den Schoß der Mutter.
- Hier macht sich der interaktionelle Charakter der Störung bemerkbar: Es wäre zu eng, auf der einen Seite die Störung (mütterliches Verhalten), auf der anderen Seite das Opfer (Sohn) zu sehen. Vielmehr ist es die ambivalente Beziehungsstruktur – die Diskrepanz zwischen Trennungstreiben u. Bindungswunsch, die von beiden Personen getragen wird – wodurch die Störung verursacht wird.

### **4.2.4 Diskrepanzen im Handeln**

- Ambivalente, organismisch begründete Tendenzen machen sich nicht nur im Ausdrucksverhalten, sondern auch in Handlungen bemerkbar.

### **4.2.5 Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept und Handlungsmöglichkeiten**

- Hierbei geht es um
    - die Widersprüche, die zwischen dem Selbstkonzept eines Menschen und den Handlungsmöglichkeiten bestehen, die ihm die Gesellschaft einräumt,
    - die Gelegenheiten zur Erfüllung von Bedürfnissen und zur Selbstverwirklichung und
    - die befriedigende Interaktion mit Menschen, Institutionen und der materiellen Umwelt.
  - In diesen Interaktionen kann es zu Diskrepanzen kommen zwischen
    - Selbstkonzept und zugewiesener Rolle
    - Selbstbild, Selbstideal auf der einen Seite und dem Bild, das andere Menschen einem auferlegen, auf der anderen Seite („Blondinen sind doof“).
- ⇒ Das betroffene Selbst reicht über das Individuum hinaus. – Pathogene Auswirkungen rühren nicht von einzelnen Diskrepanzen her, sondern es geht um komplexe Beziehungsstrukturen und Interaktionsmuster, die von beiden Seiten gespeist werden.

### **4.2.6 Mangel an personaler Präsenz**

- Besondere Probleme ergeben sich für die noch ungefestigte Person, wenn ihr die Umwelt widersprüchliche Leitbilder und Wertsysteme anbietet, was um so schwieriger wird, wenn in der engeren Umgebung eine starke, verständnisvolle Bezugsperson fehlt, an der eine Orientierung möglich ist (RANK: „das Ich bedarf eines Du“, ROGERS: „person to person“)
- Das einseitige Angebot der personalen Präsenz eines Therapeuten reicht nicht aus. Für die Reifung des Klienten ist die eigene Entwicklung dieser Fähigkeit erforderlich, wozu die therapeutische Situation zwar exemplarisch Gelegenheit bietet; darüber hinaus ist aber der Transfer auf die Beziehungen zu Bezugspersonen, zur Gesellschaft, zu Welt notwendig.

## 5 Abschließende Bemerkungen

- Ein einseitig an der „inneren“ Erfahrung des Individuums orientiertes Inkongruenzkonzept ist wegen seiner eindimensionalen Struktur „Ganzheit vs. innere Widersprüche“ für eine Störungslehre / Therapietheorie unzureichend. Das Wesen der klientenzentrierten Psychotherapie liegt im Zusammenspiel der Lebensprinzipien Erfahrung und Beziehung, wobei sich die Pole abzeichnen: „Öffnung vs. Schließung“, „Nähe vs. Distanz“, „Geben vs. Empfangen“, „Veränderung vs. Dauer“.
- Bei der Beschäftigung mit zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Beziehungen trifft man genau so auf Diskrepanzen wie bei der Beschäftigung mit dem einzelnen Individuum. Es liegt zwar nahe, auch hier den Begriff der „Inkongruenz“ zu verwenden, allerdings ist der Begriff der „Inkongruenz“ bereits jetzt schon so umfassend und vieldeutig, daß er wenig aussagt. Daher findet es PFEIFFER angemessener, die Begriffe „Widersprüche“ und „Beziehungsstörungen“ zu verwenden.
- Jedoch erschöpft sich die Dimension der Beziehungen keineswegs unter dem Aspekt solcher Diskrepanzen: Es geht darum, daß der Mensch frei wird, sich der Welt / dem Anderen zuzuwenden und ihren Herausforderungen als Person zu antworten. Denn hieraus bezieht der Lebensprozeß nicht weniger seine Dynamik als aus inneren Motiven.

# Psychosomat. Störungen als Beeinträchtigung der Selbstregulation

Autor: Rainer SACHSE

## Zusammenfassung

- psychosomatische Störungen = Störungen der Selbstregulation
- werden zurückgeführt auf von der Person wahrgenommene Selbstdiskrepanzen, die als unkontrollierbar und unüberbrückbar angesehen werden
  - ⇒ Vermeidung einer Auseinandersetzung mit Selbstaspekten, hat zur Folge:
    - mangelnde Repräsentation eigener Motive, Ziele
    - Abwendung der Aufmerksamkeit von emotionalen und körperlichen Signalen, die für eine Selbstregulation von Bedeutung sind
    - Beeinträchtigung des Selbstkonzeptes und hohe Außenorientierung (Person macht sich abhängig von der Rückmeldung und Bestätigung durch andere → Verlust an sozialer Kontrolle)
    - erhöhte Streßbelastung / Beeinträchtigung konstruktiver Streßverarbeitung
    - chronische Überbelastung der körperlichen Systeme

## 1. Einleitung: Ein Funktionsmodell psychosomatischer Störungen

Es soll ein Funktionsmodell psychosomatischer Störungen vorgestellt werden, das auf der Basis klientenzentrierter und allgemeinpsychologischer Konzepte ein Verständnis darüber ermöglicht, wie diese Störungen funktionieren, welche Variablen von Bedeutung sind, wie diese variablen interagieren, wodurch sie beeinflusst werden.

## 2. Das Funktionsmodell: Psychosomatik als Selbstregulationsstörung

### 2.1 Der theoretische Ausgangspunkt: Diskrepanz und Diskrepanzvermeidung

- zentraler Aspekt des vorliegenden Modells: Diskrepanz- / Inkongruenzvermeidung
- Erweiterung um zwei Aspekte:
  - Erweiterung mit Hilfe aktueller und empirisch gut bestätigter psychologischer Modelle
  - Auswirkungen bestimmter Arten von Inkongruenz und unter welchen Bedingungen diese pathogen sind
- Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit (OSA, DUVAL & WICKLUND, 1972)
  - Begriff der Diskrepanz entspricht dem Begriff der Inkongruenz von ROGERS
  - Grundannahme: Bei einer Person kann es grundlegende Diskrepanzen zwischen dem tatsächlichen Ist-Zustand und dem angestrebten Ideal-Zustand geben.
  - Beispiele: Diskrepanzen zwischen
    - \* angestrebter beruflicher Erfolg / tatsächliche berufliche Leistung
    - \* angestrebter sozialer Status / tatsächlich erreichtes Niveau
    - \* Idealbild als Vater / tatsächliches Verhalten
    - \* erstrebte soziale Anerkennung / tatsächlich erhaltene Rückmeldung
    - \* erstrebter Gesundheitszustand / tatsächliche psychosomatische Erkrankung

- Dimensionen als Diskrepanzen:
  - Größe der Diskrepanz, abhängig von
    - \* Höhe des Ziels
    - \* Einschätzung des Ist-Zustandes)
  - Relevanz der Diskrepanz, abhängig von
    - \* subjektiver Bedeutung der Diskrepanz
  - Überwindbarkeit der Diskrepanz
    - \* abhängig von Höhe des Ziels
    - \* Definierbarkeit des Ziels
    - \* Größe der Diskrepanz
    - \* Eigene Kompetenzeinschätzung
  
- Kennzeichnung der Inkongruenz der Störungsentstehung und -aufrechterhaltung psychosomatischer Erkrankungen:
  - Die Person weist eine Diskrepanz(en) auf zwischen Ist- und Soll-Zustand.
  - Die Ziele sind sehr bedeutsam, sie können nicht ohne weiteres modifiziert oder aufgegeben werden.
  - Die Diskrepanz ist sehr relevant, d.h. sie ist für die Person schmerzhaft.
  - Die Person hat die Einschätzung, daß sie selbst die Diskrepanz nicht aufheben kann.
  
- pathogene Lösung
  - Ziele werden beibehalten (keine Reflexion über den Sinn der Ziele)
  - Ziele weiterhin verfolgen (keine Reflexion über den Sinn des Handelns)
  - Diskrepanz als solche wird vermieden (keine Konfrontation mit der Diskrepanz)
  - ⇒ System bleibt unangetastet: **systematische Diskrepanzvermeidung**  
(nach ROGERS fehlende oder verzerrte Symbolisierung)

### ***Reflexionsvermeidung und Motiv-Repräsentation***

- **Reflexionsvermeidung:**
  - Die Tendenz, jegliche Art von Konfrontation mit schmerzlichen Diskrepanzen zu vermeiden, führt zur Reflexionsvermeidung: Die Person vermeidet es, über relevante Selbstaspekte nachzudenken, sie zu betrachten, sich damit auseinanderzusetzen.
  - Reflexionsvermeidung bedeutet im klientenzentrierten Setting, möglichst:
    - \* nicht nach innen (personale Anteile), sondern nach außen (nichtpersonale A.) zu sehen
    - \* nicht auf eigene Selbstkonzeptanteile, eigene Ziele, Motive, Werte usw. zu achten
    - \* sich nicht auf emotionale Verarbeitungsprozesse zu achten.
  - ⇒ Therapiesituation weist als ein diagnostisches Instrument zur Erfassung habitueller Reflexionsvermeidung eine höheren Validität auf als ein Fragebogen
  - Ergebnisse mehrerer Studien wiesen einen signifikanten Zusammenhang zwischen psychosomatischen Erkrankungen und Reflexionsvermeidung auf (SACHSE, 1991, 1992)
  - Reflexionsvermeidung ist eine kognitionspsychologische Verarbeitungsannahme: aktiver, kontrollierter, motivierter Prozeß, der bei Bedrohung des Selbstkonzeptes automatisiert abläuft, aber wieder bewußt und kontrollierbar gemacht werden kann.

- **Repräsentation von Motivsystemen:**

- Die Repräsentation / das Wissen über die eigenen Motivstruktur kann
    - \* sehr lückenhaft und unvollständig sein
    - \* invalide sein (falsche Schlußfolgerungen, Annahmen etc.)
  - Ursache einer mangelhaften Motivrepräsentation ist die Reflexionsvermeidung.
  - Beeinträchtigungen bei der Person:
    - \* Klärung oder Abruf von Motiven behindert → Nichtverfügbarkeit einer wesentlichen internen Informationsquelle
    - \* längerfristige Handlungsplanungen und Entscheidungen beeinträchtigt
    - \* hohe Gefahr, mit dem eigenen Motivsystem inkompatible Entscheidungen zu treffen
    - \* für relativ schnelle Entscheidungen Klärung der eigenen Motive unmöglich
    - \* *Entfremdungseffekte*: Person kann nicht mehr entscheiden, ob eine Intention oder Handlung, die sie verfolgt, selbstinitiiert (auf eigene Motive beruhend) ist oder fremdinitiiert (von außen auferlegt, auf der Übernahme fremder Aufträge, Normen beruhend)
    - \* *Abgrenzungsschwierigkeiten*: Eine an die Person herangetragene Aufgabe (mit den darin implizierten Zielen und notwendigen Handlungen) kann nicht auf Motivkompatibilität geprüft werden (Will ich das wirklich? Macht mir das Spaß?)
- ⇒ Selbstregulationsstörungen

### ***Aufmerksamkeitsabwendung von Körperprozessen***

- Symptome = Zustände, die vom Zielzustand der Gesundheit abweichen, Diskrepanz
- Person hält Diskrepanz für nicht überwindbar, fühlt sich hilflos ausgeliefert
- Gleiche Lösung wie bei Identitätszielen: Konstanthaltung der Ziele und Diskrepanzvermeidung → Abzug der Aufmerksamkeit von Körperprozessen

### ***Selbstkonzept und Selbstwert***

- **Selbstkonzept:**

- Das Selbstkonzept ist die organisierte Repräsentation von Selbstaspekten.
- Grundannahme: Systematische Reflexionsvermeidung führt zu einem unvollständigen, lückenhaften und verkürzten Selbstkonzept, da sich die Person systematisch nicht mit Selbstaspekten beschäftigt. Das Selbstkonzept enthält kaum positive Aspekte, da
  - \* das beeinträchtigte Selbstbegründungssystem zu einer Negativbilanz im Selbstwert führt und
  - \* die Person weiß, daß sie vermeidet, daß ihr Resultat invalide ist und daß sie in irgendeiner Weise unzulänglich ist: Die Vermeidungsaktionen resultieren ja aus dem Bemühen, negative Diskrepanzen nicht zu beachten.
- Identität:
  - \* Das lückenhafte Selbstkonzept beeinträchtigt das Erleben von Identität: Die Person weiß nicht, wer sie ist.
  - \* Personen mit schlechtem Zugang zum eigenen Motivsystem weisen einen Mangel in der Identität auf. Motivationale Aspekte bestimmen im hohem Maße die Identität: Wer ich bin, definiert sich im wesentlichen daraus, was ich will, welche Ziele, Vorlieben etc. ich habe.

- **Selbstwert:**

- Selbstbekräftigung (das Gefühl von Stolz, etwas Wichtiges erreicht zu haben, das Gefühl von Kompetenz) sind wesentlich für die Entwicklung von Selbstwert: Sich selbst als jemanden wahrzunehmen, der kompetent ist und Ziele erreichen kann.

– *Diesen Effekt kann man nur erzielen, wenn man Zugang zu eigenen Zielen und Motiven hat. Das Gefühl, aus eigenen Fähigkeiten ein Ziel erreicht zu haben, setzt voraus, daß die eigenen Handlungen auf das eigene Motivsystem abgestimmt sind.*

- Verfolgen die Handlungen irrelevante Ziele, dann erzeugt die Zielerreichung kein Gefühl von Stolz und Kompetenz. Werden externe Ziele zugrunde gelegt, ist man von der Anerkennung anderer abhängig. Reflexionsvermeidung → geringer Selbstwert.
- Psychosomatische Patienten zeigten im Vergleich zu neurotischen eine signifikante Beeinträchtigung der Selbstwerteinschätzung.
- Rückkopplungsschleife: Geringe Einschätzung der eigenen Kompetenz → Diskrepanzvermeidung → Reflexionsvermeidung → Beeinträchtigung des Selbstkonzeptes und des Selbstwertes → Geringe Einschätzung der eigenen Kompetenz: Aus fehlenden positiven Erfahrungen der Zielerreichung und Bedürfnisbefriedigung kann man kaum die Erwartung ableiten, hohe Diskrepanzen reduzieren zu können → Selbststabilisierendes, selbstbegründendes System.

### ***Stressbewältigung, Stress und Stress-Regulation***

- **Stressbewältigung:**

- Konzept von JANKE et al. (1985):
  - \* funktionale Stressbewältigungsstrategien: erzielen eine tatsächliche Veränderung, z.B. Modifikation der Stressquelle oder Erleben der Belastung als positive Herausforderung
  - \* dysfunktionale Stressbewältigungsstrategien: wirken kurzfristig stresslindernd, ändern langfristig nichts an der Konstellation der Stressfaktoren: Vermeidung der Auseinandersetzung mit Stressquellen und/oder eigenen Stressreaktionen durch Ausweich-, Flucht und Vermeidungsverhalten
- psychosomatische Klienten zeigen ausgeprägte dysfunktionale Stressbewältigungsstrategien im Vgl. zu gesunden Kontrollpersonen sowie Mangel an funkt. Stressbew.strat.

- **Stress:**

- Stress ist die Anforderung an das somatisch-physiologische System. Ressourcen des Systems können durch bestimmte Anforderungen in unterschiedlichem Maße in Anspruch genommen werden.
- Es gibt einen Grenzwert, an dem die Beanspruchung das Ausmaß der normalerweise verfügbaren Ressourcen überschreitet → Überlastung des Systems mit Selbstschädigung

- **Stress-Regulation:**

- normale Stress-Selbstregulation durch funktionale Stressbewältigungsstrategien: bewußte / automatisierte Kontrollmechanismen (z.B. Pausen einlegen, zurücklehnen, aus dem Fenster schauen). Überschreiten aktuelle Anforderungen die vorhandenen Ressourcen, so werden Regulationsprozesse initiiert, die die Anforderungen senken, aussetzen, verringern und /oder dazu führen, daß die vorhandenen Ressourcen verstärkt genutzt, besser nutzbar werden usw.
- Beeinträchtigung der Stressregulation durch dysfunktionale Stressbewältigungsstrategien, die die Wahrnehmung und die Verarbeitung von Stress beeinträchtigen:

- \* nicht ausreichende Wahrnehmung der Anforderungen in ihrer Belastungswirkung
- \* nicht ausreichende Wahrnehmung der eigenen Reaktionen: Erschöpfung, Unmut, Hektik, Aggressivität etc.
- ⇒ Beeinträchtigung der effektiven Streßregulation: bei systematischer Aufmerksamkeits abwendung gibt es auch keine Gegenregulation mehr.
- ⇒ dysfunktionale Streßbewältigungsstrategien lassen die Belastungen ungefiltert im System durchschlagen → Selbstschädigung

- **Einfluß der Reflexionsvermeidung auf die Streßverarbeitung**

- Reflexionsvermeidung impliziert Nichtauseinandersetzung mit diskrepanten Aspekten: belastende Anforderungen (noch nicht erledigte Dinge), eigene Belastungsreaktionen (die nicht so sind, wie man sie sich wünscht)
- auch Streßquellen und Streßreaktionen unterliegen der Reflexionsvermeidung → dysfunktionale Streßbewältigungsstrategien

### ***Außenorientierung und soziale Unsicherheit***

- **Außenorientierung:**

- Tendenz einer Person, sich an Erwartungen anderer Personen, an Normen von Bezugsgruppen oder an allgemeinen sozialen Normen zu orientieren.
- Die Außenorientierung psychosomatischer Klienten ist wesentlich erhöht i Vgl. mit Kontrollpersonen und hat charakteristische Auswirkungen auf Verarbeitungs-/Handlungsprozesse:
  - \* Verarbeitung: externale Perspektive (die Person schaut nicht auf sich selbst, sondern auf andere Personen, externe Normen etc.)
  - \* Handeln: extrinsische Motivation (man tut etwas nicht, um eigene Ziele zu erreichen, sondern muß handeln, um bestimmte soziale Folgen zu erreichen).

- **Förderung der Außenorientierung:**

- durch Reflexionsvermeidung und mangelnde Repräsentation: ohne eigene Ziele und Motive ist man auf externale Anregungen angewiesen; Orientierung an Außenstandards, wenn internale Anregung nicht vorhanden
- durch mangelndes Selbstkonzept: Wenn ich nicht selbst definieren kann, wer ich bin und was ich will, dann bin dafür auf andere angewiesen.
- durch geringe Selbstwerteinschätzung: kann ich mich nicht selbst bekräftigen und bin für positive Rückmeldungen auf die Anerkennung anderer angewiesen. Handlungen zielen auf „soziale Folgen“ wie Lob, Anerkennung, Bewunderung etc. ab: Je geringer der Selbstwert, desto höher die Außenorientierung.

- **soziale Unsicherheit:**

- soziale Ängstlichkeit: man ist unsicher über eigene soziale Verhaltensweisen, soziale Stellung usw.: man kann sich nicht durchsetzen, abgrenzen, soziale Kontrolle ausüben; man paßt sich an, läßt sich kontrollieren, zeigt mangelnde Abgrenzung, vermeidet soziale Konflikte
- soziale Kompetenz: man ist als Person in der Lage, eigenen Bedürfnissen und Anforderungen anderer in befriedigender Weise Rechnung zu tragen: Fähigkeit der Anpassung, Fähigkeit, Bedürfnisse auch gegen andere Interessen zu vertreten und durchzusetzen.

- **Förderung sozialer Unsicherheit:**

- durch Reflektionsvermeidung: Verfolgen eigener Ziele auch gegen den Willen anderer, Ausfechten sozialer Konflikte etc. setzt den Zugang zum eigenen Motivsystem voraus. Ohne die Repräsentation eines eigenen Motivsystems ist die Entwicklung sozialer Kompetenzen kaum denkbar.
- durch ein mangelndes Selbstkonzept: Ohne ein Selbstkonzept weiß ich nicht, wer ich bin, was ich kann etc. und kann daher keine Forderungen stellen und mich in Konflikten behaupten.
- durch geringe Selbstwerteinschätzung: Schätzt man sich als wertvoll ein, hat man Grund, sozial sicher aufzutreten. Hat man nicht die Überzeugung, von anderen als wichtig genommen zu werden, erwartet man auch, nicht gehört und ignoriert zu werden.
- durch Außenorientierung: Ist ein wesentlicher motivationaler Faktor die Anerkennung durch andere, ist es unmöglich, soziale Aktionen durchzuführen, die diese Anerkennung aufs Spiel setzt: sich über die Meinung anderer hinwegzusetzen; in Konflikten das Risiko einzugehen, andere zu verärgern usw.
- durch Verlust der sozialen Kontrolle: da man nichts mehr gegen andere durchsetzen kann, keine Konflikte austragen kann, nicht für eigene Ziele (welche?) kämpfen kann, fühlt man sich kontrolliert und als Spielball anderer. Was resultiert, ist das Gefühl, ein „Nichts“ zu sein: von anderen hin- und hergeschoben und ohne Selbstkontrolle.
- durch Rückkopplung: Außenorientierung → soziale Unsicherheit → Bedürfnis, sich angemessen zu verhalten, um auf der richtigen Seite zu stehen → Außenorientierung

### **Anforderungen und Selbstverpflichtung**

- **soziale Anforderungen:** sind solche, deren Befolgung / Nichtbefolgung soziale Konsequenzen hätte: Übernehmen einer Aufgabe etc. Anforderungen sind nicht automatisch belastend, da sie von jeder Person zurückgewiesen werden kann.
- **Verpflichtungen:** sind Anforderungen, zu der sich die Person subjektiv verantwortet, von der keine Abweichung erlaubt ist → belastungsrelevante Anforderungen. Verpflichtungen können prinzipiell auch wieder neu abgewägt und zurückgewiesen werden → Regulation von Selbstverpflichtungen stellen eine wesentliche Streßregulation dar.
- **Einflüsse auf Verpflichtungen:**
  - durch hohe Außenorientierung: Orientierung an externer Anerkennung erschwert das Zurückweisen von Anforderungen. Hohe Außenorientierung hat zur Folge, daß die Person Anforderungen mit hoher Verpflichtung übernimmt → Beeinträchtigung flexibler Belastungs-Selbstregulation
  - durch soziale Unsicherheit: Mangelnde soziale Handlungskompetenz erschwert es, sich gegenüber Anforderungen abzugrenzen, insbesondere dann, wenn die Abgrenzung Konflikte hervorrufen könnte.
  - durch mangelnder Zugang zum Motivsystem: Herangetragene Aufgaben müssen auf Kompatibilität auf eigene Ziele geprüft werden können. Bei mangelndem Zugang zum Motivsystem besteht die Gefahr, Aufgaben zu übernehmen, die eigenen Zielen widersprechen → erhebliche interner Konflikte, Belastungen und Spannungen → Beeinträchtigung der Selbstregulation (Ausrichtung des Handelns nach eigenen Motiven und Zielen) → Entfremdung

- durch Reflexionsvermeidung: Störung der Selbstregulation, da keine Unterscheidung von selbst- und fremdgesetzten Intentionen → Entfernung in ihren fremdbestimmten Handlungen von ihren Zielen → statt Selbstregulation Fremdregulation → Beeinträchtigung der internen Belastungsregulation → Durchschlagen von externen Belastungen bzw. Entstehung zusätzlicher interner Belastungen

### **Schlußfolgerungen**

- Aus den Grundannahmen der klientenzentrierten Psychotherapie läßt sich systematisch eine Störungstheorie für psychosomatische Störungen ableiten.
- Ableitung therapeutischer Ziele:
  - Verminderung der Reflexionsvermeidung
  - Verbesserung des Zugangs zum Motivsystems
  - Aufhebung der Entfremdung (mangelndes Selbstkonzept)

# Psychopathologie nach dem Differentiellen Inkongruenzmodell der klientenzentrierten Psychotherapie

Autor: Gert-Walter SPEIERER

## Zusammenfassung

- Es wird von Herrn Prof. Dr. Med. Dipl.-Psych. G.-W. Speierer Störungslehre der GT vorgestellt: Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM)
- Dieses enthält 5 Ebenen:
  1. Bedingungen gesunder und psychopathologischer Entwicklungen bzw. Störungen
    - 1.1 sozialkommunikative
    - 1.1 (bio- / neuropsychologische) Dispositionen und Erfahrungen
    - 1.1 Lebensereignisse
  2. Psychohygienische und psychopathologisch bedeutsame Anteile der Person: Das Selbst
    - 2.1 Struktureller Aspekt
    - 2.1 Dynamischer Aspekt
    - 2.1 Dynamischer Aspekt II
  3. Psychohygienische und psychopathogenetische Modellvorstellungen
    - 3.1 Kongruenztheorie
    - 3.1 Inkongruenztheorie und Inkongruenzformen
      - 3.2.1 dispositionelle Inkongruenz
      - 3.2.1 sozialkommunikative Inkongruenz
      - 3.2.1 lebensereignisbedingte Inkongruenz
      - 3.2.1 konfliktfreie Inkongruenz
      - 3.2.1 konflikthafte Inkongruenz
    - 3.3 Andere Theorien
      - 3.3.1 biologische Theorien
      - 3.3.1 psychologische Theorien
      - 3.3.1 soziologische Theorien
  4. Gesunde Lebensentwicklung und Einteilung psychopathologischer Entwicklungen
    - 4.1 Gesunde seelische Entwicklung
    - 4.1 Psychopathologische Entwicklungen
      - 4.2.1 mit partieller bzw. vorrangiger Inkongruenzbeteiligung
        - 4.2.1.1 Kompensierte Störungen
        - 4.2.1.1 Dekompensierte Störungen
      - 4.2.2 ohne bzw. mit nachrangiger und partieller Inkongruenzbeteiligung
  5. Einordnung psychischer Störungen (ICD-10) im DIM: Die zehn Hauptgruppen der psychischen Störungen werden im Bereich des DIM angeordnet.
- Die Anordnung der Hauptgruppen des ICD-10 im DIM ermöglicht theoretisch und empirisch begründete Entscheidungen für die
  - Anwendung gesprächspsychotherapeutischer Standardmethoden,
  - für ihre (zeitweise) Nichtindikation und
  - für die Notwendigkeit ihrer Ergänzung in einem optimalen Therapieplan.

## Das Differentielle Inkongruenzmodell

- ermöglicht Entwicklung einer allgemeinen und einer speziellen Störungstheorie für die GT
- enthalten ist:
  - neue ätiologische Orientierung
  - neue phänomenologische Betrachtung / Ausdifferenzierung
  - nosologische Ordnung: inkongruenztheoretische Einteilung der Störungen im ICD-10
  - Allgemeine Inkongruenzdynamik von SPEIERER
  - Störungsspezifische Hypothesen zur Inkongruenzdynamik:
    - \* psychosomatische Störungen
    - \* psychotherapeutisch behandelbare depressive Symptome
    - \* Angststörungen
    - \* Konversionsstörungen
    - \* Zwangsstörungen
  - weitere Anwendungen des DIM:
    - \* Krisenintervention
    - \* psychosomatische Grundversorgung
- empirische Validierung anhand von 6000 transkribierten Äußerungen von 33 PatientInnen

### *1. Bedingungen gesunder und gestörter Entwicklungen*

- Mögliche Quellen und Schwerpunkte des Inkongruenzerlebens:
  - Sozialkommunikative Erfahrungen
  - bio-neuro-psychologische Disposition
  - Lebensereignisse
- **Sozialkommunikative Erfahrungen**
  - vom bisherigen Störungswissen als einzige Inkongruenzquelle betrachtet
  - gängige Theorie der Inkongruenzentstehung: Basisvariablendefizite  
⇒ Basisvariablentherapie / Grundhaltungstherapiekonzept
- **Bio-Neuro-psychologische Disposition**
  - steht im Einklang mit medizinischen Konzepten
  - seelische Störungen müssen z.T. auf genetische / physiologische Dispositionen zurückgeführt werden. Beispiele:
    - \* Gehirnerkrankungen
    - \* bestimmte Formen psychotischer Störungen (paranoide Schizophrenie)
    - \* Einnahme psychotroper Substanzen
    - \* organische psych. Störungen, z.B. Angstsymptome durch Schilddrüsenüberfunktion
  - Im Gespräch scheinen sozialkommunikative selbstinkongruente Erfahrungen störungsauslösend zu sein, können jedoch nicht beeinflusst werden und verschwinden nach spontaner oder medikamentös unterstützten Abklingen der Krankheit.
- **Lebensereignisse**
  - alle Lebensereignisse und Lebenskrisen, die als existenzbedrohlich oder physisch lebensgefährlich erlebt werden, können psychische Störungen bedingen – mit und ohne (früh)-kindliche psychopathogene Vorschädigung. Beispiele:
    - \* Pensionierungsschock
    - \* depressive Reaktionen auf Arbeitslosigkeit

## 2. Im DIM akzentuierte Anteile der Person und des Selbstsubjekts

- Es werden dynamische und strukturelle Aspekte der Person unterschieden.
- **dynamische Aspekte der Person (zusätzlich und abweichend zu ROGERS)**
  - Inkongruenzanfälligkeit / Kongruenzunfähigkeit. Es gibt Menschen, die eine Bereitschaft zeigen, eher mehr als andere Personen Erfahrungen selbstinkongruent / selbstbedrohlich zu erleben. Insbesondere bei Wahrnehmungen aus der Körpersphäre (Hyperchonder).
  - Inkongruenztoleranz / Inkongruenzbewältigungsstrategien: sind Fähigkeiten einer gesunden Person, die - entgegen dem Konzept ROGERS einer „Fully Functioning Person“ - nicht immer kongruent sind. Inkongruenzen werden darüber hinaus von gesunden Personen als Chancen für konstruktive Veränderungen genutzt. → wichtige Therapieziele
- **strukturelle Aspekte der Person**
  - Das Selbstkonzept wird aus unterschiedlichen Anteilen zusammengesetzt aufgefaßt. Jeder Anteil hat sein eigenes pathogenes Potential:
    - \* organismische Bewertung: frühe Anteile, nicht sozialer Natur, Organismus verfügt über ein evolutionäres Bewertungsschema: Säuglinge wenden sich instinktiv / ganzheitlich psychosomatisch bestimmten Reizen zu bzw. ab.
    - \* Wertintrojekte: entsprechend den Bewertungsbedingungen ROGERS
    - \* Lebenserfahrungs- und Lebensgestaltungsstrukturen: werden lebenslang gebildet und modifiziert (wie man sich, die Mitmenschen und die Welt aus Erfahrung kennt, wie das Leben beschaffen ist, was man vom Leben hatte und noch erwartet). Zukunftserwartungen können aktuelle Inkongruenz hervorrufen. Spätere Lebensereignisse können psychische Störungen verursachen.
- Abgrenzung zur psychoanalytischer Störungslehre: Fehlen der Konstrukte Abwehr, Verdrängung, Unbewußtes.

## 3. Die phänomenologische Differenzierung des Inkongruenzerlebens

- Phänomenologischen Betrachtung der Inkongruenz: Differenzierung des Kongruenzerleben
- Inkongruenz = Unvereinbarkeit, Unverträglichkeit, Widersprüchlichkeit oder Bedrohlichkeit von persönlich relevanten dispositionellen, sozialkommunikativen und lebensereignisbedingten Erfahrungsanteilen mit dem aktuellen Selbstkonzept, so wie es sich aus der aktuellen Mischung von organismischer Bewertung, Wertintrojekten und Lebenserfahrungsstrukturen darstellt.
- Unterscheidung von zwei Inkongruenzformen:
  - konflikthafte Inkongruenz: unvereinbare Unterschiede zwischen der organismischen Bewertung, den Wertintrojekten und Lebenserfahrungsstrukturen (wie bei ROGERS)
  - konfliktfreie Inkongruenz: es gibt zahlreiche Patienten, die nicht an konflikthafte Inkongruenzerleben leiden: Selbsterleben ist nicht widersprüchlich, kein Leiden am Selbst, Leiden vielmehr durch Erfahrungen, die ihr eigenes Verhalten, das ihrer Bezugspersonen oder unpersönliche Ereignisse (lebensereignisbedingte Inkongruenz) betreffen.

#### 4. Die nosologische Ordnung des DIM

- Inkongruenztheoretische Einteilung der psychopathologischen Entwicklungen und psychischen Störungen in drei Klassen:
  - Störungen ohne (bzw. mit nachrangiger und partieller) Inkongruenzbeteiligung
  - Störungen, vorrangige / partielle Inkongruenzbeteiligung, *kompensierte Inkongruenz*
  - Störungen, vorrangige / partielle Inkongruenzbeteiligung, *dekompensierte Inkongruenz*
- **Störungen ohne bzw. mit nachrangiger und partieller Inkongruenzbeteiligung**
  - Patienten ohne Inkongruenzerleben: Störung ist kongruent mit Selbstbild, Beispiele:
    - \* Verhaltensstörungen oder Störungen der Impulskontrolle, an der die Bezugspersonen, aber nicht der Patient leidet
    - \* Störungen, deren Symptome sich der Erfahrung des Patienten entziehen (Alzheimer, Intelligenzmangelzustände, organisch bedingte Wahrnehmungsmängel)
  - ⇒ Wenn bestimmte Erfahrungsbereiche ausfallen, das reflexive Selbst beeinträchtigt ist, die Aktualisierung nicht intakt ist und/oder keinen Veränderungsspielraum hat, eine Person trotz Inkongruenzerlebens keine Krankheitseinsicht hat, besteht kein Ansatzpunkt für eine gesprächspsychotherapeutische Inkongruenzbearbeitung.
- **Störungen mit vorrangiger oder partieller Inkongruenzbeteiligung mit a) kompensierter bzw. b) dekompenzierter Inkongruenz**
  - Unterscheidung wichtig unter gesundheitspolitischen Versorgungsgesichtspunkten: Unterscheidung zwischen a) Störungen ohne Krankheitswert (kein Versorgungsanspruch) und b) mit Krankheitswert (Leistungspflicht der Krankenkassen).
  - a) kompensierte Störungen: psychische Beeinträchtigung infolge Inkongruenz, die aber aufgrund von Inkongruenztoleranz kein seelisches Leiden verursachen. Beispiel: Person mit kompensierter phobischer Angststörung weiß, daß sie nicht auf hohe Berge steigen darf, ist aber für ihr gesundes Selbstgefühl zuträglich. Fährt lieber an die See.
  - b) dekompenzierte Störung: Inkongruenz verursacht infolge mangelnder Inkongruenztoleranz seelisches Leiden. Beispiel: Person mit krankhafter Akrophobie leidet, da sie auf Berge steigen möchte Empfindet gleichzeitig den Reiz, hochzusteigen, und den Reiz, runterzuspringen, und die damit verbundene Qual.
  - *Inkongruenztoleranz ist das entscheidendes subjektive Kriterium für die Nichtindikation von Therapie.*

#### 5. Die Ordnung der psychischen Störungen der ICD- im DIM

- Nosologische Ordnung des DIM erlaubt eine Zuordnung der Störungen des ICD-10:
  - Erste Klasse: Psychotherapie nicht möglich
  - Zweite Klasse: Psychotherapie möglich, aber nicht nötig / leistungspflichtig
  - dritte Klasse: Psychotherapie möglich und nötig / leistungspflichtig
- **Erste Klasse: Störungen ohne (oder mit nachrangiger) Inkongruenzbeteiligung**
  - F0: organische (einschließlich der symptomatischen) psychischen Störungen: generell selten und nur im Einzelfall therapeutisch angebar, wenn nach organmedizinischer Behandlung ein dekompenziertes psychosozial bedingtes Inkongruenzerleben übrigbleibt.
  - F1: Störungen durch psychotrope Substanzen: (z.B. Alkohol), auch nur im Einzelfall bei vorliegendem Inkongruenzerleben indiziert.

- F2: schizophrene Störungen / F3: affektive, vor allem depressive Störungen: Behandlung nur im Einzelfall bei vorliegenden Inkongruenzerleben und dann nur im subakutem Zustand (psychosespezifischen Symptome abgeklungen), z.B. bei Befürchtung von Diskriminierung nach Entlassung („ich komme aus der Klapsmühle“). Empathisches Verbalisieren ist zu vermeiden, da dieses störungsverstärkend bei Psychosen wirkt.
- **Dritte Klasse: Störungen mit dekompenzierter Inkongruenz**
  - F34.1: dysthyme depressive Störung (wenn endogene Komponenten relativ gering sind)
  - F4: neurotische Störungen:
    - \* phobische Störungen
    - \* Angststörungen
    - \* Zwangsstörungen
    - \* Belastungs- und Anpassungsstörungen
    - \* Konversionsstörungen
    - \* Somatisierungsstörungen
  - F54: psychosomatische Störungen
  - ⇒ Hauptanwendungsgebiete der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie
  - ⇒ Voraussetzung erfolgreicher GT ist eine psychotherapierbare Inkongruenzdynamik.

## Konsequenzen für die therapeutische Arbeit

1. Die Redefinition der GT als Inkongruenzbehandlung.  
Anstelle der Behandlung aus den drei Bedingungen heraus folgende Therapieziele setzen:
  - Inkongruenzauflösung
  - Inkongruenzverringering
  - Inkongruenzbewältigung
  - Inkongruenztoleranz
2. Die Bereitstellung störungsspezifischen Wissens f.d. gesprächspsychotherapeutische Praxis  
Es wird empfohlen, die Erkenntnisse über störungsspezifisches Wissen des DIM in der Praxis einzusetzen
3. Die Reintegration von diagnostischem Handeln in die Gesprächspsychotherapie in Form der Inkongruenzanalyse
  - Feststellung und Gewichtung von Inkongruenzerleben und Inkongruenzsymptomen
  - Unterscheidung und Gewichtung der drei Inkongruenzquellen
  - ⇒ nosologische Einteilung entsprechend des DIM und Indikationsstellung der GT als Inkongruenzbehandlung:
    - \* *sozialkommunikative Quellen:* GT ist dann indiziert, wenn in den ersten fünf Gesprächen sozialkommunikative Quellen deutliche wurden und das Inkongruenzerleben bestimmt wurde.
    - \* *dispositionellen Quellen:* Erwägung von Optionen jenseits der Psychotherapie (Medikamente, medizinische Hilfen, Rehabilitationsmaßnahmen, sozialtherapeutische Interventionen)
    - \* *lebensereignisbedingte Quellen:* Herstellung der Sicherheit für den Klienten (Schutz vor weiterer körperlicher Bedrohung: z.B. Unterbringung im Frauenhaus)

# Grundlagen und Modellvorstellungen für eine personenzentrierte Störungslehre

Autor: Dieter TSCHULIN

## Zusammenfassung

- Text von PD Dr. Dieter Tscheulin, Würzburg
- Benennung von drei Teilstücken einer Personenzentrierten Störungslehre:
  1. Revision bisheriger „Hypothesen“ und Formulierung neuer Grundsätze
  2. Unterscheidung aktions- und selbstbezogener Personen und
  3. Grundlegung einer Differentiellen Klientenzentrierten Psychotherapie
  4. System der Strukturierten Analyse Sozialer Beziehungen (SASB, BENJAMIN)  
SASB als Modell und diagnostisches Instrument ermöglicht das Verstehen und Messen des Problems und seiner Entstehung, des Therapieprozesses und der Effektivität dieses Prozesses (PTE-Kongruenz)
- keine fertige Störungslehre, sondern Bausteine für die schulenübergreifende personenzentrierte Forschung

## 1. Grundsätze

### 1.1 Bisherige Grundsätze und deren Revision

- bisherige Grundsätze von ROGERS:
  1. Exklusivitätssatz 1: Bestimmte therapeutische Haltungen sind notwendige und hinreichende Bedingungen therapeutischer Effektivität.
  2. Exklusivitätssatz 2: Psychotherapie ist ein Reifungsprozeß. Das medizinische Modell (Störungsdiagnose, Behandlungsspezifität, Heilung) ist für die Psychotherapie zurückzuweisen.
  3. Prinzipienuniformität: Prinzipien der Psychotherapie gelten für alle Personen (psychotische, neurotische, normale)
  4. Prozeßpriorität: Die Theorie ist eher eine Prozeß- als ein Entwicklungstheorie (Interesse am Prozeß, weniger an der Struktur)
  5. Generalisierungs-Satz: Psychotherapie ist ein besonderer Fall konstruktiver zwischenmenschlicher Beziehung (Psychotherapie läßt sich generalisieren).
  6. Erfahrungspriorität: Theoretische Aussagen sind nur aufgrund von Erfahrung zu entwickeln; Offenheit für ständige Weiterentwicklung
  7. Inkongruenztheorie: In der Theorie ist der Inkongruenzbegriff zentral
  8. Die klientenzentrierte Störungslehre ist nicht nur eine *intrapersonale* (Selbsterleben, Subjektivität), sondern auch eine *interpersonale* Störungstheorie.
- Vorschläge zur Revision der bisherigen Grundsätze:
  1. Optimierungssatz: Eine Personenzentrierte Störungslehre baut auf der Inkongruenztheorie auf und geht in solchen spezifischen Punkten über sie hinaus, die eine Differenzierung nosologischer Gesichtspunkte und eine Optimierung der Wirksamkeit gestattet.
  2. Genetischer Interaktionssatz: Eine Personenzentrierte Störungslehre ist auf die einzelne Person P, auf die Situation S dieser Person und auf deren Geschichte G gerichtet, die als eine Funktion f der Beziehungsverhältnisse zu wichtigen Bezugspersonen Bp aufgefaßt wird:  $G = f ( P \times Bp_1 \times S; P \times Bp_2 \times S; \dots )$

3. Empirie-Priorität: Eine Personenzentrierte Störungslehre ist offen für den Austausch mit anderen Theorien.
4. Erfahrungswissenschaftliche Verankerung: Eine Personenzentrierte Störungslehre ist auf die psychologische Erfahrungswissenschaften bezogen (Entwicklungs-, Sozial-, Persönlichkeitspsychologie)
5. Integration von Diagnostik und Therapie: Eine Personenzentrierte Störungslehre ist auf die Beschreibung einer Störung (Diagnostik), der Erklärung ihrer Entstehung (Ätiologie) und deren Bewältigung (Therapie) gerichtet. Verbindung von Ätiologie mit einer kontrollierten Praxis (*PTE-Kongruenz*: Psychodiagnostik, Therapieprozeßfassung, Effektdetermination müssen zusammenpassen)

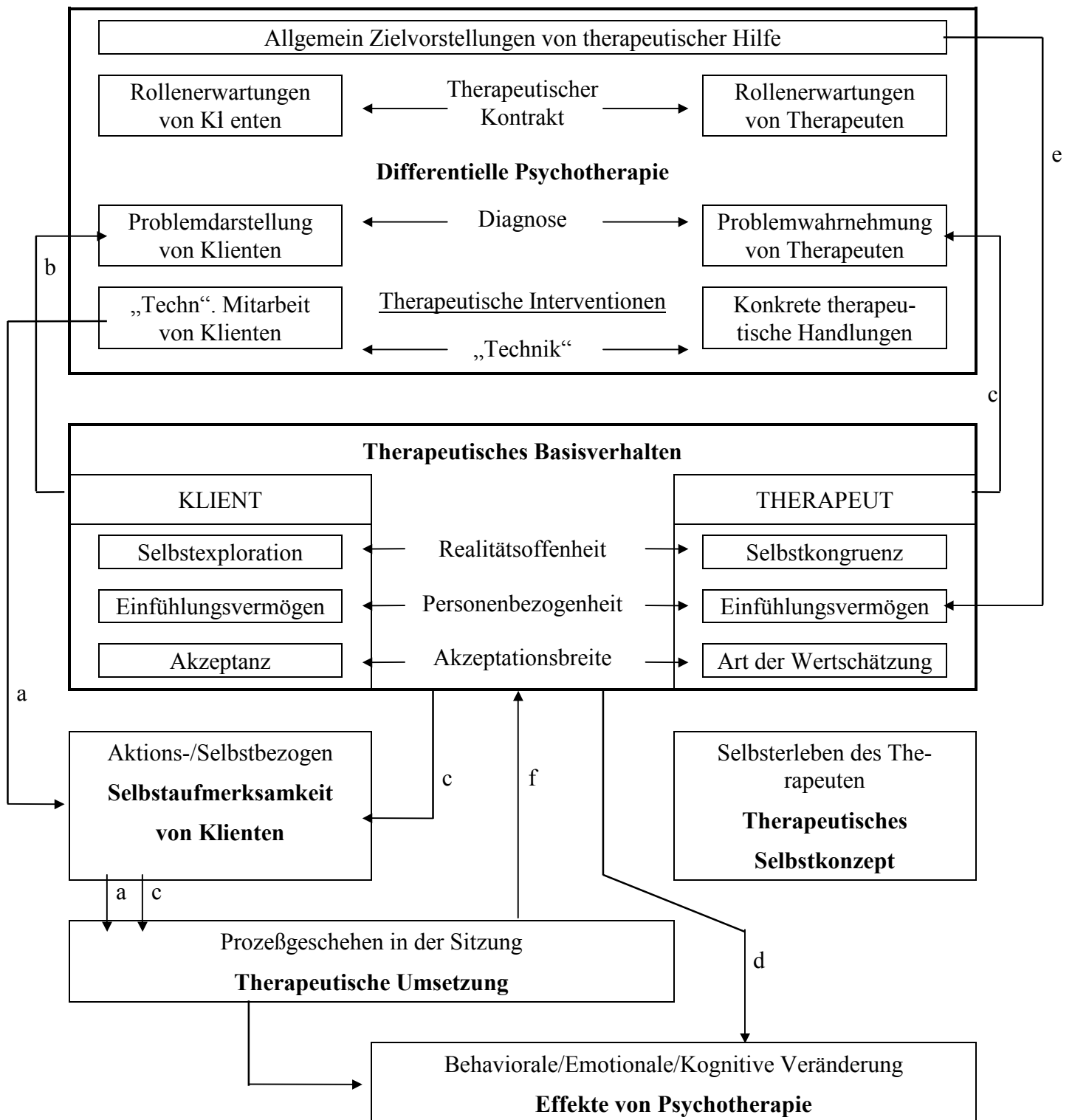
## ***1.2 Störungsbegriff und sozialkommunikative Ätiologie***

- Es wird vom Störungsbegriff des DMS-II-R ausgegangen:
  - Es werden nicht Personen, sondern Störungen klassifiziert. Eine Person ist nicht krank, sondern weist ein Störungsmuster mit Krankheitswert auf.
  - Störungen werden als Merkmalsmuster verstanden, die anhand von Verhaltenskriterien bestimmt werden. Es werden dabei keine genauen Grenzen festgelegt.
  - Das DSM-III-R ist offen für konkurrierende psychologische, soziale oder biologische Erklärungen.
- Der vorliegende Ansatz ist ein rein psychologischer, der auf einer sozialkommunikativen Ätiologie aufbaut. Ausgangsbasis ist die Inkongruenztheorie (ROGERS, 1959), die differenziert und mit interpersonalen Strukturaspekten verbunden wird (ähnlich wie bei SPEIERER).

## ***1.3 Definitionen von Psychotherapie***

- Definition von Psychotherapie als Therapeutischem Basisverhalten und Differentieller Psychotherapie:
  - *Therapeutisches Basisverhalten*: = klassische klientenzentrierte Psychotherapie → verursacht 85%-90% der Therapieeffektivität.
  - *Differentielle Psychotherapie*: = Adaption an sehr unterschiedliche Problemsituationen, ermöglicht Optimierung der Effektivität → Quintessenz der meisten empirischen Untersuchungen auf dem Gebiet der klientenzentrierten Psychotherapieforschung (FINKE, PFEIFFER, SPEIERER, SWILDENS etc.)
- Klient-Therapeut-Komplementarität: (entscheidend für beide Bereiche)  
Die hilfeschuchende Person, die sich schlecht verstehen und akzeptieren kann und im inneren Zwiespalt steht, trifft auf eine Person, die sie sehr wohl zu verstehen und zu akzeptieren vermag und dabei – in ihrer Art Hilfe zu leisten –kongruent bleibt

- Im Komponentenmodell werden die beiden Bereiche und ihre Verknüpfung dargestellt:



- Das *therapeutische Basisverhalten* hat direkte Auswirkungen auf die Problemdarstellung von Klienten (Pfad b) und die Problemwahrnehmung von Therapeuten (Pfad c).
- Die *Differenzielle Psychotherapie* wirkt sich – über die gesellschaftlichen Zielvorstellungen – auf das Therapeutische Basisverhalten aus (Pfad e).
- Folgende beiden Abschnitte behandeln:
  - *Selbstaufmerksamkeit von Klienten*: Pfad a–f und c–f)
  - *Therapeutische Intervention* mit „Diagnose“ und „Technik“

## 2. Unterschiedliche Selbstaufmerksamkeit und Differentielle Psychotherapie

- Unterschiedliche Selbstaufmerksamkeit führt zu unterschiedlichen Arten gestörten Erlebens und Verhaltens, die der Differentiellen Psychotherapie bedürfen.
  1. Bezug zu nosologischen Kategorien:
    - *Selbstbezogene Patienten* sind auf ihr Selbst als Objekt bezogen und daher ihren Inkongruenzen ausgeliefert (überhöhte Selbstaufmerksamkeit):
      - \* dysthymische bzw. depressive Störungen
      - \* phobische Störungen bzw. Angstsyndrome
    - *Aktionsbezogene Patienten* sind auf die Ziele ihrer Handlungen ausgerichtet und können daher Inkongruenzen nicht wahrnehmen (periphere Selbstaufmerksamkeit):
      - \* Konversionsstörungen
      - \* Suchtsyndrome
      - \* psychosomatische Störungen
      - \* Borderline
      - \* zwanghafte Persönlichkeitsstörungen
      - \* auch „testnormale“ Patienten
  2. Ätiologisch-theoretische Implikation:

Zustände unterschiedlicher Selbstaufmerksamkeit sind durch die *soziale Situation* determiniert, z.B. Art der beruflichen Arbeit, Art der familiären Beziehungsverhältnisse.
  3. therapeutisch-praktische Implikation sind die **Indikationsregeln:**
    - Den aktionsbezogenen Patienten, die es schwer haben, sich selbst zu erleben und deshalb Widersprüchliches bei sich übersehen, stellen sich Therapeuten mit einem *erlebnisfördernden* evokativem Vorgehen komplementierend zur Verfügung. Z.B.: Erlebniskonfrontation; „Zwei-Stuhl-Technik“.
    - Den selbstbezogenen und dadurch in ihrer Handlungsmöglichkeit eingeschränkten Patienten stellen sich Therapeuten mit einem *handlungsaktivierenden* anleitenden Vorgehen komplementierend zur Verfügung. Z.B. Aufgaben setzen (evtl. mit Reizkonfrontation); beharrliches Ansprechen kritischer Alltagsbereiche im „nichtwertenden Dialog“.
  4. Empirische u. theoretische Bezüge bestehen zu einer Vielzahl v. Studien/Theorien, u.a.:
    - Selbstaufmerksamkeitstheorie (DUVAL & WICKLUND, 1972)
    - Theorie der Handlungs- und Lageorientierung (KUHLE, 1983)
    - Gesprächspsychotherapie (SACHSE & RUDOLPH, 1992)
    - Verhaltenstherapie (HARTUNG, SCHULTE & WILKE, 1992)
  5. Grundsätzliche Bedeutung für die Unterscheidung von Störungsformen besitzt die Selbstaufmerksamkeit.
  6. Nachteile dieser Konzeption:
    - zu wenig an der Geschichte der Person orientiert
    - geringe Verbindung von diagnostischen, ätiologischen und therapeutischen Aussagen

Vorteil dieser Konzeption:

    - Möglichkeit der Weiterentwicklung zur Differentiellen Gesprächspsychotherapie ohne der Gefahr eines Eklektizismus

*Bei einer personenzentrierten Störungs- und differentiellen Therapiemethode geht es um eine Verbesserung der Problemerkennung, um ein besseres Verstehen von Patienten durch ätiologische Aufklärung – auch mit Hilfe psychodiagnostischer Instrumente – und es geht um eine dadurch mögliche Optimierung der Effektivität der Behandlung.*

### 3. Strukturierte Analyse Sozialen Beziehungsverhaltens als diagnostisches Instrumentarium in einer Personenzentrierten Störungslehre

- Genetischer Interaktionssatz:  $G = f(P \times Bp1 \times S; P \times Bp2 \times S; \dots)$   
Eine Störungslehre muß auf die einzelne einzigartige Person P, auf die Situation S dieser Person und auf deren persönliche Geschichte G gerichtet sein, die eine Geschichte (eine Funktion f) der Beziehungsverhältnisse zu wichtigen Bezugspersonen Bp1, Bp2, ... ist.
- Ziel der SASB: Inkongruenz als zentraler Begriff einer Störungslehre soll nicht nur *intra-personell*, sondern auch *interpersonell* gefaßt werden, d.h. nicht nur als Widerspruch zwischen organismischen Selbsterleben und Selbstkonzept, sondern auch als Widersprüchlichkeit im gesamten Sozialverhalten.

#### 3.1 Grundbegriffe und Entwicklungsnormen

- SASB beschreibt Verhalten auf drei Ebenen und erklärt die Entstehung von Verhaltensmustern mit komplementären und antithetischen interpersonalen Prozessen.
- **Verhaltensebenen und Verhaltenskategorien:**
  - 3 Ebenen des Verhaltens:
    - \* Fokus ANDERE – transitives interpersonales Verhalten: Fokussierung des Verhaltens auf andere Person, man will etwas bei ihr bewirken.
    - \* Fokus SELBST – intransitives interpersonales Verhalten: Sich dem anderen in einem bestimmten Zustand zeigen.
    - \* Fokus INTROJEKT – intrapsychisches Verhalten: Umgangsweise mit sich selbst = Introjektion des Verhaltens der wichtigsten Bezugspersonen
  - einzelne gut unterscheidbare *Verhaltensweisen* als Punkte dargestellt (s. S. 157)
    - \* nebeneinander liegende Items korrelieren stark positiv (ähnliches Verhalten)
    - \* im rechten Winkel zueinander liegende Items korrelieren nicht
    - \* gegenüber liegende Items korrelieren stark negativ (gegensätzliches Verhalten)
  - jeweils 4-5 Punkte zusammengefaßt zu *Verhaltensclustern* (s. S. 155):

ANDERE		SELBST		INTROJEKT	
1-1	Autonomie gewähren, wegsehen	2-1	Sich durchsetzen, separieren	3-1	Spontan, unbekümmert sein
1-2	Bestätigen, verstehen	2-2	Sich öffnen, offenbaren	3-2	Sich selbst annehmen und verstehen
1-3	Umsorgen, pflegen	2-3	Genießen, sich annähern	3-3	Sich selbst pflegen und umsorgen
1-4	Helfen, beschützen	2-4	Vertrauen, sich verlassen auf	3-4	Sich selbst beschützen und erweitern
1-5	Beaufsichtigen, Kontrolle ausüben	2-5	Sich unterwerfen, nachgeben	3-5	Selbstkontrolle, sich einschränken
1-6	Herabsetzen, beschuldigen	2-6	Schmollen, beschwicht., rechtfertig.	3-6	Sich selbst anklagen, unterdrücken
1-7	Zurückweisen, angreifen	2-7	Protestieren, sich zurückziehen	3-7	Sich selbst ablehnen u. vernichten
1-8	Ignorieren, vernachlässigen	2-8	Ausweichen, sich verschließen	3-8	Sich vernachlässigen, tagträumen

- Beispiele: „Wegsehen“ geht enger zusammen mit „Bestätigen, verstehen“ als mit „Helfen, beschützen“ und ist entgegengesetzt zu „Beaufsichtigen“. „Wegsehen“ und „Beaufsichtigen“ sind entgegengesetzte Pole (der Dimension Autonomie) und korrelieren nicht mit den Polen „Umsorgen“ bzw. „Zurückweisen“ (der Dimension Zuneigung).
- **Komplementarität des Verhaltens:**
  - Interpersonale transitive und intransitive Verhaltensweisen ergänzen sich komplementär zu wechselseitigem Verhalten: Autonomie gewähren – Sich durchsetzen etc.
  - In psychotherapeutischen Prozessen zeigt sich die *Klient-Therapeut-Komplementarität*:

- \* der Klient verhält sich intransitiv, indem sie ihr Selbst fokussieren
- \* der Therapeut verhält sich transitiv, indem er auf den Klienten ausgerichtet ist
- Das Verhalten des Therapeuten wird über die Zeit zum Introjekt.
- ⇒ Durch „Bestätigen, verstehen“ können Patienten „Sich öffnen, offenbaren“ und lernen mit der Zeit im zunehmenden Maße „Sich selbst annehmen und verstehen“. (s. Zeile 2)
- Beispiel für die Entstehung von Problemen:
  - \* Verhalten des Kindes: „Ausweichen, Sich verschließen
  - \* Wahrnehmung der Bezugspersonen durch das Kind: „Ignorieren, vernachlässigen“
  - ⇒ Bezugspersonen vernachlässigen langsam das verschlossene Kind, was im therapeutischen Prozeß nicht passieren darf.

• **Antithetisches Verhalten des Therapeuten:**

Bei allen Verhaltensweisen der Dimension „Feindseligkeit“ ist in der Psychotherapie *antithetisches Verhalten nötig*, d.h. vom komplementären Verhalten das gegensätzliche. Dies gilt insbesondere bei den intransitiven Verhaltensmöglichkeiten des Klienten.

KLIENT		THERAPEUT		EFFEKT	
2-5	<i>Sich unterwerfen, nachgeben</i>	1-1	<i>Autonomie gewähren, wegsehen</i>	3-1	<i>Spontan, unbekümmert sein</i>
2-6	Schmollen, beschwichtigen	1-2	Bestätigen, verstehen	3-2	Sich selbst annehmen/verstehen
2-7	Protestieren, zurückziehen	1-3	Umsorgen, pflegen	3-3	Sich selbst pflegen/umsorgen
2-8	Ausweichen, sich verschließen	1-4	Helfen, beschützen	3-4	Sich selbst beschützen/erweitern
1-5	<i>Beaufsichtigen, Kontrolle ausüben</i>	2-1	<i>Sich durchsetzen, separieren</i>	3-1	<i>Spontan, unbekümmert sein</i>
1-6	Herabsetzen, beschuldigen	2-2	Sich öffnen, offenbaren	3-2	Sich selbst annehmen und verstehen
1-7	Zurückweisen, angreifen	2-3	Genießen, sich annähern	3-3	Sich selbst pflegen und umsorgen
1-8	Ignorieren, vernachlässigen	2-4	Vertrauen, sich verlassen auf	3-4	Sich selbst beschützen und erweitern

**3.2 Das Konzept des Introjekts im SASB System**

• **Entwicklung des Verhaltens:**

- Bei Kindern ist das transitive Verhalten weniger vorhanden und entwickelt sich bis zum 21. Lebensjahr → Transitives Verhalten mehr ein Erwachsenen- bzw. Elternverhalten
- ⇒ das spätere intrapersonale Verhalten ist im wesentlichen gelerntes und auf sich selbst gerichtetes transitives Elternverhalten.

• **Postulat des SASB:**

- Die Art, wie wir mit uns selbst umgehen, leitet sich aus dem Verhalten ab, mit dem uns eine oder mehrere unserer wichtigsten Bezugspersonen begegnet sind oder noch begegnen: So wie eine wichtige Bezugsperson mit uns umging, so gehen wir auch mit uns um.
- Die Items der Ebene des intrapsychischen Verhaltens sind dementsprechend in Anlehnung an die der Ebene des transitiven Verhaltens formuliert und als *Introjektion* bezeichnet worden.
- Dies hat sich in mehreren amerikanischen Arbeiten bestätigen lassen, wie auch in einer Arbeit von TSCHULIN & KOHLMANN (1990). Die bestätigten Hypothesen sind:
  - \* Das intrapsychische Verhalten einer Person korreliert mit dem transitiven und intransitiven Verhalten sowohl von dem Vater als auch der Mutter.
  - \* Der Zusammenhang mit dem transitiven Verhalten ist stärker.
  - \* Der Zusammenhang mit dem mütterlichen Verhalten ist stärker.

# Klientenzentrierte Ätiologie und Diagnostik von psychischen Erkrankungen im Kindesalter

Autor: Stefan SCHMIDTCHEN

## Zusammenfassung

Der Text geht auf folgende Themen ein:

- Besonderheiten eines kindertherapeutischen Vorgehens in Abhebung zur Erwachsenenpsychotherapie
- Überlegungen zur Aktualisierungstendenz:
  - Entwicklung des kindlichen Selbsterlebens und Selbstkonzeptes
  - Entwicklungsaufgaben für ein- bis fünfjährige Kinder:
    - \* Basis: Schema- bzw. Skriptkonzept
    - \* Aufgaben müssen von Bezugspersonen vermittelt werden: Grundlage eines gesunden Selbstwelterlebens
    - \* Störungen und Mängel in den Grundskripten → gestörte Selbstannahmen → gestörte Erlebens- und Verhaltensweisen
- Aussagen zum Verhaltenskonzept:
  - individuelles Verhalten ist handlungsorientiert
  - interaktionelles Verhalten ist entwicklungs- und kommunikationsfördernd: Katalog von elterlichen und therapeutischen Förderungsmaßnahmen

## 1. Einleitung

- viele Störungen des Erwachsenenalters gehen wahrscheinlich auf belastende Erfahrungen in der Kindheit zurück → vorliegende Überlegungen haben auch Bedeutung für die Ätiologie von Erwachsenen
- Pathologiekonzepte kindlicher Störungen sollen auf der Basis direkter Beobachtungen von Kindern entwickelt werden und nicht auf Befragung von erwachsenen Klienten über ihre Kindheit.
- Aussagen gelten für Kinder von der Geburt bis zum Beginn des Jugendlichenalter (13-14).

### 1.1 Definition von psychischen Störungen

- Definition: Seelische Krankheit ist eine krankhafte Störung
  - der Wahrnehmung,
  - des Verhaltens,
  - der Erlebnisverarbeitung
  - der sozialen Beziehungen und
  - der Körperfunktionen.
- Eigenschaften seelische Erkrankungen: Sie
  - sind der willentlichen Steuerung nicht mehr zugänglich,
  - werden durch seelische und körperliche Faktoren verursacht,
  - werden in seelischen / körperlichen Symptomen und krankhaftem Verhalten erkennbar, denen aktuelle Krisen und pathologische seelische und körperliche Strukturen zugrunde liegen können. (Seelische Strukturen = anagemäßig disponierende und lebensgeschichtlich erworbene Grundlagen des seelischen Geschehens, Beziehungsstörungen sind nur dann seelische Erkrankungen, wenn sie durch eine krankhafte Veränderung der seelischen und körperlichen Strukturen verursacht ist.)

- Gesellschaftlicher Einfluß auf den Störungsbegriff:

Der Störungsbegriff enthält weiterhin einen in der Regel negativen sozialen *Bewertungsaspekt*, d.h. daß die Zuteilung eines Störungsetiketts von Normen abhängig ist.: Psychische Störungen werden „von der Person selbst oder ihrer sozialen Umgebung als negativ bewertet und auf die Person zurückgeführt.“ (BASTINE, 1984)

## 1.2 Definition von Kinderpsychotherapie

- Die *Kinderpsychotherapie* ist ein strukturierter und überprüfter interaktioneller Prozeß zur Behandlung von seelischen und seelisch-körperlichen Störungen von Kindern.
- Die *Behandlung* geschieht durch psychologische Mittel und wird von einem ausgebildeten Psychotherapeuten durchgeführt.
- Die *Ziele* der Therapie
  - ergeben sich aus der Konsensbildung aller für den Klienten verantwortlichen Personen (Eltern, Kind, Erzieher, Therapeut) und
  - betreffen den Aufbau von störungsersetzenden und entwicklungsfördernden Verhaltensweisen.
- Die *Störungsverursachungsfaktoren* sind psychologische, biopsychologische, soziale und ökologische Faktoren. Sie sind im diagnostischen Prozeß aufzudecken und gegeneinander abzuwägen.
- Die *Zielpersonen* sind sowohl der Kinderklient als auch die unmittelbaren Bezugspersonen / Sozialpartner als mögliche Mitverursacher der Störung.
- *Psychotherapie-Richtlinien*: Ein nach gesetzlicher Anerkennung strebendes Verfahren muß eine deutliche Affinität zum organismischen (medizinischen) und psychoanalytischen Ätiologiemodell haben, was vom Autor SCHMIDTCHEN (kritisch) akzeptiert wird.
- *Psychosoziale Grundannahmen* von SCHMIDTCHEN:
  - Kontinuitätsannahme: Zwischen normalen und gestörten psychischen Aktivitäten besteht ein fließender Übergang.
  - Äquivalenzannahme: Normale und gestörte psychische Aktivitäten unterliegen den gleichen Veränderungsbedingungen
  - Annahme der Kontextbedingtheit: Psychische Prozesse befinden sich in ständiger Wechselwirkung mit ihrer (sozialen) Umgebung.
  - Multikausalitätsannahme: Bei der Entstehung von psychischen Störungen ist von einer Vielfalt von Aspekten auszugehen.

## 2. Unterschiede zwischen d. klientenzentrierten Erwachsenen- u. Kinderpsychotherapie

So wie man nicht aus der Erinnerung von Erwachsenen auf Entwicklungsprozesse von Kindern schließen kann, kann man auch nicht eine Erwachsenentherapie für Kinder modifizieren. Die fundamentalen Unterschiede sind:

- **Art der Therapieziele**: Neben dem notwendigen Störungsabbau ist der laufende Entwicklungsprozeß des Kindes zu berücksichtigen.
- **Art des Therapiemediums**: ist das **Spiel**
  - bei 10-13jährigen Kindern ca. 95% der Kontaktzeit (42 von 45 Minuten Therapiezeit), Gespräche laufen parallel und nehmen etwa 9-10 Minuten ein.

- Zwei Funktionen des Spiels:
  - \* Informationsübertragung und Erlebnisgestaltung: Die Spielhandlung wird als Mittel verwendet, dem Kind wichtige Erlebnisse, Gedanken, Erkenntnisse, Bedeutungen, Fertigkeiten, Phantasien etc. mitzuteilen.
  - \* nichtverbale Kommunikation: Die Spielhandlung wird als Mittel dazu verwendet, daß das Kind unangenehme Erfahrungen verarbeitet und/oder realistischere Anpassungsformen des Selbst an die Anforderungen der Außenwelt zu finden (entsprechend PIAGET: Assimilation und Akkommodation).
- Die Kinder können sich die für sie bedeutsamen Spielformen selbst aussuchen:
  - \* Funktions- und Übungsspiele: Einübung sensomotorischer Kompetenzen
  - \* Gestaltungsspiele: konzeptgemäße Einordnung sozialer, instrumenteller und kognitiver Geschehnisse.

Wichtig ist die Gestaltung in szenisch-analoger Art mit großer Gefühlbeteiligung.
- Aspekte eines heilungsfördernden Spiels:
  - \* Freiheit und Eigenverantwortlichkeit der Spielwahl und Spielgestaltung
  - \* Spontaneität und intrinsische Motiviertheit von Spielhandlungen zur Entwicklung von Schemata zur Bedürfnisbefriedigung und Problemlösung
  - \* anregende Spielstimmung: Gefühlsoffenheit, geistiges Interesse, erhöhte Akzeptanz unangenehmer Gefühle
  - \* Bevorzugung von Phantasiefähigkeiten zur Reproduktion innerer und äußerer Problemsituationen
- **Art des bevorzugten Lernens**
  - *erfahrungsmachendes und bedeutungsschaffendes Lernen* von ROGERS
  - vergleichbar mit dem *selbstentdeckenden Lernen* von PIAGET (1972)
  - die wichtigsten Aspekte sind:
    - \* Persönliches Engagement: Die ganze Person steht im Lernprozeß.
    - \* Selbstinitiiertheit: Auch wenn der Antrieb oder Reiz zum Lernen von außen rührt, kommt das Gefühl des Entdeckens und Begreifens von innen
    - \* Durchdringung des ganzen Menschen
    - \* Selbstbewertung: Nur der Lernende weiß, ob die Lernhandlung seine Bedürfnisse trifft und ob das zu erkundende Lernthema Klarheit in seine Unwissenheit bringt.
    - \* Sinnhaftigkeit: Da die Ausgangsmotivation des Lernens eine Sinnschaffung von Erfahrung ist, findet ein zielorientierter Erfahrungsvorgang statt.
- **Ausmaß der Mündigkeit des Klienten**
  - Kinder besitzen gesetzlich keine volle Mündigkeit.
  - Wegen der Unmündigkeit der Kinderklienten sind die Vertragspartner die Eltern.
  - Weiterhin sind dies gesetzlichen Bestimmungen für den Kontakt mit Minderjährigen zu beachten, insbesondere die gesetzlich vorgeschriebene Fürsorgepflicht des Therapeuten für das Kind.
- **Anzahl der Behandlungspersonen**
  - Kindzentrierte Therapie ist Teil einer familienzentrierten Therapie, da die Eltern für das Kind sowohl gesetzlich verantwortlich als auch für die Störungsentstehung mitverantwortlich sind.
  - Es gibt drei Arten von Kontakten: Kindkontakte, Elternkontakte und Familienkontakte.
  - Kindzentrierte Kontakte werden in Familienkontakte eingebettet. Die Trennung in kindzentrierte Spieltherapie und paralleler elternorientierter Gesprächstherapie findet erst

nach einigen gemeinsamen Therapiesitzungen statt. In diesen Familienkontakten werden kindgerechte Gespräche geführt, in die Spielelemente eingebaut werden (z.B. Rollenspiele mit den Eltern).

- **Anzahl der Psychotherapeuten**

Wegen der drei Behandlungsformen gibt es zwei Therapeuten: Der eine ist für die Kindtherapie, der andere für die Elterntherapie zuständig. In der Familientherapie treten beide als Co-Therapeuten auf.

- **Zeitlicher Abstand zur Störungsentstehung**

- Der Vorteil einer Kindertherapie liegt darin, daß die Störungsursachen deutlicher erkannt und schneller therapiert werden können, da kein zur Störungsentstehung kein großer zeitlicher Abstand vorliegt.
- Da die Entstehungsbedingungen meistens ohne viel „Psychologisierens“ direkt nachvollziehbar ist, ist der Kindertherapeut mit weniger Vorurteilen als der Erwachsenentherapeut behaftet.

### **3. Überlegungen zur klientenzentrierten Störungslehre aus kindertherapeutischer Sicht**

- ROGERS hat selbst keine empirisch-wissenschaftlichen Aussagen über den Entwicklungsverlauf von Kindern gemacht; seine Persönlichkeitstheorie beruht auf Erfahrungen mit Erwachsenen Klienten, die retrospektiv über ihre Kindheit berichteten.
- Die folgenden Ausführungen beruhen auf empirische Befunde der modernen Entwicklungspsychologie.

#### **3.1 Annahmen zur generellen Verwirklichungstendenz**

- **Zur Verwirklichungstendenz**

- ROGERS: Einziges Axiom ist die generelle Fähigkeit des Menschen zur Aktualisierung. Die se Aktualisierungstendenz ist synonym mit dem Konzept des Lebens.
- SATIR & BALDWIN (Interpretation der Aktualisierungstendenz):
  - \* Jeder Mensch hat ein individuelles Potential, das sich während der Existenz erfüllt
  - \* Der Mensch ist potentiell *gut*, d.h. er besitzt körperliche Weisheit, weswegen Kinder (wie Pflanzen) sich zu gesunden Lebewesen entwickeln können.
  - \* Veränderung = Permanenter Lebensprozeß: Es wird begrüßt, neue Bereiche, Möglichkeiten und Entscheidungswege zu entdecken, die nicht gefunden werden, wenn man sich an das alte klammert. Veränderungen sind auch wegen der Risiken beängstigend.

- **Eltern- bzw. Familienverhaltenssysteme**

- Hierin werden die fürsorglichen, gemeinschaftsbindenden und sinngebenden Impulse für die Lebens- und Entwicklungsförderung eines Kindes gegeben.
- fördernde Entwicklungs- und Kommunikationshilfen sind die klass. ROGERS-Ratschläge:
  - \* bedingungslose positive Wertschätzung
  - \* empathische Wahrnehmung des inneren Bezugsrahmens des Kindes und
  - \* möglichst geringe Zahl von Bewertungsbedingungen

- **Psychologische Entwicklung**

- MONTADA: Wir bezeichnen psychophysischen Veränderungsreihen als Entwicklung,
  - \* deren Glieder auseinander hervorgehen wegen eines natürlichen Zusammenhanges
  - \* deren Glieder sich Orten in einem Zeitbezugssystem zuordnen lassen und
  - \* deren Übergänge vom Ausgangszustand in den Endzustand beschreiben lassen.
- SCHMIDTCHEN: macht folgende Annahmen:
  - \* Entwicklung besteht aus einer Vielzahl von Veränderungsreihen, die auf den unterschiedlichsten Selbsterfahrungen im Leben beruhen.
  - \* Es sind normative Bewertungsannahmen, die angeben, ob ein Entwicklung beendet ist oder noch weiter ausgebildet werden muß.
  - \* Zur Formulierung von konkreten Teilzielen einer Entwicklung muß man wissen, wie die Glieder einer Veränderungsreihe aussehen könnten: Entwicklungsaufgaben.

- **Entwicklungsaufgaben**

- HAVIGHURST:
  - \* Eine Entwicklungsaufgabe ist eine Aufgabe, die sich in einer bestimmten Lebensperiode des Individuums stellt.
  - \* Ihre erfolgreiche Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, während Versagen das Individuum unglücklich macht, auf Ablehnung durch die Gesellschaft stößt und zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben führt.
- Drei Aspekte einer Entwicklungsaufgabe:
  - \* physische Reife bzw. Leistungsfähigkeit des Individuums
  - \* gewählte soziokulturelle Entwicklungsnorm
  - \* individuelle Zielsetzung und Norm in den einzelnen Lebensabschnitten
- Zur Formulierung von Entwicklungsaufgaben müssen bestimmte Kompetenzbereiche berücksichtigt werden, z.B.
  - \* Gesundheit und körperliches Wohlbefinden
  - \* senso-motorische Funktionen
  - \* soziale Fertigkeiten
  - \* Beherrschung der dinglichen und abstrakten Welt
  - \* Fertigkeiten zur verbalen und nichtverbalen Kommunikation
  - \* Fertigkeiten zur generellen und moralischen Urteilsbildung
  - \* Fertigkeiten zur Erstellung eines Selbst- und Weltkonzeptes etc.
- SCHMIDTCHEN stellt folgenden Katalog auf (nach ERIKSON, MASLOW und ROGERS):  
Kompetenzen zur Befriedigung von Bedürfnissen nach
  - \* physiologischer Art
  - \* Sicherheit und Ordnung
  - \* Empathie, Bindung und Liebe
  - \* Wertschätzung und Eigenständigkeit
  - \* Leistung und Ich-Wirksamkeit/-Kontrolle
  - \* Konzeptbildung über sein Selbst und seine Außenwelt sowie über metaphysische Erklärungen wichtiger Phänomene

### 3.2 Annahmen zur Entwicklung des Selbstkonzeptes

#### • Definitionen

- ROGERS: Das Selbst ist eine organisierte, in sich geschlossene Gestalt, die das innere Wahrnehmungsfeld umfaßt, das vom Individuum als „Ich“, „Mein“ oder „Selbst“ bezeichnet wird. Die Selbsterfahrungen stellen die Grundlagen des Selbsterlebens dar, die langfristig so entwickelt werden müssen, daß ein eigenständiges, gemeinschaftsfähiges Selbst entsteht.
- NEUBAUER: Das Selbstbild oder Selbstkonzept stellt die kognitive Repräsentanz der eigenen Person dar: „Es umfaßt jene gespeicherten Informationen, die sich in Relation zur eigenen Person in den mannigfaltigsten Erfahrungsbereichen ergeben haben.“
- SCHMIDTCHEN: Das Selbstkonzept ist kein zusammenhängendes Einheitskonzept. Es besteht - insbesondere bei Kindern - aus einer Fülle von Teilkonzepten, die darüber hinaus unterschiedlich entwickelt sein können.

#### • Kognitive Repräsentation von Selbstkonzept-Annahmen

- Es werden die Erfahrungen im Selbstkonzept festgehalten, die Antwort auf die Fragen „Wer bin ich?“ und „Was unterscheidet mich von anderen?“ geben.
- Die Antworten werden in Verhaltensmustern abgebildet nach einer Struktur, die wiedergibt, wie ein Ziel zu erreichen ist und wie mögliche Ergebnisse zu bewerten sind.
- ⇒ Schema- bzw. Skriptbegriff: skelettartige Rahmen (Grunderfahrungsmuster), in denen die wichtigsten Erfahrungen des Individuums beim Anstreben nach Bedürfnissen abgebildet werden. Diese Rahmen leiten das Wiedererkennen und Verständnis von Erfahrung. Durch sie wird die Realität interpretiert und als repräsentatives Muster abgebildet.

#### • Schemakonzept = Konzept von Grunderfahrungsmustern

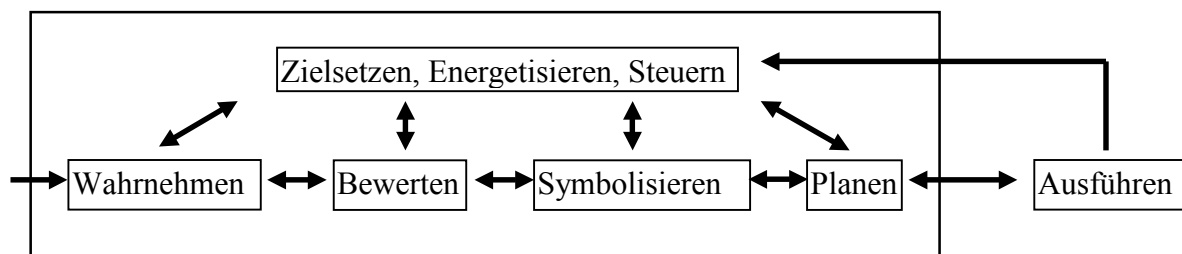
- SCHMIDTCHEN führt psychische Störungen auf unvollständige bzw. fehlerhafte Schemata zurück, die in der Kindheit entstehen (Urmusterbildung).
- Urmusterbildung in der Kindheit durch:
  - \* Alltagserfahrungen
  - \* Spieltätigkeiten
  - \* Geschichten anhören und erzählen
  - \* andere Formen kindlicher Phantasiebildung
- Katalog von frühkindlichen Grunderfahrungsmustern, Störungen sind eine Abweichung von diesem Ideal (Details s. S. 200ff.):
  1. physiologische Grundbedürfnisse
  2. sichere Unterstützung von Bindungspersonen
  3. eigenständige Angst- und Spannungsbewältigung
  4. abgegrenztes und abgrenzungsfähiges Selbsterleben
  5. anerkanntes, geliebtes Selbst
  6. Umwelterforschung und Umweltbeherrschung
  7. Lernen (Imitation, Ausprobieren, Schlußfolgern)
  8. dialogischer Austausch von Informationen (Kommunikation)
  9. Geschlechtlichkeit und Geschlechtsrollen
- Allen Schemata ist gemeinsam, daß sie in einer engen Wechselbeziehung des Kleinkindes mit den zentralen Bezugspersonen gelernt worden sind. Störungen in den Grundmustern sind immer auch ein Ausdruck von Beziehungsstörungen zwischen Kleinkind und Eltern.

### 3.3 Annahmen zum Verhaltenskonzept

#### • Handlungstheorie

- Die Schemata steuern die Handlungen und Bewertungen des Individuums.
- *Charakteristika* von handlungsleitenden Schemata („Handlungsdrehbücher“):
  - \* Skripts enthalten Voraussetzungen und Ergebnisse des Ereignisablaufes.
  - \* Sie haben Variablen, die durch unterschiedlichen Akteure ausgefüllt werden können.
  - \* Sie geben die Beziehungen an, in denen die Variablen zueinander stehen.
  - \* Sie weisen eine hierarchische Organisation auf (Restaurantschema hat die Unterschemata Bestellen, Essen, Bezahlen etc.)
- *Aktivierung* der Schemas durch Wahrnehmungsprozesse. Die Schemata steuern dann die weitere Informationsverarbeitung. Diese Steuerung ist ein gesamtorganismisches Geschehen: kognitiv, emotional und bedeutungsgebend.

#### • Informationsverarbeitung, Bedeutungsgebung, Handlungsorganisation



- Zielsetzungs-, Energetisierung-, Steuerungsprozesse:
  - \* Verhalten = zielgerichteter Versuch des Organismus, seine Bedürfnisse zu befriedigen.
  - \* Generelle Steuerungskomponente ist die Aktualisierungstendenz.
- Wahrnehmungsprozesse:
  - \* Umweltbedingungen werden durch Wahrnehmungsfilter gesehen und gedeutet → Verhalten daher nicht nur von realen, sondern auch internen Sichtweisen abhängig.
  - \* Störungsmöglichkeiten: Wahrnehmungsverzerrungen und -leugnungen
- Bewertungsprozesse (organismische):
  - \* *emotionale Bewertung* i.S.v. „angenehm“ bzw. „unangenehm“; aber auch gefühlsmäßige Reaktionen: Interesse, Freude, Überraschung, Kummer & Schmerz, Ärger & Wut, Ekel, Geringschätzung & Verachtung, Furcht & Angst etc.
  - \* *kognitive Bewertung* mithilfe Normvorstellungen der Gesellschaft
- Symbolisierungsprozesse:
  - \* Symbolbildungen = alle Arten von Repräsentationen im Gedächtnis: Bilder, Bewegung, Töne, Gerüche, Begriffe, Zahlen etc.;
  - \* eng mit emotionalen Bewertungen verbunden → gefühlsspezifischer Bedeutungsgehalt einer Erfahrung
- Planungsprozesse: notwendig zur zielgerichteten Handlungsorganisation
- Rückmeldungprozesse: durch Rückmeldungen werden die Handlungsprozesse auf das Ziel ausgerichtet
- Ausführungsprozesse: sensomotorische Aktionen (Sprechen, Schreiben, Bewegen etc.)

⇒ Mit diesem Modell besteht Möglichkeit, den Klienten auf einzelne fehlerhafte Prozeßkomponenten hinzuweisen.

- **Katalog von elterlichen und therapeutischen Förderungsmaßnahmen (Rogers)**

1. Erleben und Zeigen einer bedingungslosen Wertschätzung für alle Lebensäußerungen des Kindes.

*Ziel: Aufbau eines wertschätzenden Selbstwerterlebens, frei v. Bewertungsbedingungen*

2. Erleben einer eigenen bedingungslosen Wertschätzung und Kongruenz (Echtheit) im Rahmen der Kommunikation mit seinem Kinde.

*Ziel: Vorbild für ein wertschätzendes Selbstwerterleben und eine kongruente Kommunikation von angenehmen und unangenehmen Gefühlen.*

3. Realistisches und empathisches Verstehen des inneren Bezugsrahmens (Schemata), aus dem heraus die kindlichen Handlungen organisiert und durchgeführt werden.

*Ziel: Aufbau von realistischen Selbststeuerungsprozessen und Vermittlung eines Gefühles von Verstandenwerden bzw. sozialer Bedeutsamkeit.*

SCHMIDTCHEN fügt dem hinzu:

4. Regulierung von psychologischer Nähe/Distanz: Achtung des privaten Selbstraumes
5. Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse: Sich versorgt fühlen, Vertrauen in Beziehungen
6. Trost und Schutz in bedrohlichen Situationen: Bindungssicherheit in Angstsituationen
7. Spiegeln kindlicher Gefühle, deutlicher Ausdruck eigener Gefühle: symmetrische Gefühlskommunikation
8. Stimulation des Explorationsverhaltens: Förderung einer erforschenden Weltoffenheit
9. Nichtlenkendes Verhalten in bewältbaren Problemsituationen: Autonomie, Ich-Wirksamkeit
10. Kindgemäße Informationen über Sachverhalte, Zusammenhänge, Verhaltensregeln: umfassendes und realistisches Weltbild
11. Stimulation / Teilhabe an sensomotorischer Kommunikation: sensomotorische Geschicklichkeit und Kommunikationsfähigkeit
12. Stimulation und Teilhabe an sprachlichen Kommunikationsakten: Spracherwerb und Da logfähigkeit
13. Verhinderung schädigenden Verhaltensweisen: Schutz vor seelischen und körperlichen Verletzungen oder belastenden sozialen Reaktionen

### **3.4 Annahmen zum Störungskonzept**

- Ziel einer klientenzentrierten Psychotherapie für Kinder aufgrund des Axioms der Aktualisierungstendenz:
  - vorrangig Ausbau gesunder Verhaltensweisen
  - nachrangig Abbau von gestörtem Verhalten

#### **3.4.1 Inkongruenzkonzept**

- **Inkongruenz**

- Die Person reagiert auf die Realität so, wie sie aufgrund ihres Selbstkonzeptes wahrnimmt und definiert. Die Art, wie sie sich selbst sieht, beeinflusst wiederum ihre Wahrnehmung von der Realität und damit ihr Verhalten. (Beispiel von SCHMIDTCHEN: Erfolgreicher Student will in Prüfung die Beherrschung des Stoffes unter Beweis stellen, der unsichere Student hat Angst vor dem Beweis seiner Unzulänglichkeit).

- Treten Widersprüche zwischen Wahrnehmung und Selbstschemata auf, befindet sich die Person im Zustand der Inkongruenz (sich überschätzender Student fällt in Prüfung durch und sucht z.B. nach Rationalisierungen: der Prüfer mochte mich nicht, schlecht geschlafen etc.)
- **Gefühlssystem**
  - Das Problem mit Kleinkindern liegt darin daß sie noch kein Selbstkonzept aufgebaut haben. Wie können Urerfahrungen entstehen, wenn noch keine Vorerfahrung existiert?
    - \* Gefühlssystem: Angeborene Affekte sichern das Überleben des Organismus (Interesse, Freude, Wohlbehagen, Überraschung, Erstaunen, Kummer, Schmerz, Ärger, Wut, Ekel, Verachtung, Schuldgefühle, Reue)
    - \* Erfahrungen des Organismus werden mit Hilfe seines Gefühlssystems durch Konditionierungsprozesse im Sinne von Reiz-Gefühls-Reaktions-Ketten erworben. → Vom ersten Lebensjahr an bestehen dann sehr einfache Schemata, die zusammen mit den konditionierten Reiz-Gefühls-Reaktions-Ketten das Verhalten steuern.
    - \* Wenn der Säugling etwas erlebt, das der Förderung des Organismus nicht dienlich ist (Hunger, Kälte), dann äußert er sich (Schreien). Wenn er in diesem Erleben verstanden und wertgeschätzt wird (Selbsterfahrung), wird das Erleben, Überlebenwollen, Selbstwerdenwollen und Verstandenwerdenwollen zum Kern des Selbstkonzepts. Wird dieses Erleben nicht verstanden und wertgeschätzt, dann wird die erlebte Panik zur Kernerfahrung einer massiven Selbstbedrohung.

### 3.4.2 Die Bedeutung von Symptomen

- Symptome stellen eine *kommunikative Botschaft* über nicht sichtbare Krisen und gestörte seelische Strukturen über nicht sichtbare Krisen und gestörte seelische Strukturen und Funktionen dar.
- In die Botschaft geht ein „*inneres Wissen*“ des Symptomträgers über seelische gesunde Zustände und die vorhandenen krankhaften Zustände, sowie deren Heilungsmöglichkeiten ein.
- Symptome enthalten also im allgemeinen drei Botschaften:
  1. Die Botschaft, daß ein Mensch an widrigen inneren und äußeren Bedingungen leidet.
  2. Die Botschaft, unter welchen gestörten Schemata er leidet und welche gesunden Skripten er anstreben will.
  3. Die Botschaft, welche Gefühle, Gedanken und Gesten er als Reaktion auf sein leiden den Elter und/oder der Gesellschaft mitteilen will.
- Im Rahmen einer klientenzentrierten Symptomdiagnostik ist also eine dreifache „Rätselaufgabe“ zu lösen, wobei die Entdeckung der anzustrebenden gesunden Zustände die diagnostisch-therapeutisch wichtigste Aufgabe ist. Das Wie ist Gegenstand des folgenden Kapitels.

### 3.4.3 Ursachen von psychischen Störungen

- Als Störungsursache werden „aktuelle seelische Krisen“ und/oder „pathologische seelische und körperliche Strukturen und Funktionen“ angenommen (s.o.).
- **Pathologische Strukturen und Funktionen**
  - drücken sich durch Inkongruenzerlebnisse zwischen gestörten Selbstschemata und gesunder „organismischer Erfahrung“ aus. Es gibt also zwei Botschaften: die Botschaft

des gesunden Aktualisierungsbestrebens und die Botschaft von gestörten Selbstaktualisierungsschemata.

- Eine klientenzentrierte Ursachenklärung ist in drei Schritten zu vollziehen:
  1. Erkunden, wie *gesunde Verhaltensvollzüge* aussehen könnten und durch welche Bedingungen diese gefördert werden könnten. Hierzu sind das oben vorgestellte Konzept der Entwicklungsaufgaben und das Schemakonzept nützlich.
  2. Klären, welche individuellen Verwirklichungstendenzen der jeweilige Mensch anstreben will und durch welche Förderungsmaßnahmen er dabei unterstützt wird.
  3. Feststellen, welche gestörten Selbstschemata und Förderungsbedingungen die Realisierung der gesunden Aktualisierungsstrebungen verhindern (s. Kap. 3.2).

- **Aktuelle Krisenbedingungen**

- bestehen im wesentlichen aus
  - \* belastenden Maßnahmen der Eltern und anderer Bezugspersonen und
  - \* störenden Umweltbelastungen (Wohn-, sozioökonomische und gesetzl. Bedingungen)
- Störende Bedingungen sind aus gesunden abzuleiten: Klären, wie gesunde Maßnahmen und gesunde Bedingungen aussehen sollten.

#### 4. Praxis der Störungsanalyse

- Üblicherweise kommen die Eltern mit dem Kind wegen Anzeichen psychischer Störungen. Aufgabe des Therapeuten ist es, die Symptome im Rahmen umfassender Befragung und Beobachtung zu analysieren.
- Da der Therapeut in den relevanten Umweltsituationen nicht anwesend ist, muß er die Symptome ausführlich unter Angabe der Rahmenbedingungen schildern und/oder im Rollenspiel zeigen lassen.
  - Zu den wichtigen **interaktiven Rahmenbedingungen** gehören:
    - \* alle beteiligten Personen, in deren Gegenwart das symptomatische Verhalten auftritt;
    - \* ihre Äußerungen, Handlungen und Affekte;
    - \* ihre Erwartungen an das Kind und
    - \* der raumzeitliche Kontext.
  - Dabei ist es wichtig, die Interaktionsgeschehnisse *aus der Sicht des Kindes* wahrzunehmen und nicht aus der Sicht der Eltern.
- Es muß geklärt werden:
  - welche Bedürfnisse des Kindes nicht von den Eltern erfüllt werden (s.o.);
  - welche elterlichen Verhaltensweisen Mängel und Fehler aufweisen (s. o.);
  - die Ursachen für die *kindlichen Inkongruenzerlebnisse* (s.o.);
  - die Strebungen des gesunden Verhaltens, die durch die gestörten Selbstschemata (und Umweltbedingungen) eingeschränkt werden;
  - die Botschaft, die hinter den Symptomen steht. Diese gibt Hinweise,
    - \* wie sich das Kind eine optimale Verwirklichung seiner Interessen vorstellt;
    - \* welche Elternreaktionen es sich wünscht und
    - \* durch welche Aspekte des Elternverhaltens es sich am stärksten belastet fühlt.

#### 4.1 Überblick über die Vielfalt psychischer Störungen bei Kindern

- (s.S. 217): Es wird ein Katalog von psychischen Störungen vorgestellt, der sich sowohl am DSM-III-R als auch an die Psychotherapie-Richtlinien anlehnt.