



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Über die Arten und Qualitäten des
Symbolisierungsprozesses“

Verfasserin:

Petra Pillichshammer

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag^a. phil.)

Timelkam, Mai 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuer:

A 297
Pädagogik
Ao. Univ. – Prof. Dr. Robert Hutterer

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei meiner Familie bedanken, die mich immer unterstützt haben, um diesen Schritt zu wagen, studieren zu gehen. Zusätzlich möchte ich mich bei meinen Studienkolleginnen bedanken, die mir immer mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind.

Ich bedanke mich auch bei meinen Freunden, die mich in anstrengenden Zeiten unterstützt haben.

Des Weiteren bedanke ich mich bei meinem Arbeitgeber und meinen Kollegen für die Unterstützung und für den Zeitrahmen, den sie mir zur Verfügung stellen, um das Studium beenden zu können, für den fachlichen Austausch und die konstruktive Kritik und Hilfestellung.

Mein Dank gilt auch Herrn Dr. Robert Hutterer, der die Betreuung dieser Arbeit übernahm und mich bei der wissenschaftlichen Bearbeitung zu intensiver Recherche und Denkarbeit motivierte.

Zusammenfassung

Diese Diplomarbeit ist im Rahmen meines Studium und aus Interesse an der Entstehung der verschiedenen psychischen Störungen entstanden, die laut Rogers auf Anomalien im Symbolisierungsprozess zurückgehen (Rogers' Begriff der psychischen Fehlanpassung sei hier vorerst der Einfachheit halber mit dem Begriff Störung gleichgesetzt).

Aus der Durchsicht der literarischen Bestände ergab sich, dass die Diplomarbeit die Gestalt eines Reviews annahm, eines Zusammentragens zentraler Ergebnisse zu einem spezifischen Thema.

Eine Forschungslücke nahm ich darin wahr, dass zum gegebenen Zeitpunkt keine explizite Zusammenschau über den Prozess der Symbolisierung existierte. Hier galt es Abhilfe zu schaffen, damit diesem wichtigen Begriff in überblicksmäßiger Darstellung fachliche Aufmerksamkeit Interessierter gewidmet werden konnte. Die Intention konzentrierte sich besonders auf den Diskurs innerhalb der facheinschlägigen Psychotherapie, dem mithilfe dieser Arbeit die Bedeutung der Symbolisierung nahegebracht werden soll.

Der Symbolisierungsprozess ist ein zentraler Begriff in der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung, welcher von C. Rogers geprägt wurde. In dieser Diplomarbeit soll herausgefunden werden, ob und in welcher Form die Psychotherapeuten, die der Schule von Rogers angehören, der Symbolisierung Bedeutung zuweisen und wie sich der Umgang mit ihr entwickelte.

Es wurden für diese Arbeit neun unterschiedliche Autoren aus den letzten drei Jahrzehnten herangezogen, die sich explizit, aber auch teils implizit mit dem Symbolisierungsprozess beschäftigen. Im Ausarbeiten dieser Theorien der Autoren wurde jedoch klar, dass es verschiedene Ausgangspunkte, Schwerpunkte etc. innerhalb der verschiedenen Theorien gibt: war der Symbolisierungsprozess vom Gründer Rogers als „Scanner“, der prüft, ob Erfahren/Erleben ausreichend in die Gesamtpersönlichkeit integriert wurde, verstanden worden, so setzten manche nachfolgende Autoren diesen Prozess als irrelevant für die Therapie voraus und interessierten sich lediglich für die möglichst exakte Diagnose der daraus entstehenden Störungsbilder.

In jüngster Zeit jedoch wird von facheinschlägigen Autoren aus relevanten Gründen wieder bewusst auf den Symbolisierungsprozess Bedacht genommen, weil erkannt wurde, dass bereits in den ersten Interaktionen, also in der frühkindlichen Mutterbeziehung, die

Entstehung von Empathie über eben diesen Begriff der Symbolisierung verstanden werden kann.

Für den praktischen Bereich innerhalb der Bildungswissenschaften bedeutet diese Wende im Umgang mit der Symbolisierung, dass eine Mutter dem Kind eine möglichst empathische Beziehung anbieten sollte, damit das Kind die Möglichkeit hat, einen Symbolisierungsprozess zu entwickeln, in dem möglichst viele Erfahrungen/Erlebnisse etc. ganzheitlich integriert werden können; so kann bereits der kindliche Organismus konstruktiv damit umgehen, und es kommt in der Folge zu keinen psychischen Störungen wie etwa dem derzeit im therapeutischen Diskurs allgegenwärtigen Borderline-Syndrom.

1	PROBLEMSTELLUNG	1
2	METHODE	5
3	DER EXAKTE SYMBOLISIERUNGSPROZESS (C. ROGERS)	7
4	DER SYMBOLISIERUNGSPROZESS UND DIE ENTSTEHUNG DER STÖRUNGSBILDER (J. FINKE UND L. TEUSCH).....	11
4.1.	DIE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN J. FINKE, L. TEUSCH UND C. ROGERS	13
5	DER SYMBOLISIERUNGSPROZESS UND DIE INKONGRUENZ (G.-W. SPEIERER)	19
5.1.	DIE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN G.-W. SPEIERER, J. FINKE, L. TEUSCH UND C. ROGERS	24
6	DER SYMBOLISIERUNGSPROZESS UND DIE VERÄNDERUNG DER SCHEMATA (RAINER SACHSE)	31
6.1.	DIE DIFFERENZIERUNG VON DEN AUTOREN	36
7	DIE WIEDERKEHR DES SYMBOLISIERUNGSPROZESSES (E. M. BIERMANN- RATJEN, K. HEINERTH UND H. SPIELMANN)	41
7.1.	DER SYMBOLISIERUNGSPROZESS NACH E. M. BIERMANN-RATJEN	41
7.2.	DIE DIFFERENZIERUNG VON DEN ANDEREN AUTOREN	46
7.3.	DER SYMBOLISIERUNGSPROZESS NACH K. HEINERTH	48
7.4.	DIE DIFFERENZIERUNG VON DEN ANDEREN AUTOREN	52
7.5.	DER SYMBOLISIERUNGSPROZESS NACH H. SPIELHOFER	56
8.	DER SYMBOLISIERUNGSPROZESS UND DIE EMOTIONALEN SCHEMATA (L. GREENBERG).....	59
9.	DER SYMBOLISIERUNGSPROZESS UND DAS FOCUSING (E. GENDLIN).....	65
10.	DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE	70
	LITERATURVERZEICHNIS	75
	CURRICULUM VITAE	81
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	83

1 Problemstellung

Mein Interesse, mich mit der Entstehung und unterschiedlichen Ausprägung von psychischen Störungsbildern zu beschäftigen, wurde während meines Pädagogikstudiums geweckt. Ich habe begonnen meine Wahlfächer schwerpunktmäßig in der Abteilung für Psychiatrie des AKH zu absolvieren und habe Vorlesungen besucht, die sich jeweils mit nur einem Störungsbild beschäftigt haben, zum Beispiel nur mit Depressionen, nur mit Essstörungen, nur mit Sucht...

Da auch mein Schwerpunkt im Studium personenzentrierte Beratung und Psychotherapie gewesen war, lag es für mich auf der Hand, mich in die oben genannte Thematik zu vertiefen und mein Diplomarbeitsthema daraufhin auszurichten.

Wer sich mit „Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie“ beschäftigt, kommt nicht am Begründer dieser Therapieform vorbei: Carl Rogers. C. Rogers' Theorie und der von ihm geprägte Begriff der Symbolisierung bildeten den Ausgangspunkt meiner Arbeit und die Grundlage für meine Fragestellung. Deshalb soll an dieser Stelle C. Rogers' Theorie kurz umrissen werden:

Sie entwickelte sich in der Zeit von 1938 bis 1950 stetig weiter. Anfangs wurde diese Art der Therapieform „*nicht-direktive Beratungs- und Therapiemethode*“ genannt (Rogers, 2007, S. 18). Daraufhin wurde sie „*klientenzentrierte Psychotherapie*“ (Rogers, 2007, S. 18) genannt, da die Klienten durch eine besondere Atmosphäre selbst in der Lage sein sollten Entscheidungen beziehungsweise Lösungen zu treffen. Zusätzlich soll erwähnt werden, dass die Art der Umgangsform nach C. Rogers nicht nur dazu dient Psychotherapie zu betreiben, sondern auch in jeglichen zwischenmenschlichen Beziehungen ihren Platz findet.

Entstanden ist die Personenzentrierte Psychotherapie¹ im Grunde durch den Lebenslauf von C. Rogers, der anfangs in seiner Ausbildung mit der amerikanischen Psychologie konfrontiert wurde, später mit der „*Freudschen Denkrichtung*“ (Rogers, 2007, S. 20) sich bekannt machte und dann mit dem Schüler von S. Freud, Otto Rank. Rank war der Überzeugung, dass eine Psychotherapie dem Klienten behilflich sein soll und nicht dazu

¹ Es wird der Begriff „Personenzentrierte Psychotherapie“ und „personenzentriert“ verwendet; dies umfasst die von C. Rogers entwickelte nicht-direktive, klientenzentrierte oder personenzentrierte Psychotherapie. Sollte im Laufe der Arbeit eine andere Bezeichnung vorkommen, wurde dies von den zitierten Autoren übernommen.

dient, dass sich die Theorie des Therapeuten verbreitet. C. Rogers' Denkrichtung ist von sehr vielen Persönlichkeiten beeinflusst worden, jedoch hauptsächlich entstanden und entwickelt wurde diese Therapierichtung durch die Arbeit und Erfahrung mit und durch die Klienten.

Diese Art der Psychotherapie legt sehr großen Wert auf eine zwischenmenschliche Beziehung von zwei Personen, welche durch ihr ständiges Erweitern, Vertiefen und Wachsen eine Veränderung in der Person bringt. Diese Art der Therapieform ist deshalb sehr gut auf alle zwischenmenschlichen Bereiche anwendbar. Hier geht es um den Beziehungsprozess, wie die Person durch Personenzentrierte Psychotherapie wieder zu sich selbst findet, es wird weniger auf die auftretenden Symptome wertgelegt.

Um diese wachsende zwischenmenschliche Beziehung zu erreichen, werden von C. Rogers (2007) drei Therapeuteneinstellungen festgehalten:

„Die klientenzentrierte Orientierung zeichnet sich durch einen einheitlichen therapeutischen Ansatz aus, unabhängig davon, mit welchem diagnostischen Etikett der Klient oder Patient versehen wurde“ (Rogers, 2007, S. 22).

Diesen einheitlichen therapeutischen Ansatz sieht C. Rogers in den Kernbedingungen des Therapeutenverhaltens *„Echtheit“* beziehungsweise *„Kongruenz“*, *„präzises einführendes Verstehen“* beziehungsweise *„Empathie“* und *„Wertschätzung“* (Rogers, 2007, S. 23).

Unter Empathie beziehungsweise präzise einführenden Verstehen wird verstanden, dass der Therapeut genau und mit äußerster Vorsicht die Erlebnisse und Gefühle des Klienten aufnimmt; dieses Einfühlen in den Klienten heißt für den Therapeuten *„in der Welt des Klienten zu Hause“* (Rogers, 2007, S. 23) zu sein. Der Therapeut taucht in die Welt des Klienten völlig ein, jedoch mit der Vorsicht, dass der „als-ob“-Charakter nie verloren gehen. Der Therapeut taucht in die Welt des Klienten ein, als ob es seine eigenen Erlebnisse und Gefühle wären; um jedoch wieder aus dieser Welt auftauchen zu können, darf der Therapeut das „als ob“ nie verlieren. Durch dieses Eintauchen des Therapeuten entsteht zusätzlich noch ein Vorteil für den Klienten. Der Therapeut kann versuchen die Erlebnisse und Gefühle, die er erlebt, zu verbalisieren, wozu der Klient nicht in der Lage ist, und dadurch kann sich der Klient besser verstehen und sich dieser Erlebnisse und Gefühle bewusst werden.

Als nächstes möchte ich die Wertschätzung des Therapeuten erläutern. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, seinen Klienten völlig und ganz zu akzeptieren. Egal wie der Klient sich verhält, wer er ist, welche Äußerungen, Gefühle usw. er hat beziehungsweise äußert. Der Therapeut hat die Aufgabe, ihn vollständig zu akzeptieren und wertzuschätzen.

Für C. Rogers (2007) ist die dritte Therapeutenvariable ebenso wichtig und unabhängig, jedoch in Verbindung stehend mit den anderen beiden. Die Echtheit beziehungsweise Kongruenz des Therapeuten ist mitunter auch ein wesentlicher Unterschied zu den anderen Therapieformen. Kongruenz ist der Fachbegriff zur Echtheit, und dieser Begriff beschreibt, dass ein Therapeut in der Therapiesituation er selbst ist, sich keine Maske aufsetzt, seine Gefühle, die er erlebt, transparent den Klienten mitteilt. C. Rogers beschreibt dies wie folgt: *„Der Therapeut soll die Gefühle, die er erlebt, nicht vor sich selbst verleugnen und Gefühle, die in der Beziehung permanent wieder auftauchen, akzeptieren und auch äußern. Er soll der Versuchung widerstehen, sich hinter einer professionellen Maske zu verbergen“* (Rogers, 2007, S. 32).

Nach diesem kurzen Einblick in die Theorie und Begrifflichkeiten C. Rogers' lässt sich nun erkennen, dass die Beschreibung von Störungsbildern bei ihm noch keinerlei Relevanz hat.

Rogers vertat die Meinung, dass man in die Therapiesituation ohne Rücksicht auf Symptome eingehen soll. Es zählt nur der Mensch beziehungsweise die zwischenmenschliche Beziehung. Er schreibt sogar in seinem Buch *„Therapeut und Klient“* (2007), dass alle Menschen in der Psychotherapie gleich behandelt werden sollen, egal welche Diagnose sie vorab bekommen haben.

Mein Interesse gilt in dieser Arbeit jedoch dem Entstehensprozess, und darüber hinaus der unterschiedlichen Ausprägung von psychischen Störungsbildern. Der Theoriebildung, die auch noch nach Rogers in der „Personenzentrierten Psychotherapie“ stattgefunden hat, gilt es also auf der Spur zu bleiben.

Die Autoren Jobst Finke und Ludwig Teusch beispielsweise vertreten die Meinung, dass Störungswissen von besonderer Bedeutung in der Therapie ist. Sie gehen davon aus, dass Störungen durch versperrte und verzerrte Emotionen im Symbolisierungsprozess entstehen.

J. Finke und L. Teusch beginnen diverse Störungsbilder in ihrer Theorie zu beschreiben. Diesen beiden Autoren wird in meiner Arbeit ein Kapitel gewidmet, um ihre „störungsspezifische Perspektive“ zu erläutern und in Bezug zu C. Rogers zu setzen.

Als nächsten wichtigen Autor werde ich G.-W. Speierer erwähnen. Er geht davon aus, dass Inkongruenz durch verschiedene Bedingungen, wie zum Beispiel „organismische, sozialkommunikative und lebenserfahrungsbedingte“ Umstände entstehen können. Inkongruenz ist ebenso ein wichtiger Begriff von C. Rogers, der im Zusammenhang mit dem Symbolisierungsprozess steht. Auch die Theorien von R. Sachse, E. M. Biermann-Ratjen, K. Heinerth, H. Spielhofer, L. Greenberg und E. Gendlin werden in der folgenden Arbeit herangezogen.

Zum einfacheren Verständnis sind bei Verwendung maskuliner Personenbezeichnungen stets die femininen Formen mitgemeint.

2 Methode

Ich habe mich in der vorliegenden Arbeit der Methode der Hermeneutik bedient, da es sich um eine Literaturarbeit handelt und es meines Erachtens kaum wissenschaftliches Arbeiten ohne die von der Hermeneutik geprägten Hauptbegriffe „Verstehen“ und „Erklären“ (Danner, 1998, S. 34) geht.

Das Thema meiner Diplomarbeit hat sich im Laufe des Studiums aus dem von mir gewählten Schwerpunkt „Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung“ und den von mir besuchten freien Wahlfächern in der Psychiatrie ergeben.

Durch die verschiedensten Vorlesungen und Seminare, die ich im Laufe meines Studiums belegt habe, bildete sich ein besonderes Interesse an der Entstehung und unterschiedlichen Ausprägung von psychischen Störungen heraus. Da ich durch meinen Schwerpunkt „Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung“ bereits über Kenntnisse über die Zugangsweise von C. Rogers verfügte, schien mir dieses Thema sehr interessant.

Die Literatursuche stellte sich anfangs als Herausforderung dar. Erst über Fachzeitschriften bekam ich Zugang zur vorhandenen Literatur für mein Thema. Vorerst fokussierte ich meinen Blick auf die Weiterentwicklung in der Theoriebildung der „Personenzentrierten Psychotherapie“ nach C. Rogers. Besonders interessierte mich, in welcher Weise der von C. Rogers geprägte Begriff der „Symbolisierung“ von weiterfolgenden Autoren aufgegriffen oder weiterentwickelt wurde. Dabei stellte sich heraus, dass nach C. Rogers weniger Forscher-Augenmerk darauf gelegt wurde, wie sich der Symbolisierungsprozess an sich gestaltet und beschrieben werden kann. Der Schwerpunkt lag mehr auf der Erforschung und Beschreibung der aus dem Symbolisierungsprozess resultierenden Störungsbilder, der ja für C. Rogers' Therapieansatz noch keinerlei Bedeutung zukamen.

Diese Erkenntnis erlangte ich durch das hermeneutische Arbeiten, dass heißt das „*höhere Verstehen*“ (Danner, 1998, S. 59), welches in der Art einer kreisförmigen Gestalt geschieht; es kann anfangs der Eindruck entstehen, dass das vom Autor Geschriebene nicht verstanden worden ist. Doch je mehr sich der Leser mit der Thematik beschäftigt, desto besser wird später das Geschriebene verstanden.

Zu Beginn meiner Literaturrecherche war ich auf der Suche nach Literatur, in der der Begriff Symbolisierung vorgekommen ist. Im Laufe der Zeit und mit dem Verstehen der

Texte diverser Autoren habe ich entdeckt, dass dieser Begriff in dieser Form kaum vorkommt.

Aus meinem besonderen Interesse für die Entstehung und Ausprägung von psychischen Störungen und meinem Vorwissen ergab sich also meine Fragestellung:

Welche Rolle spielt nach C. Rogers der „Symbolisierungsprozess“ in der Theoriebildung der Personenzentrierten Psychotherapie und welche Störungsbilder werden als Resultat der im Prozess versperren und verzerrten Emotionen definiert?

Ausgehend von den Theorien C. Rogers' stieß ich auf die Autoren J. Finke und L. Teusch, die erstmals die störungsspezifische Perspektive in die Personenzentrierte Psychotherapie einbringen, danach folgten die AutorInnen: G.-W. Speierer, R. Sachse, E. M. Biermann-Ratjen, K. Heinerth, H. Spielhofer, L. Greenberg und E. Gendlin.

Diese Diplomarbeit stellt ein konzeptionelles Review dar, in welchem versucht wird, diejenigen Autoren zu behandeln, die sich mit dem Symbolisierungsprozess im weiteren Sinn befassen. Es sollen in dieser Arbeit Bedeutung, Weiterentwicklung und Funktionen des Symbolisierungsprozesses in jüngster Zeit dargelegt werden.

Eine große Herausforderung stellte dabei dar anhand der Lektürerecherche herauszufinden, inwieweit sich diverse Autoren implizit auf den Symbolisierungsprozess beziehen und/oder Rogers' Ausführungen voraussetzen. Sehr genaue und eingehende Lektüre machte mich im Zuge meiner Arbeit mit den Feinheiten der Personenzentrierten Psychotherapie vertraut.

Insofern zeigte sich für mich, wie die Auseinandersetzung mit Inhalten theoretischer Natur zu einem umfassenden Verständnis einer therapeutischen Praxis führen kann, die von eminenter Relevanz für eine große Zahl von Klienten ist.

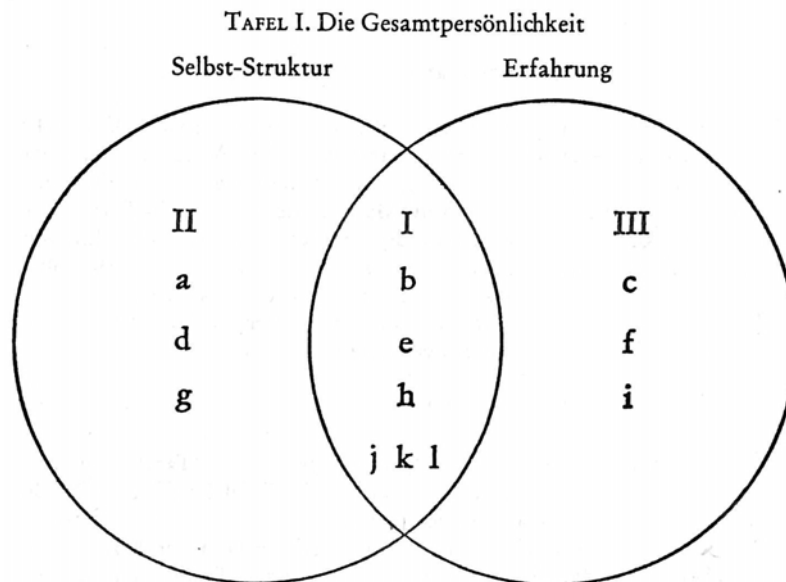
Die Recherche für diese Diplomarbeit fand hauptsächlich in den Bibliotheken der Institute für Psychologie und der Bildungswissenschaften statt, speziell in der Hauptbibliothek der Universität Wien, der Stadtbibliothek Wien, der Nationalbibliothek Wien, der Bibliothek der Naturwissenschaften in Salzburg und der Hauptbibliothek der Universität Salzburg.

3 Der exakte Symbolisierungsprozess (C. Rogers)

Eine kurze Einführung in die Entstehungsgeschichte der Personenzentrierten Psychotherapie und ihren Begründer Carl Rogers wurde bereits in der Problemstellung gegeben. Im Besonderen geht es nun um den „Symbolisierungsprozess“, der gleichzeitig der Ausgangspunkt für die Fragestellung der vorliegenden Diplomarbeit ist.

Der Symbolisierungsprozess ist ein Prozess, in dem geprüft wird, ob erlebte Emotionen mit dem Selbstkonzept harmonieren.

Dieser Prozess stellt eine wichtige Instanz für das psychische Wohlbefinden dar. Nicht alles was erlebt, erfahren oder gefühlt wird, stimmt mit dem Selbstkonzept überein, deshalb werden manche dieser Erlebnisse, Erfahrungen und Emotionen verzerrt symbolisiert, ein Teil davon auch ignoriert oder eventuell von der Symbolisierung ausgeschlossen, wie die von C. Rogers (Rogers, 2005, S. 451) übernommene Grafik zeigt.



Die Grafik als Ganzes zeigt uns die „Gesamtpersönlichkeit“, die Persönlichkeitsstruktur einer Person mit einer psychischen Anspannung. Der Kreis, welcher „Erfahrung“ genannt wird (Rogers, 2005, S. 451), zeigt alle Sinnes- und Körpererfahrungen. In

diesem Kreis ist alles enthalten, was das Individuum erfährt. Der nächste Teil ist die „Selbst-Struktur“ (Rogers, 2005, S. 452). Die Beschreibung dieses Kreises bringt die Bezeichnung bereits mit sich – es ist das unmittelbare Selbstkonzept gemeint, das mit den Erfahrungen und Emotionen übereinstimmt. Es beinhaltet Wahrnehmungen und Beziehungen des Individuums mit den im Zusammenhang stehenden Werten. Wichtig ist hier, dass das Erleben, die Erfahrungen und Emotionen dem Bewusstsein zugänglich sind. Rogers benennt die Kreise als „Zone I – III“ (Rogers, 2005, S. 452). Zone I ist die Schnittstelle zwischen der Selbst-Struktur und den Erfahrungen und Emotionen, welche in den Symbolisierungsprozess eindringen. Erfahrungen und Emotionen in dieser Zone sind Eins mit dem Selbstkonzept.

Wahrnehmungen, welche sich in Zone II befinden, wurden vom Symbolisierungsprozess verzerrt wahrgenommen. Dies geschieht, wenn Werte von der Umgebung introjiziert werden, das heißt es werden nur Teile wahrgenommen, das Individuum arrangiert sich mit dem Erlebten, den Erfahrungen beziehungsweise den Emotionen, obwohl es nicht die eigenen Sinnes- und Körpererfahrungen sind. Das Individuum nimmt diese an, um von der Umwelt geliebt, beachtet, etc. zu werden.

In Zone III schließlich befinden sich Erfahrungen und Emotionen, welche überhaupt nicht mit dem Selbstkonzept konform sind.

Weiters möchte ich beschreiben, wie sich in Sinne Rogers' eine psychische Fehlanpassung bzw. psychische Anpassung ereignen kann. Die psychische Fehlanpassung kann auf zwei Arten geschehen:

1) „[...] wenn der Organismus vor dem Bewusstsein wichtige Körper- und Sinnes-Erfahrungen leugnet, die dem zufolge nicht symbolisiert und in die Gestalt der Selbst-Struktur organisiert werden. Wenn diese Situation vorliegt, gibt es eine grundlegende oder potentielle psychische Spannung.“ (Rogers, 2005, S. 440). Das heißt wenn ein großer Teil des Erfahrenen nicht symbolisiert wird, können Spannungen entstehen. C. Rogers (2005) beschreibt dies als eine Abweichung von Organismus und Selbstkonzept bezüglich des späteren Verhaltens. „Dieses Selbst ist dann höchst unangemessen repräsentativ für die Erfahrung des Organismus.“ (Rogers, 2005, S. 440). Wenn Erfahrungen vom Selbstkonzept geleugnet werden, wird die Kontrolle schwieriger – es entsteht Spannung, und wird sich die Person dieser Spannung bewusst, bekommt sie Angst, die Person spürt, dass diese Spannung bzw. Angst nicht integriert ist. Es gibt einige Beispiele für diese Fehlanpassung, wo der Organismus nach

Bedürfnisbefriedigung sucht und das Selbstkonzept in der Klemme ist, weil viele Erfahrungen nicht integriert werden können.

Abschließend kann gesagt werden, dass Erfahrungen zumeist von anderen bewertet werden und das Selbstkonzept vor allem darauf basiert. Symbolisiert in diesem Sinn auch etwas, das nicht als selbst erfahren ins Bewusstsein eintritt, sondern übernommen worden ist. Dadurch entsteht eine Diskrepanz zwischen dem Selbstkonzept und der „*Erfahrungswelt*“ (Rogers, 2005, S. 441) nach und nach „[...] *als ein Gefühl von Spannung und Schmerz*“. (Rogers, 2005, S. 441).

2) Es wird vom Organismus ein Erlebnis, eine Erfahrung oder eine Emotion wahrgenommen, welche nicht mit dem Selbstkonzept übereinstimmt beziehungsweise kann es auch vorkommen, dass dieses Erlebnis, die Erfahrung oder die Emotion sogar als Bedrohung für das Selbstkonzept gesehen wird. Das Selbstkonzept wird sich aus Erhaltungsgründen vor dieser Bedrohung schützen, um einen psychischen Zusammenbruch zu vermeiden. C. Rogers (2005) schreibt dazu, dass der Organismus in ein Dilemma gerät, wenn viele Sinnes- und Körpererfahrungen verzerrt oder gar von der Symbolisierung ausgeschlossen werden. Da jede weitere Erfahrung als bedrohlich wahrgenommen wird, kann auf Basis des bereits vorhandenen ein falsches Selbstkonzept entstehen.

Unter psychischer Anpassung versteht C. Rogers (2005), wenn es dem Selbstkonzept gelingt, die Erlebnisse, Erfahrungen und Emotionen, die dem Organismus zugetragen werden, zu symbolisieren, wenn also diese Erfahrungen mit dem Konzept übereinstimmen. Daraus entsteht für die Aktualisierungstendenz die Möglichkeit sich weiterzuentwickeln und zu wachsen.

C. Rogers weist in seiner Persönlichkeitstheorie in zwei weiteren Punkten auf die Symbolisierung von Erfahrungen beziehungsweise Emotionen und deren (Fehl-) Anpassung hin.

In C. Rogers' Persönlichkeitstheorie unter Punkt XI wird nochmals darauf hingewiesen, wie der Symbolisierungsprozess arbeitet. „*Wenn Erfahrungen im Leben des Individuums auftreten, werden sie entweder a) symbolisiert, wahrgenommen und in eine Beziehung zum Selbst organisiert, b) ignoriert, weil es keine wahrgenommene Beziehung zur Selbst-Struktur gibt, oder c) geleugnet oder verzerrt symbolisiert, weil die Erfahrung mit der Struktur nicht übereinstimmt.*“ (Rogers, 2005, S. 202).

Über die Fehlanpassung heißt es in C. Rogers' Persönlichkeitstheorie unter Punkt XIV: „*Psychische Fehlanpassung liegt vor, wenn der Organismus vor dem Bewusstsein die Gestalt der Selbst-Struktur organisiert. Wenn diese Situation vorliegt, gibt es eine grundlegende oder potentielle psychische Spannung.*“ (Rogers, 2005, S. 203).

Ziel des Therapeuten soll es demnach sein, dass der Klient durch das Beziehungsangebot des Therapeuten selbst zu einer Art Verbesserung des Wohlbefindens finden kann und somit die Spannung, die der Klient fühlt, beseitigt wird.

Die Relevanz von Störungsbildern in der Theorie und Therapie bei C. Rogers

Wie bereits erwähnt, begegnet C. Rogers seinen Klienten in der Therapiesituation ungeachtet ihrer Störungsbilder auf die gleiche empathische Art und Weise. Störungsbilder haben keine Relevanz und werden daher auch nicht beschrieben.

In den folgenden Kapiteln soll nun exemplarisch anhand der Theorien namhafter Vertreter der Personenzentrierten Psychotherapie dargelegt werden, wie sich Theorie und Therapie weiterentwickelt und verändert haben.

Im der Folge wird von den Autoren J. Finke und L. Teusch die Rede sein, die es beispielsweise sehr wohl notwendig finden, Störungsbilder zu beschreiben, um adäquat therapieren zu können.

4 Der Symbolisierungsprozess und die Entstehung der Störungsbilder (J. Finke und L. Teusch)

Im vorherigen Kapitel wurden der Symbolisierungsprozess und die Relevanz der Störungsbilder nach C. Rogers dargelegt. Im folgenden Teil dieser Arbeit werde ich zwei weitere Autoren anführen, die sich als Personenzentrierte Psychotherapeuten verstehen, jedoch die Wichtigkeit des Symbolisierungsprozesses in der Entstehung der Störungsbilder anders betrachten als der Begründer dieser Therapierichtung.

Die Basis der Theorien von C. Rogers und J. Finke ist, dass beide davon ausgehen, dass es eine Veränderung des Menschen durch das Verstehen seiner selbst geben kann. Zusätzlich steht bei J. Finkes „störungsspezifische Perspektive“ das Inkongruenzmodell im Vordergrund. Ihren Ausgangspunkt hat Finkes Persönlichkeitstheorie in Rogers' Arbeit. In deren Zentrum steht die Aktualisierungstendenz, die für die bestmögliche Entwicklung und Entfaltung der Person verantwortlich ist. Diese Tendenz ist in der Lage, die gesamten Erfahrungen, Erlebnisse, Emotionen der Person einzuschließen, woraus sich wiederum das „*organismische Erleben*“ (Finke, 2002, S. 9) ergibt. Durch das organismische Erleben, welches sich durch die Aktualisierungstendenz ergibt, bildet sich das Selbstkonzept, das Selbst einer Person. Es nimmt J. Finke hier Bezug auf C. Rogers, da auch er der Meinung ist, dass sich die Person als kongruent und somit als gesund erfährt, wenn das organismische Erleben und das Selbstkonzept übereinstimmen.

Zusätzlich bezieht J. Finke in seine Persönlichkeitstheorie die „*sozialen Bedürfnisse*“ (Finke, 2004, S. 9) mit in die Entwicklung ein.

Im nächsten Punkt ist ebenfalls eine Anlehnung an C. Rogers zu sehen. J. Finke spricht von „*Selbstentwertung*“ (Finke, 2002, S. 9). Der Begriff ist so zu verstehen, dass eine Person Werte vermittelt bekommt, welche nicht unbedingt zum Selbstkonzept passen. J. Finke schreibt hierzu, dass die Person die „[...] *als negativ bewerteten Aspekten ihres organismischen Erlebens ausblendet bzw. nicht symbolisiert*“ (Finke, 2002, S. 9).

Im Prinzip kann gesagt werden, dass sich die Störungstheorie von J. Finke auf drei Punkte von Rogers' Theorie bezieht: 1) Die Aktualisierungstendenz, 2) die zwischenmenschliche Beziehung und 3) die Inkongruenz.

Die Aktualisierungstendenz nach J. Finke und L. Teusch

Durch schwere negative Erfahrungen entsteht die Fehlentwicklung des Selbstkonzepts. Finke schreibt (2004), dass diese Fehlentwicklungen durch schwere Traumata in der Kindheit beziehungsweise in der Jugend entstehen. Er beschreibt dies als „*Dysregulation der emotional-motivationalen Steuerungs- und Abstimmungsvorgänge*“ (Finke, 2002, S. 11). Finke (2002) schreibt, dass es wegen der als schwerwiegend erlebten Erfahrungen zu Problemen der Aktualisierungstendenz kommen kann.

„*Auf Grund dieser traumatisierenden Erfahrungen ist es zur Entkopplung von Gefühlen und Bedürfnissen aus dem Gesamtzusammenhang des Erlebens und zur emotionalen Fixierung auf die durchlittenen Situationen gekommen.*“ (Finke, 2002, S. 11). Das heißt, dass diese Erfahrungen nicht mit dem Selbstkonzept übereinstimmen und sich das Selbst durch das Trauma nicht optimal entwickeln kann.

Die Inkongruenz nach J. Finke und L. Teusch

Dieser Begriff kommt bei J. Finke und L. Teusch in derselben Bedeutung wie bei C. Rogers vor. Es liegt eine Inkongruenz bei einer Person vor, wenn „[...] *Werte identifiziert, die mit seinem Eigensten, organismischen, nicht symbolisierten Wünschen und Bedürfnissen im Widerspruch stehen.*“ (Finke, 2002, S. 12) Es besteht ein Widerspruch zwischen der Aktualisierungstendenz und dem Selbstkonzept. Eignet sich die Person Werte an, welche nicht mit dem Selbstkonzept übereinstimmen, besteht eine Bedrohung für das Selbstkonzept. Zum Beispiel führt Finke (2004) hier an, dass die neurotische Störung typischerweise auftritt, wo Personen zwischen sozialen und eigenen Bedürfnissen stehen.

Die zwischenmenschliche Beziehung nach J. Finke und L. Teusch

Damit meint Finke, dass die Entwicklung und Entfaltung der Person und ihrer eigenen Tendenz auf das soziale Umfeld angewiesen ist, sich also eine Person ohne soziales Umfeld nicht adäquat entwickeln kann; jedoch steckt hier auch eine Bedrohung: wenn das Umfeld negativ ist beziehungsweise soziale Normen nicht zum Selbstkonzept passen, kann das Selbstkonzept darunter leiden. Um als Person gesund bleiben zu können,

schreibt Finke (2002), ist es für diese wichtig, zu den persönlichen Emotionen zu stehen und sich als Person von gesellschaftlich vermittelten Normen loszusagen. Personen werden durch Beziehungen geprägt, und sollte es der Fall sein, dass eine Person schlechte Erfahrungen mit Beziehungen macht, wird sich in späteren Beziehungen diese schlechte Erfahrung in der Beziehungsinteraktion zeigen. Zum Beispiel führt Finke an, dass bei Personen, welche ständig negative Beziehungserfahrungen erleben oder deren Selbstwert untergraben wird, als Ausdruck dieses Erlebens Symptome wie Depression und Angst vorkommen können.

Als nächsten Teil möchte ich auf die von Finke genannte „*Symbolisierungshypothese*“ (Finke, 2002, S. 30) eingehen. Finke meint ebenso wie Rogers, dass eine Person nur gesund beziehungsweise kongruent sein kann, wenn diese ihre Erfahrungen und Emotionen exakt symbolisieren kann.

4.1. Die Unterschiede zwischen J. Finke, L. Teusch und C. Rogers

Finkes Beweggrund für die Weiterentwicklung der Theorie von Rogers ist darauf zurückzuführen, dass Finke davon ausgeht, dass es in der Therapiesituation eine große Rolle spielt, das Störungsbild des Klienten zu kennen. Aus diesem Grund nimmt er die „*störungsbezogene Perspektive*“ (Finke, 2007, S. 227) ein. Im Prinzip ist dies ein Gegensatz zu Rogers' Therapieform, da dieser ungeachtet der Störung jedem Klienten gleich gegenübertritt. Finkes Prinzip jedoch ist es, Störungswissen zu haben, da er (2007) davon ausgeht, dass Störungen verschiedener Behandlungen bedürfen. Dies beschreibt er wie folgt: „*Vielmehr machen die Eigenart der Störung und die Eigenart der mit ihr interagierenden Persönlichkeit es nötig, Unterschiede in störungsbedingten Erlebens- und Verhaltensmustern der Klienten auch einsichtlich des jeweiligen Therapiekonzeptes zu berücksichtigen.*“ (Finke, 2007, S. 227). Das heißt, dass die Störungen der Person mit ihrer Persönlichkeit zusammenhängen. Diese Art der Therapie geht davon aus, dass die „*verzerrt symbolisierten Aspekte auch störungs- bzw. persönlichkeitsabhängig zu sehen*“ sind (Finke, 2002, S. 148).

Zusätzlich hat sich in Finkes Theorie eine Weiterentwicklung von C. Rogers' Theorie ergeben, da es nämlich Rogers' anliegen war, anhand der Therapiesituation, das heißt durch die Beziehung von Therapeut und Klient, die Situation des Klienten zu verbessern. Finkes (2007) Ziel ist es, durch seine Therapietechnik zu einer Veränderung der

Symptomatik zu erlangen. Er schreibt (2007), dass es von Bedeutung ist, eine Diagnose zu stellen und ein Handlungskonzept zu beschreiben. Auf Grund dieses Handlungskonzeptes geht es ihm um ein Therapieziel.

Um anschließend auf die Parallelen und Unterschiede zwischen C. Rogers' und J. Finkes Theorien einzugehen, soll noch erwähnt werden, dass Finke seine Theorie als ein Konstrukt zwischen Störungsbildern der Klassifikationssysteme ICD und DSM, des Inkongruenzmodells und in einer persönlichkeits-theoretischen Annahme sieht.

Als klarer Unterschied zu Rogers wird hier ersichtlich, dass Finke (2002) meint, der Therapeut, auch der Gesprächspsychotherapeut, komme um eine Diagnostik nicht herum. Finke weist jedoch explizit darauf hin, dass es verschiedene Arten der Diagnostik gibt – zum Beispiel die *„Ebene der Persönlichkeitsdiagnostik“* (Finke, 2002, S. 80). Ein wichtiger Aspekt dieser Diagnostik ist, wie der Name schon sagt, die Persönlichkeit, worauf in der Therapiesituation großer Wert gelegt wird. Ein besonderes Augenmerk wird hier auf die *„Selbstexploration“*, das *„Selbstkonzept“*, das *„Fremdkonzept“*, das *„Beziehungserleben und Interaktionsverhalten“*, die *„Emotional-intentionalen Fähigkeiten“* und das *„organismische Erleben“* (Finke, 2002, S. 80) des Patienten gelegt. Die zweite Ebene, welche hier interessant ist, ist die, die sich mit der Störung an sich und deren Entstehen beschäftigt. In diesem Zusammenhang besteht laut J. Finke (2002) auf alle Fälle ein Bezug zwischen der Persönlichkeit und dem Störungsbild der Person. Es ist für ihn von großer Bedeutung, von der Art der Störung des Klienten Kenntnis zu haben, da es ihm anhand des Wissens um die Störung leichter fällt mit dem Klienten umzugehen, zumal an jeder Störung *„Schlüsselthemen“* (Finke, 2007, S. 234) hängen. Diese Schlüsselthemen haben einen hohen Stellenwert in der Arbeit von Finke. Er spricht von Erleben und fasst diese zu Schlüsselthemen der Störungen zusammen. J. Finke (2007) ist der Meinung, dass dieses Erleben im Zusammenhang mit der Störung und der Persönlichkeit steht und dieses wiederum zum Verhalten des Patienten. *„Das durch diese Themen charakterisierte Erleben wird durch die Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen mitbestimmt, d. h. durch das Selbstkonzept (Selbstideal und Selbstbild) einerseits und durch die „organismische Erfahrung“ andererseits“* (Finke, 2002, S. 238). Es wird hier von „Störung“ gesprochen, nach J. Finke (2005, S.59) ist mit dem Begriff Störung *„eine Verschränkung von Störung und Persönlichkeit“* gemeint.

Die Depression nach J. Finke und L. Teusch

Vorab muss erwähnt werden, dass hier von leichten und mittleren Depressionen die Rede ist. J. Finke schreibt in seinen Publikationen meist Erfahrungswerte nieder, auch bei dieser Annahme handelt es sich um eine Erfahrung aus seiner Praxis. Patienten berichten ihm, dass sich ihr Zustand erst durch ein Ereignis ergab. Es kann davon ausgegangen werden, dass das „*Verlusterlebnis*“ (Finke, 2007, S. 238) mit dem Selbstkonzept des Klienten nicht in Übereinstimmung ist. Hier ist klar ein Unterschied zu Rogers zu sehen, da Finke von konkreten Situationen, Erlebnissen und Symptomen ausgeht. Außerdem schreibt Finke, dass es auf Grund dieser schmerzlichen Verlusterfahrung passieren kann, dass das Selbstkonzept des Klienten versucht nicht diesen Verlust zu verarbeiten, sondern dieses Erleben zu verleugnen. Im rogerianischen Sinn kann der Symbolisierungsprozess diese Erfahrung von Verlust, welche zur Emotion der Trauer werden kann, nicht in das Selbstkonzept integrieren.

Finke schreibt im Zusammenhang mit Depression von den Emotionen „*Angst und Wut*“ (Finke, 2007, S. 240) was wiederum auf Rogers rückgeführt werden kann, welcher bereits erwähnte, dass in diesem Fall bei Klienten mit depressiven Anzeichen die beiden Emotionen Angst und Wut nicht symbolisiert werden konnten. Auf Grund dieser Emotionen kann es passieren, dass das Selbstkonzept Schuldgefühle auslöst. Nach Finke (2007) und auch Rogers ist es für eine Person, die an Depressionen leidet, ein Problem, dass das Gefühl von Stärke nicht richtig symbolisiert wird, da dieses Gefühl nicht zu einem negativen Stellenwert passt, somit nicht zum Selbstkonzept einer depressiven Person. Zusätzlich besteht eine „*große Diskrepanz zwischen Selbstbild und Selbstideal [...]*“ (Finke, 2007, S. 234). Es ist auch noch zu erwähnen, dass eine Person, die an Depressionen leidet, stets bemüht ist sich anzupassen, Zuwendung und permanent Harmonie sucht, ferner, dass die Person mit Depression in Abhängigkeit zu anderen Personen steht. Den ursprünglichen Bezugspersonen wird mit Ärger gegenübergetreten, und diese Emotionen können nicht symbolisiert werden. Finke schreibt diesbezüglich, dass Personen mit Depressionen ihr Selbstideal auf Harmonie und Selbstlosigkeit ausrichten; hierbei stehe dem Individuum nur die Abwehr beziehungsweise die verzerrte Symbolisierung von „*Autonomie, Abgrenzung und selbstbehauptender Individualität*“ (Finke, 2002, S. 88) zur Verfügung. Er schreibt, dass diese Bedürfnisse außen vor

gelassen werden, denn sonst bestehe für das Selbstkonzept Gefahr. Diese Art von Selbstkonzept kann durch Bezugspersonen entstehen, welche entweder „überfürsorglich“ sind oder dem entgegengesetzt wenig „Anerkennung, Zuwendung oder Wertschätzung“ (Finke, 2002, S. 88) dem Klienten entgegenbrachten.

Die Angststörung nach J. Finke und L. Teusch

Als weiteres Störungsbild nach Finke stelle ich die Angststörung, die dazugehörigen Emotionen und Symbolisierung vor. Finke (2007) schreibt, dass aus zahlreichen eigenen Studien und auch aus Artikeln seiner Kollegen hervorgeht, dass es sich bei der Angststörung um eine Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung handelt, primäre Emotionen von den Bezugspersonen wenig beachtet worden sind. Primäre Emotionen sind nach Biermann-Ratjen (1993) Angst, Trauer, Aggression sowie auch Freude. Auf Grund dieser Beeinträchtigung der Person beziehungsweise durch das nicht Vorherrschen dieser primären Emotionen im Selbstkonzept können diese später auch nur schwer in das Selbstkonzept aufgenommen werden. Bei Personen mit Angststörungen spielt das soziale Umfeld, in dem sie aufwachsen, eine wichtige Rolle. In den Therapiesitzungen von Finke gab es Klienten, die eine „überängstliche, selbstunsichere“ (Finke, 2007, S. 248) Bezugsperson und/oder eine „impulsive bzw. gewalttätige“ (Finke, 2007, S. 248) Bezugsperson hatten, und infolgedessen seien die Entwicklungsbedingungen dieser Klienten erschwert worden.

In einer weiteren Publikation von L. Teusch und J. Finke wird darauf Bezug genommen, dass es bei Patienten mit Angststörungen daran lag, dass sie in frühen Kinderjahren bei der Mutter oder dem Vater „einen Mangel an elterlicher Empathie gegenüber den Bedürfnissen des Kindes und vor allem ein mangelndes Akzeptieren und Anerkennen von Selbstständigkeitsregung“ (Teusch & Finke, 1997, S. 415) erlebt hatten.

Es muss hier noch angeführt werden, dass im Selbstkonzept dieser Klienten das Gefühl von Angst nicht abgezeichnet worden ist. Finke (1997) weist daraufhin, dass Klienten mit Angststörungen ein extremes Verlangen nach Geborgenheit haben, ihnen jedoch dieses Bedürfnis nicht bewusst ist. Finke (2002) schreibt, dass bei Klienten mit Angststörungen ein Widerspruch zwischen dem Selbstkonzept und dem organismischen Erleben vorherrscht – das Selbstkonzept möchte Geborgenheit und Sicherheit, das organismische Erleben möchte Ungebundenheit und Freiheit; diese Inkongruenz

beziehungsweise Diskrepanz stürzt das Selbstkonzept in ein Dilemma, der Klient kann das Gefühl, zum Beispiel Sehnsucht nach Freiheit, nur verzerrt symbolisieren, da dieses Gefühl nicht im Selbstkonzept enthalten ist. Finke schreibt zum Beispiel *„Die Agoraphobie kann so in symbolisierter Verkleidung [...] die Angst vor Einsamkeit und Verlassenheit als die Kehrseite von Freiheit und Ungebundenheit darstellen.“* (Finke, 2002, S. 99)

Die Persönlichkeitsstörung, speziell die Borderlinestörung nach J. Finke und L. Teusch

Der nächste Teil handelt von Persönlichkeitsstörungen, genauer von der Frage, welche Art von Symbolisierung hier dargelegt wird. Finke (2002) schreibt, dass es bei Persönlichkeitsstörungen hauptsächlich darum geht, dass der Klient nicht in der Lage ist seine eigenen Emotionen genau zu symbolisieren. *„Emotionen werden diffus und undifferenziert, aber auch schnell als überwältigend erlebt“.* (Finke, 2002, S. 110). Als Folge dieser mangelhaften Symbolisierung der Emotionen ergibt sich, dass das Selbstkonzept in sich instabil ist und *„[...] ein diffuses, wenig konturiertes und kohärentes sowie auch wenig konstantes Selbstkonzept [...]“* (Finke, 2002, S. 110) ergibt.

Finkes theoretische Darstellung der Persönlichkeitsstörung lautet folgendermaßen: *„Es resultiert eine Schädigung der gesamtorganismischen Tendenz als Basis der oben genannten Funktionsstörungen. Durch diese Annahme wird das zusätzliche Wirken einer Inkongruenz, also die Blockierung der (bereits geschädigten) organismischen Tendenz, nicht ausgeschlossen. Aber Persönlichkeitsstörungen sind eben nicht nur als eine (inkongruenzbedingte) Blockade, sondern auch als eine (biologisch und/oder psychosozial bedingte) Störung des organismischen Erlebens [...] zu verstehen, aus der ein Mangel an emotional-intentionalen Fertigkeiten resultiert.“* (Finke, 2002, S. 110).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung nach J. Finke und L. Teusch

Finke schreibt (2002), dass es sich bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung um eine Störung handelt, in der der Klient seine Impulse nicht mehr unter Kontrolle hat und Wutanfällen ausgesetzt ist, welche sich seiner Kontrolle entziehen. Zusätzlich ist ein

Klient mit einer Borderlinestörung seinen schnell wechselnden Stimmungsschwankungen ausgesetzt, die oft unbegründet sind, und es kommt noch dazu, dass diese Klienten meist von einem extremen Leeregefühl geplagt werden. Eine Beziehung mit Borderline-Klienten gestaltet sich meist als schwierig, da diese durch „*unbegründete Eifersucht*“, „*Näheängste*“ oder auch einer „*Neigung zu Exzessen*“ (Finke, 2002, S. 112) geprägt ist.

Das Selbstkonzept eines Borderline-Klienten wird von Finke als „*inkonsistent und inkonstant*“ (Finke, 2002, S. 112) beschrieben, zusätzlich wird der Klient einem sich schnell ändernden Selbstwerterleben ausgesetzt. Auch das organismische Erleben ist zerrüttet, dies ist nach Finke von „*heftigen und abrupt wechselnden Emotionen bestimmt, die nur ungenügend symbolisiert werden [...]*“ (Finke, 2002, S. 112).

Das heißt, dass das Selbstkonzept eines Borderline-Klienten sich aus einer Ambivalenz von Zuneigung und Abhängigkeit und aus der Angst vor Nähe zusammensetzt. Diese Ambivalenz des Selbstkonzeptes ist einerseits durch die Autonomie des Klienten und andererseits durch das Bedürfnis nach grenzenloser Nähe verzerrt symbolisiert. Finke (2002) schreibt dazu, dass die Inkongruenz in dieser Ausprägung durch die „*widersprüchlichen und traumatisierten Beziehungserfahrungen in der Kindheit*“ (Finke, 2002, S. 113) des Klienten geprägt wurde.

Die Bezugspersonen von Borderline-Klienten haben ihnen das Gefühl von ständig wechselnder Zuneigung und Wertschätzung und dadurch einen Mangel an Kongruenz gegeben. Die Klienten erhielten somit Entwertung, ein konfuse Selbstkonzept und auch ein konfuse Identitätserleben. Borderline-Klienten haben große Angst vor einer Wiederholung von solch widersprüchlichen Beziehungen. Schlüsselthema beziehungsweise Emotionen, die in diesem Fall vorrangig sind: Ärger und Wut.

Finke spricht auch von starker „*innerer Spannung*“ (Finke, 2005, S. 62); diese Spannung kann durch plötzliches Auftreten von Wut und/oder Ärger entstehen. Finke (2005) schreibt, dass diese Störung darin besteht, „*dass viele organismische Erfahrungen im Selbstkonzept nicht exakt symbolisiert werden. Vielmehr ist im Selbstkonzept dieser Patienten auch Widersprüchliches und wenig Konstantes symbolisiert, dieses ist also inkohärent und sehr wechselhaft.*“ (Finke, 2005, S. 62).

5 Der Symbolisierungsprozess und die Inkongruenz (G.-W. Speierer)

In diesem Kapitel wird die Personenzentrierte Psychotherapie nach Gert-Walter Speierer dargelegt. Das „*Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie*“ (Speierer, 2002, S. 163) wie G.-W. Speierer sein Modell nennt, entstand auf der Basis von C. Rogers. In dieser Theorie steht auch die Person bzw. die zwischenmenschliche Beziehung im Vordergrund. Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird auch von DIM gesprochen, der Abkürzung für „*Differenzielles Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie*“.

Auch bei der Vorstellung dieser Theorie wird gleich zu Beginn von einem Inkongruenzleiden gesprochen, dies tritt ein, wenn das Selbstkonzept und die erlebten Erfahrungen nicht im Einklang stehen. Speierer (2002) führt auch an, dass es durch die Therapeutenvariablen möglich ist eine „Reorganisation“ zwischen dem Selbstkonzept und den Erfahrungen zu erreichen: „*Der Kongruenzbegriff wird im DIM erweitert um die Bedeutung von erlebter Vereinbarkeit sowie Verträglichkeit der Erfahrungen einer Person mit ihrem Selbstkonzept, ferner der Vereinbarkeit von organismischen, sozialkommunikativen und durch andere Lebenserfahrung bedingte Anteile des Selbst untereinander*“. (Speierer, 1994, S. 25).

Die Aktualisierungstendenz nach G.-W. Speierer

Ausgehend von den wichtigen Begriffen und Instanzen für dieses Modell ist auch hier wieder die Aktualisierungstendenz eines der wichtigsten Erhaltungsmechanismen des Organismus. Speierer übernimmt den Ausdruck der Aktualisierungstendenz von Rogers und erweitert den Begriff noch. C. Rogers spricht davon, dass die Aktualisierungstendenz absolut und als Eigenes des Menschlichen bestehe. G.-W. Speierer (2002) sieht diese Tendenz eher als veränderliche Größe, die nicht nur durch äußere Umstände wie zum Beispiel zwischenmenschliche Belange, sondern auch als innere Instanzen, dass heißt durch „*bioneuropsychologische individuelle*“ (Speierer, 2002, S. 164) Veranlagung als nicht optimal entfaltet werden kann. Speierer vollzieht unter Berücksichtigung dieser oben angeführten Abweichung der Aktualisierungstendenz eine Abweichung beziehungsweise Erweiterung zu C. Rogers' Therapietheorie. Speierer (2002) schreibt, dass in jedem Fall die Indikation und die Diagnose in die Therapiesituation mit einbezogen werden muss.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass G.-W. Speierer im Grunde auf C. Rogers' Theorie aufbaut, er erweitert das Konzept der Aktualisierungstendenz um das Wissen, dass die Tendenz auch auf Grund individueller, zum Beispiel neuropsychologischer, Ursachen defekt sein kann.

Das Selbstkonzept nach G.-W. Speierer

Das Selbst beziehungsweise das Selbstkonzept oder auch das Selbstbild bedeutet auch hier wieder dasselbe wie bei C. Rogers. G.-W. Speierer beschreibt dies kurz und einfach mit den Worten *„Das Selbstkonzept oder Selbstbild ist der Repräsentant des Menschen als Subjekt, die individuelle Persönlichkeit.“* (Speierer, 1994, S. 31). Das heißt, dass das Selbst als *„denkendes, fühlendes und handelndes Subjekt“* (Speierer, 2002, S. 165) zu sehen ist. Das Selbst hat seine eigene Bewertung, sei es auf der Gefühls-, Persönlichkeits- oder der kognitiven Ebene; dadurch werden die Wahrnehmungen und das Erleben zu diesen Ebenen in Bezug gesetzt, und damit steht das Selbst in Bezug zu sich selbst und zu anderen Personen.

Die Theorie des Selbstkonzeptes wird nach G.-W. Speierer in drei Teile geteilt, die sich wie nachstehend beschreiben lassen:

- 1) *„Die organismische Bewertung und die Aktualisierungstendenz werden als Ergebnis der Evolution und der individuellen bio-neuropsychologischen Disposition des Menschen betrachtet.“* (Speierer, 2002, S. 165)
- 2) *„Die Wertintroyekte mit ihren Bewertungs- und Handlungsmaximen werden vorzugsweise als Ergebnis der primären Sozialisation und dabei speziell der erlebten Qualität der sozialen Kommunikation im Sinne von unbedingter Wertschätzung, Kongruenz, empathischem Verstehen und dem Gebrauch von Symbolen durch die bedeutungsvollen Bezugspersonen angenommen.“* (Speierer, 2002, S. 165)
- 3) *„Als Lebenserfahrungs- bzw. Lebensgestaltungsstrukturen werden Bewertungsschemata und Lebenspläne bezeichnet. Sie werden lebenslänglich als Folge von Lebensereignissen, der Lebenssituation und des gesellschaftlichen Umfelds erworben und in das Selbst integriert.“* (Speierer, 2002, S. 165)

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass das Selbst aus einem Komplex von angeborenen Bewertungen von außen und dem Umstand, dass das Selbst wählt, was für es am besten ist, besteht.

Die Inkongruenz nach G.-W. Speierer

Die Inkongruenz ist bei G.-W. Speierers Therapietheorie das wichtigste Element. Es handelt sich hier um eine Theorie in der Abweichungen von Erlebten und dem Selbstkonzept das um und auf sind, diese Abweichung wird Inkongruenz genannt. In seinem Handbuch „Das Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM)“ aus dem Jahr 1994, schreibt er dass die Inkongruenz aus drei verschiedenen Quellen entspringen kann. Er nennt diese Quellen „1) *die dispositionelle Inkongruenz* 2) *die sozialkommunikative Inkongruenz* und 3) *die lebensereignisbedingte Inkongruenz*“. (Speierer, 1994, S. 49).

Das Inkongruenzerleben allgemein beschreibt G.-W. Speierer (1994), dass es Erfahrungen für den Menschen gibt, die mit dem Selbstkonzept nicht vereinbar sind und dadurch für das Konzept eine Bedrohung darstellen. Es kann sein, dass diese durch Strategien des Konzeptes verträglich gemacht werden, kompensiert „oder durch *Inkongruenztoleranz*“ (Speierer, 1994, S. 49) ertragen werden. Weiters schreibt er, dass psychogene Störungen durch Erfahrungen, die nicht zum Konzept passen, entstehen, oder durch ein Inkongruenzerleben, welches sich durch Dekompensation manifestiert hat. Speierer erweitert in seinem Modell die von Rogers geprägte „*Inkongruenztheorie psychischer Störungen*“ (Speierer, 1994, S. 49).

Er erwähnt in diesem Zusammenhang, dass nicht jede Person, welche inkongruent ist, an einer psychischen Störung leidet – es muss schon ein gewisses Maß, eine starke Inkongruenz überschritten werden. Dazu schreibt er: „*Psychogen Kranke sind nicht fähig, persönlich bedeutsame Teile ihrer vergangenen, gegenwärtigen und vorgestellten zukünftigen Erfahrung mit sich selbst, ihren Bezugspersonen und ihrer Umwelt mit ihrem aktuellen Selbstkonzept kongruent zu erleben, m. a. W. mit ihrem derzeitigen Selbstkonzept in Einklang zu bringen, zu tolerieren, selbstverträglich zu machen oder in das Selbstkonzept zu integrieren. Stattdessen erleben sie die Inkongruenz ihrer Erfahrungen zum Selbstkonzept, d.h. ihr Selbstbild wird durch Erfahrungen in Frage gestellt, abgewertet, bedroht, falsifiziert oder vernichtet.*“ (Speierer, 1994, S. 50).

Ein am Rande der Gewährwerdung stehendes Erlebnis, welches zwar in gewisser Weise bewusst wahrgenommen wird, jedoch bedrohlich für das Selbstkonzept ist, stellt auch bei Speierer einen Indikator für seelisches Leiden dar. Speierer (2002) meint vereinfacht, dass die Inkongruenz aus drei verschiedenen Quellen entstehen kann, aufgrund derer eine Person, die nicht gelernt hat Wertschätzung zu symbolisieren, nicht damit umgehen kann; auf Grund dieser Nicht-Erfahrung kann sich eine weitere Inkongruenz ergeben.

Die erste Form der Inkongruenz ist die, dass, wie bereits erwähnt, die Erfahrungen, die die Person macht, mit ihrem Selbstkonzept nicht übereinstimmen. Diese Entstehungsform von Inkongruenz nennt Speierer „*Konfliktkongruenz*“ (Speierer, 2002, S. 168), da solche Inkongruenzen aus einer Konfliktsituation heraus entstehen.

Die nächste Form der Inkongruenz nennt Speierer (2002) die „*Stressinkongruenz*“. Damit ist eine Inkongruenz gemeint, in der die betroffene Person mit einer Erfahrung in Berührung kommt, welche für das Selbstkonzept nicht tragbar ist.

Es ist noch anzuführen, dass jede einzelne Form der Inkongruenz alleine oder in Kombination auftauchen kann.

Im Weiteren möchte ich genauer auf drei von Speierer erwähnte Inkongruenzquellen eingehen.

Die dispositionelle Inkongruenz nach G.-W. Speierer

Die dispositionelle Inkongruenz kann nach G.-W. Speierer (1994) dadurch entstehen, wenn die Person ein angeborenes Defizit an Kongruenzfähigkeit aufweist. Speierer verwendet hier auch den Begriff „*Inkongruenztoleranz*“ (Speierer, 1994, S. 54), was bedeutet, nicht kongruenzfähig zu sein. Diese Inkongruenztoleranz kommt nicht zustande, weil es an der Kommunikation mit der Umwelt mangelt. Diese Art der dispositionellen Inkongruenz entsteht durch einen Mangel im Organismus. Die Erfahrungen, die dieser Organismus erlebt, können weder aktualisiert noch ist das Konzept des Selbst integriert werden.

Ebenso wird es als dispositionelle Inkongruenz gesehen, wenn es dem Organismus gelingt Erfahrungen wahrzunehmen und er ein geringes Kongruenzleben in das Selbstkonzept integrieren kann. Diese Erfahrungen können keineswegs organismisch in das Selbstkonzept integriert werden.

G.- W. Speierer stellt als weiteren Bereich der dispositionellen Inkongruenz (1994) ein Manko an der Verarbeitung von Informationen fest. Durch diesen Mangel an Informationsverarbeitung entstehen falsche Erfahrungen aus der Körpersprache, aus dem Denken, dem Fühlen und dem Handeln, es entsteht eine gestörte Erfahrung der Umwelt, wodurch das Konzept des Selbst bedroht wird.

Der letzte Bereich der dispositionellen Inkongruenz umfasst die nicht vorhandene Beziehung, welche vorhanden sein sollte zwischen den Erfahrungen, die die Person macht, seiner Aktualisierungstendenz und den Lebensereignissen; dieses Manko soll dem Selbstkonzept vermittelt werden.

Die sozialkommunikative Inkongruenz nach G.-W. Speierer

Speierer (1994) schreibt, dass diese Art der Inkongruenz sich durch das gesamte Leben ziehen kann, der Ursprung kann nicht nur in der Kindheit entstehen, sondern auch später, wenn die Person von Bezugspersonen umgeben ist, welche keine sozialkommunikative Umgebung bieten können.

„Patientinnen, deren psychogene Störungen durch sozialkommunikatives Inkongruenzerleben sowie sozialkommunikative Kongruenzfähigkeit entstanden sind und aufrecht erhalten werden, erlebten und erleben Erfahrungen mit den für sie wichtigen Bezugspersonen [...] überwiegend als enttäuschend und schmerzlich, was die Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse einschließlich der Bedürfnisse nach mitmenschlicher Achtung und Beachtung [...] für sie angeht. Sie beklagen die fehlende Aufrichtigkeit ihrer Mitwelt. Sie befürchten, von der Mehrzahl der Menschen abgelehnt zu werden.“ (Speierer, 1994, S. 58).

Damit ist gemeint, dass die mangelhaft integrierten Erfahrungen auf dieser Ebene vom Selbstkonzept eigentlich abweichen. Personen mit einer sozialkommunikativen Inkongruenz haben nicht die Erfahrungen gemacht, dass sie von ihrer Umwelt geachtet, geliebt etc. werden, sie haben meist nur schmerzliche Erfahrungen mit ihren Bezugspersonen erfahren. Diese Erfahrungen stehen dem Selbst gegenüber. Hier handelt es sich wie bei C. Rogers um Werte von Bezugspersonen, die zu den Grundbedürfnissen der Person nicht passen, jedoch zu einem gewissen Grad übernommen werden.

Die lebensbedingte Inkongruenz nach G.-W. Speierer

Die dritte Form, die Speierer (1994) nennt, ist die lebensbedingte Inkongruenz, welche im Zusammenhang mit schwierigen Lebenssituationen entsteht.

Hierzu soll gesagt werden, dass durch Lebenssituationen eine Person Erfahrungen macht, welche nicht ins Selbstkonzept integriert werden können. Es kann vorkommen, dass eine Person, welche bis zu einer gewissen Lebenssituation kongruent war, plötzlich Inkongruenz verspürt.

5.1. Die Unterschiede zwischen G.-W. Speierer, J. Finke, L. Teusch und C. Rogers

Die Einteilung nach Speierer in psychische Störungen geschieht erstens „[...] nach dem Vorhandensein von Inkongruenzerleben, zweitens nach den Ursachen der Inkongruenz und drittens nach den Inkongruenzsymptomen [...]“ (Speierer, 2002, S. 171).

Speierer handelt in seinem Differenziellen Inkongruenzmodell (1994) die von ihm beschriebenen Störungen mit dem Klassifikationssystem ICD-10 nach Dillinger ab.

Die Depression nach G.-W. Speierer

Wenn Speierer (1994) von Personen mit Depressionen spricht, sind Personen mit leichten bis mittleren Depressionen gemeint beziehungsweise ist die Rede von Personen mit Dysthymia.²

Die Personenzentrierte Psychotherapie ist eine Therapieform, in der Erfolge erzielt werden können, sofern es sich um eine sozialkommunikative Inkongruenz handelt mit depressiven Gedanken, Erlebnissen oder Verhaltensweisen. Auch bei lebensbedingten Inkongruenzquellen können Ergebnisse erzielt werden, da es sich dabei meist um Klienten handelt, deren Würde missachtet wurde.

„Die Quelle der Psychopathogenität dieser Lebensereignisse und Lebenssituationen ist ganz überwiegend nicht das Ereignis als solches, sondern die mit ihm verbundenen Bedeutungen einer sozialkommunikativen Infragestellung des besonders sensiblen bzw. verletzlichen Selbstkonzepts der Patient(inn)en. Anstatt in diesen Situationen Inkongruenzbewältigungsstrategien zu aktualisieren, werden bereits vorhandene Selbstzweifel, Selbstabwertung auch in der Form eines „Wütens“ gegen sich selbst, Insuffizienzgefühle zusammen mit Generalisierungstendenzen als hauptsächlicher Inkongruenzvergrößerungsstrategie aktiviert.“ (Speierer, 1994 S. 223).

² Dysthymia ist eine chronische Form einer depressiven Verstimmung. Dysthymia zeigt sich darin, dass es Perioden mit leicht getrübler Stimmung gibt sowie Perioden mit euphorischer Stimmung. Es ist eine leichte Variante einer bipolaren Störung. <http://de.wikipedia.org/wiki/Dysthymia>, 20.02.2009

Speierer zeigt, dass bei Personen, deren Selbstkonzept bereits instabil ist, eine minimale Erfahrung reicht, um eine leicht depressive Phase auszulösen.

„Sozialkommunikative Inkongruenzquellen stehen [...] in Form von erlebter bzw. befürchteter mangelnder Wertschätzung, mangelnder Einfühlung, des Unverständnisses, negativer Kritik, psychischer Gewalt, Manipulation, Fremdbestimmung und Kränkung seitens an der er bedeutsamer Bezugspersonen sowie vergebliches bzw. verzweifelter Bemühen um persönliche Anerkennung und Wertschätzung im Vordergrund des psychischen Leidens [...].“ (Speierer, 1994, S. 223).

Speierer (1994) hat eine These für das nach der Klassifikation ICD F34.1 als Dysthymia bezeichnete Krankheitsbild entwickelt. Die These der störungsspezifischen Inkongruenzdynamik nennt sechs Bereiche, in denen die drei Inkongruenzquellen entstehen und in denen Speierer zusätzlich *„gegenwärtige Erfahrung“* (Speierer, 1994, 230), *„gegenwärtiges (Ideal)selbstkonzept“* und *„Leitthema der Inkongruenz“* (Speierer, 1994, S. 230) beschreibt.

1) *„dispositionelle Anteile der Inkongruenzentstehung“* (Speierer, 1994, S. 230): hierunter werden Störungen verstanden, die chronisch, nichtaffektiv oder körperlich sind, wie etwa depressive Episoden.

2) *„sozial-kommunikative Anteile der Inkongruenztheorie“* (Speierer, 1994, S. 230): damit ist der Fall gemeint, dass die Person einer Bezugsperson ausgesetzt war, welche nicht in der Lage war Anerkennung und Liebe zu vermitteln, diese Person nach Wertschätzung suchte, sie aber nicht bekam.

3) *„lebensereignisbedingte Anteile der Inkongruenzentstehung“* (Speierer, 1994, S. 230): Personen, die in hochgradig unklaren Beziehungen leben, können an dieser Inkongruenz leiden.

4) unter *„gegenwärtige Erfahrung“* (Speierer, 1994, S. 230) werden Symptome aufgezählt, welche für dieses Störungsbild stehen, wie zum Beispiel müde sein, sich nutzlos fühlen, sich zurückgewiesen fühlen etc.

5) *„gegenwärtiges (Ideal)selbstkonzept“*: hier wird das Selbst abgewertet und es entsteht eine Unfähigkeit sich anzuerkennen.

6) Hier wird das Leitthema der Inkongruenz als Bedrohung des Selbst erklärt: *„[...] psychophysische Selbstinfragestellung aus erlebter Vergeblichkeit des Bemühens u. Unfähigkeit, Anerkennung von bedeutsamen anderen Personen zu bekommen u. (sich selbst) zu geben.“* (Speierer, 1994, S. 230).

Der Autor schreibt (1994), dass das Infragestellen des Selbst oft das Leitthema der depressiven Inkongruenz sei, dies komme dadurch zustande, dass die Person permanent bestrebt ist gewürdigt zu werden und Erfahrung mit dem „Verlust von Selbstbestimmung“ (Speierer, 1994, S. 231) gemacht hat.

Die Person hat auch die Erfahrung gemacht, dass sie die Selbstbestimmung verloren hat. Das heißt bei Personen mit depressiver Inkongruenz kommt es vor, dass sie von anderen bestimmt werden. Die Person mit einer depressiven Inkongruenz wünscht sich ein angenehmes Miteinander und ist bestrebt Respekt von anderen zu erhalten.

Nach Speierer (1994) können in der Behandlung von Personen mit depressiver Verstimmung gute Erfolge in der Gesprächspsychotherapie erreicht werden, da ihre Erkrankung auf subjektives Leiden und nicht auf psychotische Symptome zurückgeht. Außerdem wird angeführt, dass das Inkongruenzerleben bei Personen stark von Verhalten und Empfindsamkeit der wichtigen Bezugsperson bestimmt ist.

„Die hohe sozialkommunikative Verletzlichkeit der dysthym depressiven Patientinnen zusammen mit ihren im Inkongruenzerleben deutlich gewordenen Beziehungserwartungen weisen der Gestaltung und Verwirklichung der Beziehungsaspekte der klientenzentrierten Psychotherapie im Sinne der Basismerkmale einen hervorragenden Platz in der Planung der Behandlung dieser Patientinnen zu.“ (Speierer, 1994, S. 235).

Die Angststörung nach G.- W. Speierer

Speierer (1994) schreibt, dass bei Klienten mit Angststörungen die dispositionelle Inkongruenzquelle als „*inkonstant*“ angesehen werden kann und diese Störung häufig auf die familiären Verhältnisse, das heißt problematische Vorkommnisse in der Familie, zurückgeht und auch, dass die Lebensereignisbedingten Inkongruenzen eine große Rolle bei Menschen mit Angststörungen spielen.

„Im Vordergrund stehen als kritisch oder prägend bezeichnete Erfahrungen, in denen sie sich plötzlich oder unerwartet von ihren bedeutsamen Bezugspersonen, sei es die Mutter, der Vater oder beide Eltern oder (Ehe-)partner(in) unverstanden, abgelehnt oder abgeschoben erlebten. In der Behandlung werden die Gefühle in diesen kritischen Situationen wieder erinnert und ausgedrückt. Es sind Gefühle von Angst, Scham, Schuld,

Selbstzweifel, des sich zurückgesetzt Fühlens und von Verlassenheit.“ (Speierer, 1994, S. 264).

Speierer stellt auch bei dem Krankheitsbild Angststörungen eine These zur störungsspezifischen Inkongruenzdynamik auf, und zwar in Verbindung mit den diagnostischen Klassifikationen Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), Soziale Phobie (F40.1), Panikstörung (F41.0), Panikstörung mit und ohne Agoraphobie (DSM-III-R 300.21/300.01).

- 1) *„dispositionelle Anteile der Inkongruenzentstehung“* (Speierer, 1994, S. 265): als dispositionelle Inkongruenzentstehung wird die Inkongruenz als inkonstant gesehen, auch die familiäre Situation trägt dazu bei.
- 2) *„sozial-kommunikative Anteile der Inkongruenzentstehung“* (Speierer, 1994, S. 265): hier ist gemeint, dass die Person die Kontrolle der Gefühle als eine Bedingung von Wertschätzung kennen lernt. Zusätzlich mangelt es an Empathie, und es entsteht eine Ambivalenz, da in kritischen Situationen ein Defizit an Wertschätzung dort zu erkennen ist, wo im Normalfall Fürsorge vorhanden ist.
- 3) *„lebensereignisbedingte Anteile der Inkongruenzentstehung“* (Speierer, 1994, S. 265): die Person erlebt, dass sie nicht respektiert wird und von der Bezugsperson beiseitegeschoben wird. Die Person erlebt Trennung, diese kann von der Person als real oder interpretiert erfahren werden.
- 4) Speierer führt hier als gegenwärtige Erfahrung Symptome an, welche typisch für Angstpatienten sind. Es wird zum Beispiel von körperlichen Reaktionen oder Todesangst gesprochen. *„Gegenwärtige Erfahrungen: Zeitweise Furcht, Panik, Todesangst und Angst vor Einsamkeit, Selbstunsicherheit, Kontrollverlust, körperliche Angstreaktionen und Verhaltenseinschränkung sowie sekundäre depressive und Depersonalisationserlebnisse sind die hauptsächlichen leidvollen Erfahrungen der Patientinnen. Ihr Erleben ist keineswegs nur auf die jeweiligen Paniksymptome und die Vermeidung der Situation, die sie auslösen, konzentriert.“* (Speierer, 1994, S. 267).
- 5) Als ideales Selbstkonzept für Patienten mit Angststörungen sollte emotionale Unabhängigkeit vom Anderen stehen, und dies soll durch den Patienten rational entschieden werden.
- 6) Das Leitthema dieser Inkongruenz ist eine Abhängigkeit, die erfahren wurde und im Gegensatz dazu steht unabhängig zu sein.

Nach Speierer (1994) handelt es sich bei der Inkongruenzentstehung von Angststörungen um sowohl sozialkommunikative als auch lebensereignisbedingte Anteile. Die sozialkommunikativen Anteile entstehen, da der Klient durch die Bezugsperson defizitäre Erfahrungen mit Wertschätzung, Empathie und Kongruenz gemacht hat. Personen mit solchen Erfahrungen fühlen sich sozial ausgegrenzt, als Opfer von anderen und generell schwach.

Speierer beschreibt im „Differenziellen Inkongruenzmodell“, dass Klienten mit Angststörungen Erfahrungen mit geringer Wertschätzung, Empathie und Kongruenz gemacht haben; dazu kann kommen, dass diese Klienten Manipulationen und manchmal auch psychischer und physischer Gewalt ausgesetzt waren.

Personen mit Angststörungen bemühen sich sehr um Anerkennung ihres Selbst und wollen geliebt und wertgeschätzt werden; aus diesem Komplex ergibt sich jedoch für die Person, dass die Erfahrung mit zwischenmenschlichen Beziehungen oft problematisch ist.

Das Selbst von Klienten mit Angststörungen ist selbstsicher und rational vernünftig, dieser Mensch gibt sich auch keine Blöße. Der Klient übernimmt Wertintrojekte von Bezugspersonen und lernt Gefühle zu kontrollieren. Dies ist laut Speierer „[...] *die Geburtsstunde des neurotischen Selbstideals der Angstpatienten*“ (Speierer, 1994, S. 267).

Er schreibt weiter, dass Klienten mit Angststörungen aufgrund ihrer emotionalen Erfahrungen von Zurückweisung und anderen schlechten Erfahrungen nur zu einem begrenzten Grad in der Lage sind Beziehungen einzugehen.

Personen mit Angststörungen haben ein Selbstkonzept, das einerseits von Abhängigkeit bestimmt ist, andererseits um Unabhängigkeit kämpft. Speierer beschreibt dies als das Leitthema bei Personen mit Angststörungen. Zusätzlich schreibt er, dass die Episoden der Angstanfälle eine Art der Vernichtung für das Selbstkonzept bedeuten.

„Die Angstepisoden stellen das Selbstkonzept nicht nur in Frage, sondern sie bedrohen es radikal mit Vernichtung.“ (Speierer, 1994, S. 268); „Jeder neue Angstanfall falsifiziert das Selbstkonzept auf mehrfache Weise: Zum ersten durch die Erfahrung des Verlusts der Selbstgewißheit in Form einer vernünftigen Selbstkontrolle von Gedanken, Gefühlen, Handlungsimpulsen und Körperreaktionen; zum zweiten durch die Erfahrung der existentiellen Bedrohung des Verlusts der Seinsgewissheit bis hin zur Todesangst;

zum dritten durch die Erfahrung von Abhängigkeit, sei es von anderen Personen, was sie als entwürdigend erleben [...]“ (Speierer, 1994, S. 268).

Nach Speierer verfälscht die Erfahrung aus Angst das Konzept des Selbst durch das mögliche Erleben durch einen anderen, der diese Bereiche, sei es Personen, Gegenstände, Tiere..., vor dem der Angstpatient Angst hat, als normal sieht – dies wiederum sieht der Angstpatient wieder als eine Gefahr, und daraus können wieder Angst und Panik auftreten. So kann verstanden werden, weshalb Personen mit einer Angststörung sehr viel Kraft aufwenden, um sich diesen Erfahrungen, welche dem Patienten bewusst sind und die das Selbstkonzept bedrohen, zu entziehen.

„Dies geschieht im Falle der isolierten Phobien durch selektives Meiden der kritischen Situationen. Im Falle der Agoraphobien resultieren häufiger generalisierte Erfahrungseinschränkungen, insoweit die Patientinnen nicht mehr alleine das Haus verlassen oder überhaupt nicht mehr alleine sein können bzw. stets die „rettende“ Tablette bei sich tragen müssen.“ (Speierer, 1994, S. 268).

Es wird noch erwähnt, dass sich die Selbstwahrnehmung der Person mit Angststörung aktionsbezogen stark verändert. Das Selbsterleben dieser Person verändert sich so, dass es weit weg von den Grundbedürfnissen eines Menschen ist.

„Die Inkongruenz der aktuellen Erfahrungen zur positiven Bewertungen des „organismischen“ Selbst wird größer. Selbstzweifel bis hin zur Verzweiflung, Selbstentfremdungsgefühle bis hin zur Depersonalisation, Selbstmiss- und Selbstverachtung, Selbstentwertung, Selbstunsicherheit bis hin zur Furcht, verrückt zu werden, treten auf.“ (Speierer, 1994, S. 268).

Speierer zufolge haben Personen mit Angststörungen meist noch depressive Züge, die von einer depressiven Verstimmtheit bis hin zu einem Suizidversuchen reichen können, und so kommt die erlebte Hilflosigkeit zustande.

Nach Speierer (1994) kann die pathogene Entstehung des Selbstkonzepts bei Personen mit Angststörungen aus den von ihm entwickelten „Differenziellen Inkongruenz Modell“ abgeleitet werden. Das heißt einerseits verweigern Personen mit Angststörungen die sozialen Grundbedürfnisse wie zum Beispiel nach menschlicher Wärme, andererseits möchten sie Selbstbestimmung und Autonomie erreichen.

„Die Aussparung der sozialen und emotionalen Grundbedürfnisse in Idealselbstkonzept der Angstpatientinnen entfernt diese nicht nur von ihrem organismischen Selbst.“ (Speierer, 1994, S. 268).

Hierzu führt Speierer (1994) an, dass in einem therapeutischen Setting die Angstpatienten kaum über ihre Gefühle sprechen. Sie haben nicht nur Angst darüber zu sprechen, sondern grundsätzlich davor, Gefühle zu empfinden. Speierer meint in diesem Zusammenhang, dass Patienten sogar sagen, sie würden gar keine Gefühle erleben. Das heißt sie haben nicht nur Angst vor der Emotion Angst, sondern meiden auch andere Emotionen, um sich eine Peinlichkeit zu ersparen.

„So wird die Furcht- bzw. Angstsymptomatik als Ergebnis der Vermeidung von Gefühlen überhaupt, als Emotionsangst verstehbar.“ (Speierer, 1994, S. 269).

Speierer schreibt (1994), dass eine Person mit Angststörungen durch die sozialkommunikativen Lebensereignisse und die ihr aufgedrückten Werte dazu gezwungen sind, ihre Gefühle abzuschaffen, um die Selbstachtung nicht zu verlieren. Erfährt ein Angstpatient eine Angstreaktion, so ist dies eine Wiederholung aus früheren manifestierten Erfahrungen wie Peinlichkeit, Erniedrigung u.s.w. und eventueller früher erlernter Bekämpfungsweisen diese inkongruenten Erfahrungen zu beseitigen; daraus ergibt sich diese Art der Umgangsweise, und dies führt nach Speierer (1994) zu einem neurotischem Selbstkonzept.

Speierer (1994) schreibt, dass bei Personen mit Angststörungen die vorherrschende Emotion Angst auch im Zusammenhang mit *„Gehemmtheit und Scham“* (Speierer, 1994, S. 267) stehen. Sie erleben zusätzlich Todesangst und erleben ein Versagen, sich in einem Anfall der Angst auch kontrollieren zu können. Zusätzlich haben sie das Gefühl sich schämen zu müssen, wenn sie ihre Emotionen in Anwesenheit von anderen Personen zeigen.

„Gefühle zu beherrschen, zu kontrollieren, schließlich zu tabuisieren erscheint bei ihnen als Wertintrojekte, die sie von ihren Familien übernommen habe. Zahlreiche Erfahrungen, in denen sie sich durch Gefühlsäußerungen blamierten, werden erinnert, wobei nicht immer die Patientinnen die Blamierten sind.“ (Speierer, 1994, S. 267).

6 Der Symbolisierungsprozess und die Veränderung der Schemata (Rainer Sachse)

Rainer Sachse erklärt, dass die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie eine Art von Therapie ist, in der es darum geht, dass der Klient seine Ziele und Werte erklären und verändern kann. Die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (ZGT) ist eine Therapieform, welche als Weiterentwicklung der Personenzentrierten Psychotherapie gilt. Die Themen der Zielorientierten Psychotherapie legen sich nicht nur auf die Beziehung in der Therapie fest, sondern hier geht es auch darum, dass es eine Bearbeitung, eine Klärung und eine Veränderung von Schemata des Klienten in der Therapie gibt. Sachse schreibt, dazu dass diese Bearbeitung in der Therapie „[...] *handlungsorientiert, gezielt, regelgeleitet, systematisch und störungsspezifisch.*“ ist (Sachse, 1996, S. 9).

Sachse schreibt (1996), dass dies seinen Klienten nicht nur einen Raum bietet, in denen sie wachsen können, sondern er macht eine Diagnose und bildet dann eine Modell, wie er seinen Klienten gezielt Unterstützen kann, um ihm bei der Veränderung von Schemata zu helfen.

Ziel der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie ist eine Klärung und Veränderung von internalen Determinanten von schwierigem Erleben und Verhalten des Klienten.

„Ein Klient soll klären, welche eigenen Ziele, Motive, Normen, Überzeugungen, Realitätskonstruktionen usw. ein bestimmtes Problem mitbringt; er soll diese „Problem-Determinanten“ erkennen, explizit machen, sie mit anderen Erfahrungen und Wissensbeständen integrieren und so verändern, daß sie nicht länger dysfunktional wirken.“ (Sachse, 1996, S. 10).

Sachse schreibt (1996), dass sich auf Grund dieser Annahmen ergibt, dass es hier sehr wichtig ist störungsspezifisch zu arbeiten. Klienten haben die unterschiedlichsten psychischen Störungen, sie bringen die unterschiedlichsten Probleme mit. Es ist dennoch eine Personenzentrierte Psychotherapie, da der Therapeut auf jedes Bedürfnis seiner Klienten eingeht.

Sachse schreibt (1992a), dass diese schwierigen Determinanten schematisch konzipiert sind und er finde, dass diese schematische Konzeption einen großen Vorteil habe, da es möglich sei, auf Grund von bestimmten Charakteristika die psychischen Schwierigkeiten gut zu verstehen.

- 1) Personen führen Handlungsweisen und Erlebnisweisen aus, ohne dass sie diese überhaupt ausführen wollen und betrachten diese als sinnwidrig, unannehmbar etc.
- 2) Personen vollziehen Handlungen, welche das eigentliche Ziel versäumen, dadurch können sogar durch Handlungen wichtige Ziel verhindert werden und es kann sein, dass dies auf der emotionalen Ebene geschieht.
- 3) Personen haben fast keine Kontrolle mehr über ihre Handlungsweisen und ihre Erlebensweisen, diese sind fast schon automatisch.
- 4) Personen haben keine plausible Erklärung für ihr Handeln.

Sachse (1996) beschreibt die Schemata als eine Art Wissensstruktur, welche durch die Erfahrungen, die die Person macht, herausgebildet werden.

„Spezifische Erfahrungen mit bestimmten Situationen, Personen, eigenen Handlungen usw. „kondensieren“ zu Strukturen, die von der Person, sind sie einmal vorhanden, auf entsprechende Situationen wieder angewandt werden.“ (Sachse, 1996, S. 23).

Zum Beispiel wird hier angeführt, wenn eine Person die Erfahrung macht permanent mit Enttäuschungen umzugehen, werde sich das Selbst dahingehend entwickeln. Sachse (1996) führt an, dass diese Schemata durch einen plötzlichen Auslöser aktiviert werden, das heißt diese Schemata sind sehr charakteristisch. Zum Beispiel bei einer Frau aktiviert sich das Schema, dass sie unattraktiv sei, sobald es um eine Partnerschaft geht.

Sachse (1996) schreibt, wenn einmal ein Schema aktiviert ist, bestimmt dieses Schema die weiteren Handlungen, die weiteren Emotionalitäten und die weiteren Verarbeitungen von Situationen.

Es herrscht hier eine Situation vor, in der die Verarbeitung von Aktionen interpretiert wird, in dem die schlimmen Aspekte der Situation vorherrschen und andere vernachlässigt werden oder auch verzerrt werden.

„Schemata erzeugen damit in hohem Maße Interpretationen, die das Schema stützen oder bestätigen oder Handlungen, die selbsterfüllende Prophezeiungen produzieren. Die Anwendung von Schemata ist der Person auch nicht bewusst repräsentiert: Die Person bemerkt selbst nicht, daß sie ein Schema auf die Situation anwendet und so bestimmte Konstruktionen erzeugt: Sie hält ihre Interpretation für „die Realität“ und ihr Erleben und Handeln für zwangsläufig. Auch ist die Anwendung des Schemas meist hoch automatisiert, schnell und fast kapazitätsfrei: Die Person nimmt Interpretationen

unbewusst [...], sehr schnell und ohne weitere Überlegungen vor, so daß sie das, was in ihr passiert, nur schwer selbst betrachten kann.“ (Sachse, 1996, S. 23).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass dieses Schema für jede Person undurchschaubar ist, da die Person selbst nicht weiß, auf welche Erfahrungen etc. diese Handlungen zurückgreifen. Aus diesem Grund hat Sachse die Personenzentrierte Psychotherapie von C. Rogers weiterentwickelt und diese zu einer klärungsorientierten Therapie erklärt, da er davon ausgeht, dass diese Schemata deautomatisiert werden müssen. Den Klienten soll bewusst werden, dass sie auf Grund des Schemas auf die Situation so handeln und wie sie durch das Integrieren von neuen bzw. anderen Erfahrungen diese Schemata verändern können.

Sachse teilt die Schemata in drei Bereiche ein, in welchen sich ein Defizit einstellen kann. Als erstes wird hier das Schema vorgestellt, welche die „Person-Umwelt-Bezüge“ (Sachse, 1996, S. 24) beeinflusst. Unter den Person-Umwelt-Bezügen werden vor allem Schemata miteinbezogen, die affektiv sind und mit deren Auslösungen es zu einem speziellen Gefühl kommen kann. Es kann hier die Rede sein von körperlichem Unwohlsein:

„Somit bestimmen derartige Schemata in hohem Maße, wie eine Person eine Situation auffasst, was sie empfindet und wie sie handelt oder handeln kann. Und somit bestimmen Schemata auch in hohem Maße problematische, dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensweisen einer Person mit.“ (Sachse, 1996, S. 24).

Als nächstes Schema wird das „Bearbeitungs-Schema“ (Sachse, 1996, S. 25) vorgestellt. Hier geht es hauptsächlich darum, dass die Person im Laufe seines Lebens Taktiken erfindet, um mit seinen Problemen umzugehen. *„Auch diese Strategien verdichten sich zu automatisierten Schemata, die (als meta-kognitive Operationen) bestimmen, wie eine Person mit Problemaspekten umgeht: ob sie eigene Gefühle als wichtige Informationsquelle über eigenes Befinden auffasst oder ob sie eigene als störend, das eigenene Funktionieren beeinträchtigend einschätzt und somit Gefühle weitestgehend ignoriert; ob sie Probleme in Teilaspekte aufgliedern kann, die sich sukzessive bearbeiten lassen oder ob sie versucht, „alles auf einmal zu machen“ usw.“ (Sachse, 1996, S. 25).*

Das „Beziehungs-Schema“ (Sachse, 1996, S. 25) wird als dritter Bereich angeführt. Hier wird deutlich, dass auf Grund von zwischenmenschlichen Beziehungen Schemata

entstehen können, welche besonders mit der Interaktion mit anderen Personen entstehen. Sachse beschreibt dies als „Dysfunktionale Beziehungs-Schemata“ (Sachse, 1996, S. 25).

Entstehung der Störung und die Art des Schemas

Die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie geht davon aus, dass die drei oben angeführten Bereiche auf die Klienten verschieden wirken. Manche Klienten weisen „Person-Umwelt-Schemata“ auf, in denen jedoch in den beiden anderen Bereichen keine relevanten Probleme auftreten. Manche Klienten weisen „Person-Umwelt-Schemata“ auf und zusätzlich ein Problem im Bearbeitungsschema. Und dann gibt es wiederum Klienten, die Schemata haben, welche manipulative Interaktionsmuster zur Folge haben. Sachse schreibt (1996), dass in der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie angenommen wird, dass eine enge Bindung zwischen der Störung und den „Verarbeitungs- Erlebens- und Handlungsweisen“ vorherrscht.

Er schreibt, dass durchaus festzustellen ist, dass eine Person mit einer Depression oder einer Angststörung bei der Interaktion zwischen der Person und Umwelt Probleme auftreten. Anders beschreibt er dies bei psychosomatischen Störungen, hier ist das Schema der Person und der Umwelt ein Problem sowie auch das Schema der Bearbeitung. Sachse schreibt dazu, dass hier die Problemverarbeitung nicht funktioniert. Es wird eine Gegenüberstellung mit dem Selbst vermieden und externe Aspekte sehen die eigenen Gefühle als einen Störfaktor an, dadurch wird ein reibungsloser Ablauf verhindert.

Als einen weiteren Unterschied zu anderen Störungsbildern führt Sachse hier die Persönlichkeitsstörung an. Er schreibt, dass die Schemata bei diesem Störungsbild auf die Art von Beziehungen und Interaktionen achten. Personen mit Persönlichkeitsstörungen weisen nach Sachse „[...] *intransparente, unflexible Interaktionsmuster auf, die längerfristig zu hohen Kosten führen.*“ (Sachse, 1996, S. 27).

Zusätzlich soll der Begriff der „*Bedeutungsstruktur*“ (vgl. Herrmann 1972) erwähnt werden. Unter Bedeutungsstrukturen wird folgendes verstanden: es handelt sich nicht nur um Kognitionen, das heißt Informationen, Situationen oder Annahmen, sondern auch um affektive Annahmen bzw. Anteile. Wie diese Annahme bewertet wird, zeigt sich wie folgt:

„Wesentlich sind hier vor allem die Aspekte der Bedeutungsstruktur, die von persönlicher Relevanz sind, das heißt, diejenigen, deren Aktivierung zu Emotionen, Bewertungen, gefühlten Bedeutungen, Intentionen usw. führt. Nicht eine Annahme als solche macht dem Klienten Probleme, sondern ihre persönlich-emotionale Relevanz.“ (Sachse & Maus, 1991, S. 38).

Um dies verständlich zu machen ein Beispiel: Eine Person ist nicht in der Lage einen Inhaltsbereich in Bezug auf seine Bedeutungen zu nehmen. Das heißt, der Person fällt es schwer mit anderen Personen in Kontakt zu treten. Die Person kann aber nicht beschreiben, warum es ihr so schwer fällt.

Ziel ist es nach Sachse, innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie ein Konzept zu erstellen, welches es dem Therapeuten erlaubt, die Prozesse, die im Klienten vorgehen, zu verstehen und einzuordnen. Ziel ist es, durch das Handeln des Therapeuten die Prozesse des Klienten klar und deutlich zu machen. *„Diese Konzeption soll insbesondere dem Therapeuten Handlungsmöglichkeiten eröffnen, durch die Klienten, insbesondere in ihren Klärungsprozessen, gefordert werden können. Unser primäres Ziel war demnach, zu einer Verbesserung therapeutischen Handelns beizutragen, und zwar über eine Erweiterung des Verstehens relevanter therapeutischer Prozesse und über eine Entwicklung von Konzepten zielorientierten Handelns“.* (Sachse & Maus, 1991, S. 159).

Sachse nennt in seiner Zielorientierten Gesprächspsychotherapie eine Explizierung, die so zu verstehen ist, dass der Klient durch sie zur Lösung seiner Probleme findet. Sachses (1991) Grundidee der Explizierung ist in den nachstehenden acht Punkten angeführt.

- 1) Es wird von Personen gesprochen, welche von belastenden, persönlichen Problemen in bestimmten Inhaltsbereichen betroffen sind.
- 2) Diese belastenden, persönlichen Probleme werden nicht nur durch externe Einflüsse bestimmt, sondern auch durch innere Einflüsse, wie zum Beispiel eigene Ziele, Werte, Annahmen, Gefühle etc.
- 3) Diese interne Determinante ist zum Teil selbst der Person unklar.
- 4) Durch dieses Unklarsein über die Probleme ist es der Person natürlich auch nicht möglich, die unklaren Anteile zu definieren. Die Definition des Problems bleibt unvollständig.
- 5) Dass das Problem an sich nicht gelöst werden kann, führt zu einer Konservierung des Problems.

- 6) Der Explizierungsprozess soll dazu dienen, dass die inneren Problem determinanten erweitert werden. Eine Problemdefinition soll erarbeitet werden.
- 7) Durch die Umschichtung des Problems oder eines eventuellen anderen Lösungsansatz besteht die Möglichkeit, den Kern des Problems zu treffen.
- 8) Abschließend soll noch erwähnt werden, dass die Explizierung innerer Determinanten ein schwieriger Prozess ist.

Zusammenfassend führt Sachse an, dass „[...] Ungünstige affektive Verarbeitungen können sehr vielen psychischen Problemen zugrunde liegen, und ihre Klärung und Veränderung kann daher sehr oft ein relevantes therapeutisches Ziel sein; wenn das der Fall ist, dann ist eine explizierende Psychotherapie, wie sie die zielorientierte Gesprächspsychotherapie darstellt, indiziert.“ (Sachse, 1991 S. 171).

6.1. Die Differenzierung von den Autoren

Das ursprüngliche Konzept von C. Rogers wird durch R. Sachses Zielorientierte Gesprächspsychotherapie stark erweitert und verändert.

Die angeführte Theorie im ersten Teil dieses Kapitels ist quasi die Erklärung des Symbolisierungsprozesses und der Entstehung von Störungen in der Zielorientierten Gesprächstherapie. Sachse beschreibt, wie es zu einer Störung kommen kann, welche Defizite bzw. Determinanten vorliegen müssen, jedoch geht es ihm hauptsächlich darum, wie man Therapie anwenden kann, um die vorhandenen Störungen zu „beseitigen“, wenn sie schon da sind und nicht, wie es zu den Störungen gekommen ist. Einer der größten Unterschiede hier ist die Art und Weise, wie R. Sachse Personenzentrierte Psychotherapie betreibt.

Sachse (1999) stellte ein „Motivations-Emotions-Regulationsmodell“ vor. Dieses Motivations-Emotions-Regulationsmodell ist ein theoretisches Modell, in dem Verarbeitungsprozesse und Handlungsregulationsprozesse vorgestellt werden. Dieses theoretische Modell soll als ein generelles Störungsmodell gebraucht werden, welches auf den psychologischen Theorien und den darauffolgenden Resultaten begründet ist.

Aus dem begründeten Modell und den Explikationen der Klienten können dann die Ansatzpunkte für die Therapie bestimmt werden.

Sachs Modell besteht aus drei Ebenen, welche vertikal verlaufen, und fünf Ebenen, welche horizontal verlaufen.

Die vertikalen Ebenen teilen sich in Umwelt, Verarbeitung und Disposition auf. Weiters werden die horizontalen Ebenen in fünf Verarbeitungsarten eingeteilt.

- „*Verarbeitung und Interpretation*;
- *Emotionale Verarbeitung*;
- *Motivationsprozesse*;
- *Handlungsplanung*;
- *Handlungsausführung*“ (Sachse, 1999, S. 58f.)

Die größte Wichtigkeit in diesem Bereich hat die Ebene der Verarbeitung, da eine Person nicht einfach auf eine Situation reagiert, sondern Stimuli verarbeitet werden. Diese Stimuli werden bewertet, interpretiert, etc. Dies ist ein komplizierter Wechselwirkungsprozess zwischen ständig hereinkommenden Informationen und der vorherrschenden Struktur.

Diese Ebene wird nach Sachse (1999) auch „*dispositionelle Ebene*“ genannt. Auf dieser Ebene werden überdauernde Strukturen behandelt, auf deren Hintergrund der aktuelle Verarbeitungsprozess abläuft. Nicht zu vergessen sind hier die Kognitionen der Person, welche Motive, Annahmen, etc. diese hat, spielt hier eine wichtige Rolle.

Die Theorie dieser Ebene ist wichtig, um zum Beispiel die unterschiedlichsten Bewertungen einer Situation erklären zu können. In dieser Theorie wird davon ausgegangen, dass auf die Interpretation beziehungsweise die Bewertung einer Situation reagiert wird und nicht auf die Situation an sich. Nach Sachse (1999) sind hier diese überdauernden Strukturen maßgeblich. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass eine Person sehr speziell auf eine Situation reagiert, weil die Person ganz spezielle Motive, Schemata, etc. hat.

Solche Vorgehensweisen werden in einem hohen Maß von der Person gesteuert. Zum Beispiel beschreibt Sachse (1999) einen Klienten mit einem depressiven Schema. Der

Klient bewertet eine Situation als einen Fehlschlag. Jede andere Person würde diese Situation nicht als Fehlschlag interpretieren, jedoch der Klient schon, da sein Schema lautet „mir gelingt so und so nichts“.

„Diese Verarbeitungen sind von hoher psychotherapeutischer Relevanz und werden auch in der GPT genau beachtet ... da sie die Grundlage weiterer dysfunktionaler Verarbeitung sein können und weil sie wiederum die relevanten Schemata, emotionalen Schemata, Selbstschemata usw. negativ bestätigen. Es ist daher therapeutisch undenkbar, derartige kognitive Verarbeitungsprozesse und Schemata nicht zu beachten: Sie haben auch eine hohe Therapierelevanz [(...)]“ (Sachse, 1999, S. 60).

Sachse (1999) schreibt, dass Emotionale Prozesse noch komplizierter sind und viele unterschiedliche Aspekte besitzen. *„Emotionale Verarbeitung bedeutet, daß eine Person aufgrund von Selbstschemata, emotionaler Schemata und Motiven die persönliche Relevanz von Situationsaspekten feststellt. Es geht hier, unter therapeutischer Perspektive, also gar nicht um den Aspekt des „Gefühlsbedeutungen“. (Sachse, 1999, S. 61).*

Damit ist gemeint, dass eine Person auf dem Hintergrund seines Selbstwertes Rückschlüsse ziehen kann und zu dem Resultat kommt, dass sie ein Versager ist. Aufgrund dieser Bewertung wird eine Emotion ausgelöst, die sich als negativ abzeichnet. Sachse (1999) schreibt jedoch, dass die Person sich auch mit einem positiven Selbstwert auf Grund eines Motives in einer bedrohenden Situation empfinden kann. *„Sie freut sich auf die Situation, auf die unerwarteten positiven Effekte usw. Dies zeigt, daß emotionale Reaktionen wesentlich durch Interaktion von Situation und Disposition zustande kommen: Was die Person fühlt, ist hochgradig idiosynkratisch und von ihren jeweiligen Schemata und Motiven abhängig.“ (Sachse, 1999, S. 61).*

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass hier die Information, welche die Emotion liefert, von Bedeutung ist. *„Da ein Affekt durch die Aktivierung relevanter Schemata zustande kommt informiert der Affekt die Person über diese Schemata.“ (Sachse, 1999, S. 61).* Die Person wird durch den Affekt über die Bewertung, welche sie über eine gewisse Situation hat, informiert. Sachse nimmt an, dass diese Verarbeitung von emotionalen Situationen sehr kompliziert ist, da nämlich auch mit einer Teilnahme von wichtigen psychischen Prozessen gerechnet werden muss, die eigentlich automatisch und von einer kognitiven Prüfung getrennt ablaufen.

Sachse (1999) führt hier an, dass emotional wichtige Erfahrungen auch über affektive Schemata verfügen können, im Wissen darüber, was für die Person in gewissen Situationen relevant ist. Mit dieser Ausführung schließt er sich an Greenbergs Theorien an. Zusätzlich erwähnt Sachse, dass Schemata durch eine Situation angenommen werden, jedoch die affektive Verarbeitung nicht funktioniert. Durch eine Aktivierung kann es zu einem Unwohlsein in der Person kommen, das heißt es wird eine Körperreaktion gespürt. Diese Annahme wird später noch genauer erklärt, da diese Theorie ausführlich von Gendlin beschrieben wurde.

„Die Aktivierung dieser Schemata erfolgt automatisch, schnell und zuverlässig. Daher ist sehr wahrscheinlich, daß die Person die affektiven Reaktionen nicht kontrollieren kann. Die Person versteht oft auch die affektive Reaktion nicht, da das Schema implizit, nicht kognitiv repräsentiert ist und erst therapeutisch (z. B. durch Focusing) kognitiv repräsentiert werden muß.“ (Sachse, 1999, S. 62).

„In jedem Fall haben emotionale oder affektive Reaktionen eine (zumindest potentielle) Informationsfunktion für die Person: Sie informieren die Person über das Vorliegen von Schemata, Motiven usw. Teilweise sind diese Informationen für die Person sehr klar, deutlich und verstehbar (falls die Person die Information beachtet!). Teilweise ist diese Information jedoch auch sehr implizit und von der Person nicht ohne weiteres verstehbar.“ (Sachse, 1999, S. 62).

Durch ein gewisses emotionales Schema kann sich ein Einfluss auf eine nachstehende Handlung ergeben. Das heißt zum Beispiel, wenn eine Person davon ausgeht „zu versagen“, kann es sein, dass diese Person eine Handlung unterlässt oder nicht gut genug ausführt. Dadurch kann gezeigt werden, dass Handlungsplanungsprozesse auf einen „motivationalen-emotionalen“ (Sachse, 1999, S. 63) Prozess zurückzuführen sind und nicht auf ein „Kompetenzdefizit“.

Sachse (1999) schreibt abschließend, dass es in diesem Konzept um die Motivation der Person an sich geht, dass heißt

- was möchte diese,
- was ist gut für diese Person und was nicht,
- was möchte diese Person erarbeiten, was unterlassen etc.,

und es handelt sich hier nicht um eine Ableitung der Aktualisierungstendenz von C. Rogers.

„Die Wahrnehmung dieser zentralen Ziele und Wünsche, ihre Berücksichtigung bei Entscheidungen, Planungen und Handlungen kann dann als eine „organismische Wertungstendenz“ angesehen werden, als die grundlegende Information über das, was von zentraler Bedeutung ist. Mangelnder Zugang zum Motivsystem bedeutet, daß die Person von dieser Basisinformation „abgeschnitten“ ist: Es kommt zu Inkongruenz, da die Person nur an ihren Bedürfnissen vorbeilebt, sich an Normen orientiert, Ziele verfolgt, die gar nicht motivational verankert sind usw.“ (Sachse, 1999, S. 75).

Zusammengefasst kann gesagt werden: Die Inkongruenz ist ein Zustand, in dem die Bedürfnisse der Person sich vom Selbstkonzept entfernen. Weiters wird in diesem Zusammenhang geschrieben, dass neben der System der Motive auch noch eine „Matery-Motiv“ bestehen soll. Dieses Matery-Motiv ist eine Art Aktualisierungstendenz, die nichts weiter als die Absicht hat, wichtige Motive im Handeln zu verwirklichen.

„Was aus einer Störung der Zugänglichkeit zum eigenen Motivsystem zentral resultiert, ist eine Störung der Selbstregulation: Die Person kann nicht mehr aufgrund eigener Standards handeln und urteilen; sie kann sich nicht mehr auf sich selbst verlassen; sie überträgt die Handlungskontrolle externen Agenten; sie kann ihr Handeln, Fühlen, ihre Interpretationen nicht mehr selbst regulieren; sie kann auch nicht mehr selbstbestimmt und flexibel auf Anforderungen der Umwelt reagieren. Sie hat den Eindruck, dies alles nicht verändern zu können, weil sie gar nicht weiß, was das Problem ist. Wenn man ein Problem jedoch nicht definieren kann, kann man es auch nicht lösen.“ (Sachse, 1999, S. 75).

7 Die Wiederkehr des Symbolisierungsprozesses (E. M. Biermann-Ratjen, K. Heinerth und H. Spielmann)

Im nachstehenden Kapitel wird der Symbolisierungsprozess der o. a. Autoren dargelegt. In diesem Kapitel wird wieder mehr auf den Symbolisierungsprozess als solchen wertgelegt.

7.1. Der Symbolisierungsprozess nach E. M. Biermann-Ratjen

E. M. Biermann-Ratjen (2002) schreibt, dass es sich bei Erfahrungen, die im Selbstkonzept integriert werden, um Erfahrungen handelt, die bewertet sind. Zusätzlich schreibt sie, dass Bewertungen, denen nicht in einer gewissen Wertschätzung entgegengetreten wird, nicht in das Selbstbild aufgenommen werden. Biermann-Ratjen schreibt, dass es dann eher zu einem Verdrängen dieser Bewertungen kommen kann und daraus sich eine Störung der Erfahrungen beim integrieren in das Selbstkonzept ergeben kann.

Biermann-Ratjen schreibt (2002), dass sich das Selbst in drei Phasen entwickelt. Nachstehend wird versucht diese zu erläutern.

1. Phase: in der ersten Phase, sofern das Kind im Kontakt mit Bezugspersonen steht, die dem Kind eine empathische, wertschätzende und kongruente Beziehung anbieten, entwickelt sich das erste Selbstbild und die erste Selbstachtung.

2. Phase: in der zweiten Phase geht es hauptsächlich um die Überprüfung der Erfahrungen, die auf das Selbstkonzept zukommen. In dieser Phase ist auch die Selbstwahrnehmung, welche abgewogen, bewertet und mit Emotionen verbunden wird wichtig.

„Neben der Angst, als Signal für das Erleben der Bedrohung des Selbst, können nun auch Freude an sich selbst, Überraschung über sich selbst, aber auch Ekel, Furcht, Wut und Scham angesichts von Selbsterfahrungen erlebt werden, die nicht ohne weiters zur Befriedigung des Bedürfnisses nach positiver Selbstachtung beitragen, und vor allem Traurigkeit im Zusammenhang mit der erlebten Kleinheit und Ohnmacht.“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 22).

Zusätzlich schreibt Biermann-Ratjen, dass sich auch dieses „*selbst Erleben*“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 22) von den wichtigen Bezugspersonen richtig oder falsch bewertet werden kann und dadurch im Selbstkonzept integriert oder nicht integriert wird.

Diese zweite Phase des Selbstkonzepts ist nach Biermann-Ratjen eine besonders wichtige Phase. Gelingt es in dieser Phase ein Selbstkonzept zu besitzen, welches mit Selbstzweifeln umgehen kann, so ist das Individuum in der Lage sich in der dritten Phase um die Entwicklung zu kümmern, das heißt das Selbst kann mit einer soliden zweiten Phase auf die dritte Phase aufbauen, es kann sich selbst entdecken und in seiner eigenen Wahrnehmung und in der Wahrnehmung anderer als gesund dastehen.

In der dritten Phase geht es hauptsächlich um die Kongruenz der Bezugsperson.

„Wenn das Kind nicht um seiner selbst willen und so wie es ist und werden kann, anerkannt wird, d.h. auch verstanden und wertgeschätzt, sondern z. B. um der Gefühle willen, die der wichtigen Anderen dabei hat, und wenn ihm keine Gelegenheit gegeben wird, das bewusste wahrzunehmen, u.a. deswegen, weil es dem wichtigen Anderen selbst nicht bewusst wird, dann wird es diese Selbsterfahrungen nicht in sein Selbstbild integrieren können.“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 24).

Biermann-Ratjen schreibt (2002), dass Personen, die diese Erfahrung im Erwachsenenalter in Beziehungen wieder erleben, krank werden können. Die Symbolisierung solcher Erfahrungen kann nicht zu Ende gebracht werden, da die Basis, das bedrohte Selbst, diese Art von Erfahrung begrenzt hält.

Abschließend möchte ich die Entwicklung des Selbstkonzeptes zusammengefasst darstellen.

1. Es sollen Selbsterfahrungen (affektive Erfahrungen) entwickelt werden, welche in das Selbstbild integriert werden können.
2. Es sollen die Erfahrungen mit der Selbstwahrnehmung verbunden werden und diese durch Selbstbeobachtung ebenfalls in das Selbstkonzept integriert werden können.
3. Es soll eine gesamtorganismische Erfahrung mit den dazupassenden Gefühlen ins Selbstbild integriert werden können.

„In der ersten Phase kommt den Möglichkeiten der wichtigen Bezugspersonen, das Kind anzunehmen, eine zentrale Bedeutung zu; in der zweiten Phase ihren Möglichkeiten,

kongruent zu sein, können in der dritten Phase besonders wichtig werden.“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 25).

Das Erleben nach E. M. Biermann-Ratjen

„Das affektive Erleben ist eine wesentliche Grundlage dafür, dass ein Mensch von einem anderen in seinem Erleben verstanden werden kann. Im affektiven Erleben erfährt der Mensch seine Umwelt und sich selbst in seinen Beziehungen zur Umwelt, bewertet er sein Erleben und bringt es zum Ausdruck, und zwar von Geburt an. Die basalen Affekte – Freude, Interesse, Überraschung, Trauer, Furcht, Ekel, Wut, Scham – sind als Empfindungs- (Erfahrungs- und Bewertungs-) und Ausdrucksprogramme angeboren und unmittelbar und sicher identifizierbar.“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 18).

Biermann-Ratjen (2002) schreibt, dass Affekte ein sehr umfassendes Erleben darstellen und dieses umfassende Erleben zum Beispiel auch den „hormonellen Zustand“ mit einschließt. Zusätzlich schreibt sie noch, dass Affekte mit einer sogenannten Signalkomponente von Geburt an beziehungsweise kurz danach entwickelt werden, ferner, dass Gefühle Erfahrungen sind, die kognitive Teile einschließen und auf alle Fälle emotionale und bedeutungsvolle Erfahrungen sind.

Der Symbolisierungsprozess nach E. M. Biermann-Ratjen

Biermann-Ratjen (2002) beschreibt den Symbolisierungsprozess als einen Prozess in der Personenzentrierten Psychotherapie, in dem sich das Individuum seiner Erfahrungen bewusst wird.

„Im Symbolisierungsprozeß kann man Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühle, Gedanken, und Wörter voneinander unterscheiden, die aber in Beziehung zu einander stehen bzw. aufeinander Bezug nehmen“. (Biermann-Ratjen, 2002, S. 18).

Biermann-Ratjen (2002) schreibt, dass der empathische Prozess zwischen Mutter und Kind auch als Symbolisierungsprozess zu sehen ist, da das Kind die Erlebnisse erst durch das Spiegeln der Mutter verstehen kann: wird die Affektäußerung des Kindes durch die Mutter falsch gedeutet, kann dies zu Problemen führen. Zum Beispiel:

Wenn das Baby schreit, weil es Hunger hat, ist es für das Baby nicht wichtig, wie die Mutter sein Schreien interpretiert – die Mutter kann zum Beispiel das Schreien interpretieren als eine Wut des Babys, weil es noch nichts zu essen bekommen hat, oder als Angst zu verhungern. Wichtig für das Baby ist, dass der Hunger gestillt wird. „Es macht aber einen Unterschied, ob sie sich, wenn das Baby schreit, vorstellt, sie müsse sich jetzt einem Tyrannen unterwerfen, wie ihr Vater einer ist, oder ob sie in ihrem Baby das von ihr abhängige Kind sieht, das ohne fremde Hilfe nicht überleben kann.“

Biermann-Ratjen hat im Laufe ihrer Tätigkeit die Erfahrung gemacht, dass die Angehörigen von Patienten berichten, dass die Patienten sich als Kind emotional falsch verstanden gefühlt haben, dass die Eltern die Gefühle der Kinder falsch interpretiert oder benannt haben. Es hat eine falsche Gegenreaktion auf die Gefühle des Kindes gegeben. Dies jedoch ist wichtig, da dadurch die Selbstentwicklung entsteht.

In ihrem Werk (2002) schreibt Biermann-Ratjen, dass man in der Personenzentrierten Psychotherapie davon ausgeht, dass nur solche Erfahrungen im Selbstkonzept integriert werden, die von einer kongruenten Bezugsperson empathisch und wertschätzend anerkannt werden. Weiters, dass Erfahrungen nicht in das Selbstbild integriert werden können, die vom Individuum nicht verstanden worden sind. Das heißt die Bezugsperson bewertet das Erleben, das Individuum kann damit jedoch nichts anfangen, und daraus kann eine Inkongruenz entstehen. Weiters kann gesagt werden, dass, wenn das Selbstkonzept erst einmal eine solide Gestalt angenommen hat, die Erfahrungen danach gescannt werden, welche integriert werden und welche nicht.

„Dabei spielen auch die Symbolisierungsformen, in denen das Erleben Eingang in die bewusste Erfahrung gefunden hat, und auch die Bewertungen, die das Erleben und seine Symbolisierung erfahren haben, eine Rolle.“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 21). „Neben dem Bedürfnis nach Anerkennung (positive regard) hat sich ein Bedürfnis nach Selbstwertschätzung (positive selfregard) entwickelt, und neben der Selbstaktualisierungstendenz eine Selbstbehauptungstendenz. Erfahrungen werden nun als das Selbstkonzept bestätigend oder bedrohend bewertet, und sie werden auch, und zwar in erster Linie, als die Selbstwertschätzung bestätigend oder bedrohend bewertet: als verstehbar, akzeptierbar, zum Selbst gehörend – oder eben nicht.“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 21)

Biermann-Ratjen (2002) beschreibt ein körperliches spürbares Gefühl der Selbstbeachtung, das nicht eintreten wird, wenn der Symbolisierungsprozess nicht reibungslos ablaufen kann.

„Wenn die Bewertungsprozesse des Organismus als Ganzes – die Beurteilungen von Erfahrungen im Hinblick darauf, ob sie der Aufrechterhaltung und Förderung des Organismus als Ganzem (dazu gehört die Weiterentwicklung des Selbstkonzepts) dienlich sind mit den Bewertungsprozessen des Selbstkonzepts bzw. der Selbstbehauptungstendenz – der Beurteilung von Erfahrungen im Hinblick darauf, ob sie der Bestätigung des Selbstbildes und der Selbstachtung dienlich sind – nicht übereinstimmen, besteht Inkongruenz.“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 21).

Ist eine Person inkongruent, werden die Erfahrungen, die diese macht, nicht als förderlich oder bedrohlich für den Organismus bewertet, sondern als ein Prozess, der das Selbstkonzept bewertet, in Verbindung mit der Selbstachtung. Biermann-Ratjen (2002) geht davon aus, dass Angst gefühlt wird, wenn Inkongruenz erlebt wird.

Kriz (1985) schreibt über die Theorie von Biermann-Ratjen zusammengefasst, dass sie ein tiefenpsychologisches Modell ausgearbeitet habe, in dem eine Verzerrung von kritischen Situationen auf eine Erfahrung im frühkindlichen Alter zurückgeht, zum Beispiel, dass seitens der Bezugsperson unempathisches Verhalten vorliegt.

„Wegen der hohen Abhängigkeit von Achtung und Wertschätzung werden Erfahrungen, die diese Wertschätzung gefährden können, verleugnet [...], es wird nur nachgefühlt und empfunden, was die Eltern wollen – bis hin zur Verzerrung/Verleugnung von Erfahrung, in denen sich das Kind missachtet und gedemütigt fühlen müsste.“ (Kriz, 1985, S. 208).

„Ob sie diesen Zusammenbruch ihrer Selbstachtung eher in Körpersymptomen, Gefühlen, Vorstellungen oder Denk- und/oder Handlungszwängen erleben hängt sicher auch damit zusammen, in welchen Aspekten der Symbolisierung ihres sich selbst Erlebens sie in ihrer früheren Selbstentwicklung noch am ehesten korrekt verstanden worden sind.“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 23).

7.2. Die Differenzierung von den anderen Autoren

Biermann-Ratjen beschreibt zwei Zugangsweisen zur Betrachtung von Störungsbildern – die jedoch wiederum eng verknüpft sind.

- a) *„[...] Beschreibung von Erlebnis- und Verhaltensweisen auf dem Hintergrund von Selbstkonzepten, die mehr oder weniger stabil, im Sinne vom Zusammenbruch bedroht, sein können. Das ganz „früh“ in seiner Entwicklung stagnierte Selbstkonzept ist von jeder Art von affektiver Erfahrung bedroht, das etwas stellen und entsprechende affektive Erfahrungen beinhaltet; und erst das relativ stabile Selbstkonzept muß gegen Selbsterfahrungen verteidigt werden, die Wiederholungen von früheren sind, die nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnten, weil sie mit unbedingter Wertschätzung wahrgenommen worden sind oder die wichtigen Anderen haben inkongruent werden lassen.“* (Biermann-Ratjen, 2002, S. 29).
- b) *„Die Selbstbehauptung bzw. die Abwehr- und damit die Stagnation der Selbstentwicklung – zeige sich darin, daß die zur Erfahrung gehörenden Gefühle angstvoll wie Objekte außerhalb des erlebenden Individuums behandelt werden, die Erfahrung kann bewußt werden, interpretiert statt erlebt werden.“* (Biermann-Ratjen, 2002, S. 29)

Biermann-Ratjen (2007) meint, dass die Kongruenz von anderen beziehungsweise der Bezugsperson bedeutet, dass diese Person die Erfahrung, die sie macht, dem Kind richtig symbolisieren (vermitteln) kann. Zusätzlich bedeutet die Kongruenz einer Person, dass diese in der Lage ist die Erfahrungen des Kindes empathisch aufzunehmen und diese vollständig und richtig zu symbolisieren und dieser auch gewahr zu werden. Dieses Gewahrwerden kann in verschiedenen Formen geschehen, zum Beispiel durch Körperempfindungen, Gefühle, Gedanken, etc.

E. M. Biermann-Ratjen schreibt (2007), dass fünf Punkte von Erfahrungen in das Selbstkonzept integriert werden können.

- 1) Solche Erfahrungen, die ins Bewusstsein eintreten können.
- 2) Es werden Erfahrungen integriert, die im Hinblick auf die Entfaltung und Aufrechterhaltung des Selbst bewertet werden oder diese dem Selbst dienen, es bedrohen oder vielleicht behindern. Dieser Bewertungsprozess und das

entstehende Resultat, mit den dabei entstehenden Gefühlen, können auch in das Selbst integriert werden.

- 3) Es können Erfahrungen in das Selbst integriert werden, welche von anderen Personen empathisch verstanden worden sind und in denen sich der Andere einfühlen kann.
- 4) Erfahrungen, in denen und in deren organismischer Bewertung die Person von einer anderen Person bedingungsfrei positiv beachtet worden ist.
- 5) Reagiert eine andere Person auf eine Erfahrung nicht inkongruent, so kann auch dies ins Selbst integriert werden. Die Person ist in der Lage die Erfahrung des Kindes und die Reaktion auf die Erfahrung in ihr Selbst zu symbolisieren.

„Die Symptome der früher psychoneurotisch genannten Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen) etwa werden als generalisierte Verteidigungshaltungen gegenüber Erfahrungen angesehen, die das Selbstkonzept bedrohen – Verteidigungshaltung, die entbehrlich werden wenn in der Psychotherapie die beschriebenen Reorganisation des Selbstkonzepts erfolgt ist.“
(Biermann-Ratjen, 2002, S. 61).

Biermann-Ratjen beschreibt, dass sich eine depressive Persönlichkeitsstörung von einer Borderlinepersönlichkeitsstörung in den Gefühlen der Person unterscheidet. Eine Person mit einer depressiven Persönlichkeitsstörung berichtet von Schuldgefühlen, Einsamkeit und Freudlosigkeit. Eine Person mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung spricht davon, dass sie Angst vor ihrer unabsehbaren Aggression hat.

Biermann-Ratjen fasst die Selbsterfahrungen von Personen mit Persönlichkeitsstörungen wie folgt zusammen:

„Persönlichkeitsgestörte sind dauernd mit der Frage beschäftigt, ob ihre Erfahrungen und Selbsterfahrungen ihre Selbstachtung bestätigen, und sie betrachten auch ihre Gefühle vorwiegend unter Selbstwertaspekten. Auch was andere über sie denken und wie sich andere mit ihnen fühlen, betrachten sie unter dem Gesichtspunkt, was das über ihren Selbstwert aussagt, und reagieren entsprechend darauf, meistens zurückweisend. Wenn Persönlichkeitsgestörte Gefühle von Scham und Zweifel an sich selbst nicht mehr vermeiden können, entwerten sie sich total. Sie verlieren jede Hoffnung auf Selbstachtung und werden in diesem Sinn depressiv.“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 23).

Auslöser für die Dekompensation der Persönlichkeitsgestörten sind tatsächliche oder drohende Erfahrungen, die Kontrolle darüber, wie sie sich selbst erleben, d.h. über die damit verbundenen Affekte, z. B. „wenn sie die Bestätigung durch eine wichtige Person verlieren oder ihre Selbstachtung durch ein Versagen.“ (Biermann-Ratjen, 2002, S. 23).

7.3. Der Symbolisierungsprozess nach K. Heinerth

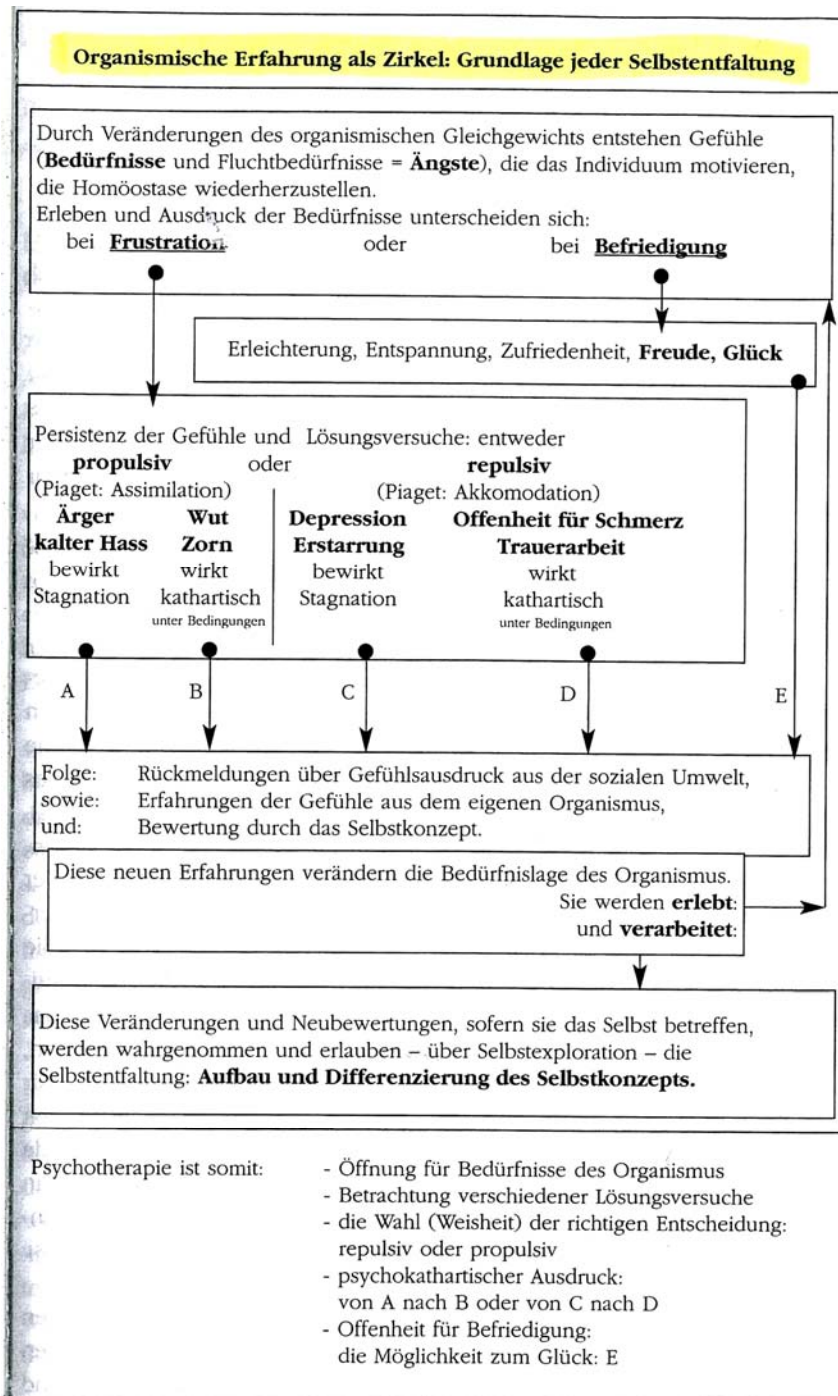
K. Heinerth schreibt in seinem Artikel (2002), *„dass verzerrte Wahrnehmungen [(...)] neurotische Abwehrmechanismen sind, um das Selbstkonzept zu schützen, während versperrte Wahrnehmungen eher bei Persönlichkeitsstörungen zu beobachten sind, die bei Fehlen von bestimmten Selbstaspekten gekennzeichnet sind.“* (Heinerth, 2002, S. 145).

Zusätzlich schreibt Heinerth (2002), dass es einen Unterschied der Symbolisierung zwischen der Persönlichkeitsstörung und einer neurotischen Störung gibt. Bei der Persönlichkeitsstörung handelt es sich um eine versperrte Symbolisierung, das heißt hier hat die Person in der Kindheit kein empathisches Verstehen erlebt. Bei einer neurotischen Störung jedoch tritt die verzerrte Symbolisierung erst später auf Grund von mangelnder Wertschätzung auf. Zusätzlich schreibt Heinerth, dass ein Neurotiker eine Diskrepanz zwischen Selbstbild und Idealbild besitzt.

Heinerth (2002) beginnt in seiner Theorie mit der Erläuterung der Selbstkonzeptentwicklung. Die nachstehende Graphik zeigt die Basis der Selbstentfaltung und wie die verschiedenen Affekte auftauchen, wenn durch eine Bewertung eine Veränderung der Bedürfnisse stattfindet. Diese Affekte können Befriedigung oder Frust zeigen. Es kommt zu einer Rückkopplung von anderen, diese Rückkopplung braucht nach Heinerth Empathie; ohne Empathie hätte der Organismus Einbußen. Der Organismus kann seine Affekte nicht verstehen, die Bedürfnisse werden nicht befriedigt.

Die Grafik besagt: es gibt zwei Unterscheidungen, die das Erleben des Bedürfnisses entstehen können:

- a) Frustration
- b) Befriedigung



Das heißt, wenn das Individuum durch das Erleben seiner Bedürfnisse Frustration verspürt, kann es sein, dass sich die Gefühle „propulsiv“ (Heinerth, 2002, S. 151) auswirken. Es kann der Fall eintreten, dass deshalb auf der einen Seite „Ärger und kalter Hass“ (Heinerth, 2002, S. 151) entsteht – dies bewirkt „Stagnation“ (Heinerth, 2002, S. 151) im Selbstkonzept. Auf der anderen Seite kann „Wut oder Zorn“ entstehen, dies kann zu kathartischem Selbstkonzept führen. Wirken sich die Gefühle „repulsiv“ aus, kann auf

der einen Seite „Depression und/oder Erstarrung“ wiederum zu Stagnation führen, auf der anderen Seite wirkt „Offenheit für Schmerz und Trauerarbeit“ kathartisch (Heinerth, 2002, S. 151).

„Die Folge daraus ist, dass es eine Rückmeldung über den Gefühlsausdruck aus der sozialen Umwelt geben wird sowie die Erfahrungen der Gefühle aus dem eigenen Organismus und Bewertung durch das Selbstkonzept.“ (Heinerth, 2002, S. 151).

Diese Erfahrungen verändern die Bedürfnislage des Organismus. Sie werden erlebt und es stellt sich Befriedigung ein. Befriedigung ist der zweite Ausdruck, wie erlebte Bedürfnisse erfahren werden können. Stellt sich Befriedigung ein, entstehen Gefühle wie *„Freude, Glück, Zufriedenheit“* (Heinerth, 2002, S. 151). Das heißt *„diese Veränderungen und Neubewertungen, sofern sie das Selbst betreffen, werden wahrgenommen und erlaubt – über Selbstexploration – die Selbstentfaltung: Aufbau und Differenzierung des Selbstkonzepts.“* (Heinerth, 2002, S. 151).

Dies stellt eine zirkuläre Bewegung zwischen *„dem Organismus, seiner Bedürfnislage, dessen Ausdruck und empathischem Verstanden – werden sowie den Konsequenzen, die eine Veränderung der Bedürfnislage bewirken – oder auch nicht.“* (Heinerth, 2002, S. 152).

Das Selbstkonzept nach K. Heinerth

In der ersten Entwicklungsphase des Selbstkonzeptes wird nach Heinerth (2002) das Selbstkonzept in einzelnen Aspekten aufgebaut, solange bis sich durch eine ganzheitliche Form eine Identität bildet. Wenn es in dieser Phase an Empathie mangle, bilde sich eine Kluft, die bei der Person dazu führen könne, dass sie *„aggressiven Impulsen verständnislos ausgeliefert“* (Heinerth, 2002, S. 152) sei.

„Mit der Entwicklung des Selbst vor der Erreichung der ersten Stufe der organisierten Ganzheit hat sich Rogers kaum beschäftigt. Immerhin unterscheidet er zwei Charakteristika des gestörten Verhaltens, die typisch für die beiden Phasen sind: Die abwehrende oder neurotische und das desorganisierte Verhalten. Beim abwehrenden Verhalten geht er davon aus, dass das Selbst an sich intakt ist und im Bemühen, sich intakt zu halten, kämpfen, abwehren muss. Hier geht es um Selbstbehauptung,

Selbstfestigung. Für den Fall der Desorganisation bedeutet das, dass die organisierte Ganzheit zu Zeiten nicht vorhanden ist, entweder überhaupt nicht aufgebaut wurde oder unter zu großer Belastung zusammenbricht. Eine Abwehr findet dann nicht mehr statt. Desorganisiertes Verhalten entsteht, wenn das Selbstkonzept eine Kategorie bereithält, die ablaufenden organismischen Prozesse zu verstehen.“ (Heinerth, 2002, S. 152).

„Nachdem das Selbstkonzept eine erste und ganzheitliche Form erhalten hat, geht es für den sich entwickelnden Organismus darum, die einzelnen Inhalte [...] zu differenzieren und die angeborenen Bedürfnisse zu verfeinern.“ (Heinerth, 2002, S. 152f.).

Heinerth zeigt die Entwicklung des Selbstkonzeptes anhand der Aktualgenese des Affekts und durch die Ontogenese des Selbstkonzepts. In seiner „Aktualgenese des Affekts zum Ich-Bewusstsein weist er auf zwei Punkte hin, die eine Gefährdung der Entwicklung darstellen können. *„Interpretation dieses Geschehens: Symbolisierung, Verbalisierung z.B. „Ich habe Angst!“ (Gefühle als kognitive Fassung des Affekts) – sofern möglich bei Verknüpfung mit vorhandenen Wahrnehmungsmustern.“* (Heinerth, 2002, S. 154) – er schreibt jedoch, dass es bei Versperrung nicht unbedingt so sein muss, dass bei einem Menschen mit Persönlichkeitsstörung jede Symbolisierung möglich ist. *„Menschen ohne z.B. empathisch begleitete Bindungserfahrungen sind später wenig in der Lage, ihre sozialen Gefühle korrekt zu verstehen.“* (Heinerth, 2002, S. 155) und *„Ist die Bewertung der Passung zum Selbstkonzept förderlich oder bedrohlich? Die Antwort ist die Grundlage einer neuen Erfahrung: der Zirkel schließt sich.“* (Heinerth, 2002, S. 155). Bei Bedrohung des Selbstkonzepts kann es demnach zu Verzerrung kommen.

Wenn organismische Erfahrungen nicht interpretiert werden, besteht durchaus die Möglichkeit, dass dies nicht angemessen gewahrt worden ist, und daraus entsteht ein Selbstkonzept, welches nicht vollständig ist. Heinerth schreibt (2002), dass nicht der Prozess der Abwehr schuld ist, sondern dass es um die Erfahrungen geht, welche versperrt sind. Selbst wenn Bedürfnisse bestehen, ist es nicht möglich diese bewusst wahrzunehmen.

7.4. Die Differenzierung von den anderen Autoren

Es wird durch Bezugspersonen, durch das Verbalisieren einer Situation, zum Beispiel: „Du hast Angst?“ verstärkt. Nach Heinerth geschieht hier ein Gefühlserleben als Kognition eines Affekts. Wenn diese Anerkennung nicht geschieht, wird aus dem Affekt kein Gefühl.

Als nächsten Schritt stellt Heinerth den Aufbau und Ausbau des Selbstkonzeptes dar. Er schreibt: *„Der wesentliche Unterschied zwischen der Ontogenese und der Aktualgenese besteht darin, dass die Aktualgenese auf einer Selbstempathie beruht, die nur möglich ist, wenn in der Ontogenese eine Empathie durch eine Bindungsperson dem Individuum geholfen hat, sich selbst zu verstehen.“* (Heinerth, 2002, S. 157).

Was damals beim Aufbau des Selbstkonzepts von außen nötig war, ist jetzt durch das Individuum selbst möglich. Heinerth zeigt anhand seiner Darstellung, welche Produkte für eine gute Entfaltung des Selbstkonzepts wichtig sind. In der „Aufbauphase“ (Heinerth, 2002, S. 157), d.h. der *„Gründung des Selbstkonzeptes“* (Heinerth, 2002, S. 157) ist die Entwicklung des Selbstkonzeptes durch das Integrieren erster Erfahrungen geprägt.

Eine Weiterentwicklung des Selbstkonzepts geschieht, wenn die Person eine Erfahrung macht, diese anerkennt und durch das Anerkennen sich ein befriedigendes Gefühl in der Person einstellt. Heinerth meint in diesem Zusammenhang, dass hier ganz wichtig für die Person eine empathische Bezugsperson ist. Daraus entwickelt sich ein Selbstkonzept, welches offen für Erfahrungen, Wachstum und Selbstkongruenz ist. Es entsteht ein ganzheitliches Selbstkonzept, nach Heinerth *„Identität in der Kontinuität“* (Heinerth, 2002, S. 157).

Die „Ausbauphase“, d.h. unter anderem auch die *„Erweiterung des Selbstkonzepts“* (Heinerth, 2002, S. 157) ist die Entwicklung des Selbstkonzepts, die durch das Integrieren neuer Erfahrungen weiterentwickelt wird. Werden Erfahrungen gemacht, welche von der Person als Bedürfnisbefriedigung anerkannt sind, werden diese auch integriert. Laut Heinerth benötigt eine Person in dieser Phase eine unbedingt wertschätzende Bezugsperson. Funktioniert dieser Ausbau der Phase, stellt dies ein für

Erfahrung offenes, wachsendes, selbstkongruentes Selbstkonzept dar. Es entsteht ein selbstreflexives Selbstkonzept *„Selbst – Bewusstsein im Hier und Jetzt“* (Heinerth, 2002, S. 157).

Heinerth fügt an, dass sich Unterschiede in der Auswirkung zwischen Empathie und unbedingter Wertschätzung ergeben.

„Diese beiden Merkmale entfalten ihre Kraft besonders zu verschiedenen Zeitpunkten der Entwicklung des Selbstkonzepts. Die Empathie ist zu Beginn der Entwicklung unverzichtbar, nur sie erlaubt überhaupt den Aufbau der eigenen Identität, unbedingte Wertschätzung erlaubt dann später die Differenzierung dieser unverwechselbaren persönlichen Identität.“ (Heinerth, 2002, S. 158).

Heinerth schreibt (2002), dass sich die Inkongruenz durch bestimmte Prozesse entwickelt. Es entstehen spezifische Störungen, je nachdem, ob diese Prozesse in der Aufbauphase oder in der Differenzierungsphase entstehen. Heinerth beschreibt dies so, dass *„eine ausbleibende Empathie der Bezugsperson für bestimmte Affekte aufgrund primärer Grundbedürfnisse in früherer Kindheit unterbindet die Entwicklung des Selbstkonzepts in diesem Bereich. Es kommt zu Lücken im Selbstkonzept, bestimmte Erfahrungen bleiben bewusstem Zugang versperrt werden z.B. Bindungsgefühle nicht angesprochen und Bindungsverhalten ignoriert oder gar bestraft, so werden diese Menschen, wenn wie Liebe, Freundschaft, soziale Verbundenheit erleben, nicht verstehen, was mit ihnen passiert. Es bleiben nur dumpfe Ahnungen, dass etwas nicht in Ordnung sei, vielleicht Einsamkeit, die nicht verstanden wird.“* (Heinerth, 2002, S. 158)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in der Aufbauphase Empathie durch die Bezugsperson das Allerwichtigste für die Entwicklung des Selbstkonzepts der Person darstellt.

In der Ausbauphase des Selbstkonzeptes ist es wie bereits erwähnt wichtig, die unbedingte Wertschätzung durch die Bezugspersonen zu erhalten. Heinerth schreibt dazu in seinem Artikel (2002): *„Er erfährt die Inkongruenz zwischen inkompatiblen Bedürfnissen, die im optimalen Fall im Selbstkonzept integriert wären, und seinen Bedürfnissen gegenüber seiner sozialen Umwelt, seinen Bezugspersonen. Wichtige eigene Bedürfnisse werden im Bemühen, liebenswert zu erscheinen, verraten. Treibende Kraft ist die Angst vor Liebesverlust und der damit verbundenen Beschädigung des*

Selbstkonzeptes. Alle neurotischen Störungen basieren auf dieser Angst vor Liebesverlust und der damit verbundenen Selbstbeschädigung: Neben der Angst vor Liebesverlust ist Scham und Angst vor Scham das dominierende Gefühl. Selbst- und Idealbild klaffen auseinander.“ (Heinerth, 2002, S. 158).

Entstehung von Störungen

Heinerth geht in seinem Artikel (2002) auf zwei Störungsbilder ein, einerseits auf die Persönlichkeitsstörung, speziell auf die Borderlinestörung, welche sich seiner Ansicht nach in der Aufbauphase entwickelt, und andererseits auf die neurotische Störung, welche sich in der Ausbauphase entwickelt.

Er verwendet in seinem Artikel ein Raster, welches nachstehend kurz zusammengefasst wird.

Eine Persönlichkeitsstörung ist laut K. Heinerth eine Störung, die in der Aufbauphase entsteht. Die Erfahrungen, die die betroffene Person macht, werden versperrt, zum Beispiel die Emotion Angst. Angst kann nicht erlebt werden, die organismische Wahrnehmung wird blockiert; hier ist es wichtig zu erwähnen, dass die Person in aller Regel keine empathische Bezugsperson hat.

Bei Personen mit einer neurotischen Störung liegt ein Mangel der Entwicklung des Selbstkonzepts in der Ausbauphase durch verzerrte Erfahrungen vor. Auch dies wird anhand der Emotion Angst erläutert. Angst wird hier von der Person als Bedrohung gesehen und daher nicht in das Selbstkonzept integriert. Die organismische Wahrnehmung wird hier entstellt. Zusätzlich muss hier angeführt werden, dass bei dieser Störung eine Bezugsperson mit unbedingter Wertschätzung fehlt.

Heinerth schreibt, dass bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen eine Spannung im Gesamtorganismus vorherrscht, da Bedürfnisse nicht befriedigt wurden. Wenn zum Beispiel ein Kind keine stabile Einfühlung erfährt, es nie hört, dass es geliebt wird, weiß dieses Kind nicht, was es mit Gefühlen der Verbundenheit anfangen soll. Sollte diese unbefriedigte, unbestimmte Sehnsucht so bleiben, kann zum Beispiel Angst, Aggression, Depressivität, etc. entstehen.

„Die Unfähigkeit, das eigene Bindungserleben angemessen zu symbolisieren, ist das fundamentale Defizit von Persönlichkeitsstörungen, denn es betrifft die Grundlage einer jeden Entfaltung des Selbstkonzeptes [...]“ (Heinerth, 2002, S. 165).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass auf Grund der mangelnden Anerkennung der Bedürfnisse des Kindes nach Nähe und Zuneigung ein Teil des Individuums verkümmert. Laut Heinerth (2002) entwickelt das Selbstkonzept keine *„Kategorien von Bedürftigkeit und sozialer Bezogenheiten.“* (Heinerth, 2002, S. 166).

Nachstehend werden Erfahrungen beziehungsweise Emotionen erläutert, welche typisch für eine Person mit einer Persönlichkeitsstörung sind, speziell für Personen mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung. Diese Erfahrungen und Emotionen wurden nicht empathisch von der Bezugsperson aufgenommen.

Angefangen wird mit der Erfahrung des Misstrauens. Wird die Erfahrung Misstrauen nicht beziehungsweise falsch befriedigt, wird aus Misstrauen ein Bedürfnis nach sozialen Kontakten, und es entsteht eine *„Kontrolle von Nähe“* (Heinerth, 2002, S. 167). Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung brauchen diese Kontrolle über andere Personen, da sie ihrerseits Angst vor Manipulationen haben.

Als nächste soll die Emotion/Erfahrung der Zerrissenheit dargelegt werden. Diese Zerrissenheit zeigt sich bei Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung im Handeln und im Fühlen. Heinerth beschreibt dies als *„Hass oder Sehnsucht, Dankbarkeit oder Verachtung, Wünsche nach Verbundenheit oder Autarkie“* (Heinerth, 2002, S. 168). Zusätzlich führt Heinerth an, dass diese Zerrissenheit sich in der Person zwischen dem Misstrauen bezüglich einer Beziehung und einer Beziehungssehnsucht abspielt.

Weiters geht es Heinerth um *„versperrte Schmerzerfahrungen, unverständene Wut, Angst vor Gefühlen (unsymbolisierten Erfahrungen organismischer Bedürfnisse bleiben unverstanden, damit bedrohlich), versperrte Beschämung und Schuldgefühle, Angst/Panik – für gewöhnlich bleiben Ängste verborgen, da diese nicht symbolisiert werden und es besteht die Gefahr, dass sich der Klient überschwemmt fühlt.“* (Heinerth, 2002, S. 170f).

Bei Personen mit einer neurotischen Störung werden folgende Indikatoren für diese Störung dargelegt. *„Die diagnostisch wichtige Differenz zwischen Selbstbild und Idealbild ist nur für Neurotiker relevant. Das Selbstideal im Falle von Selbst-Lücken ist unklar. Der Wunsch, für sich oder andere liebenswert zu sein, als Wunsch, sich zu*

orientieren. Die Selbstkonzept-Differenz wird nicht als Inkongruenz erlebt sondern eher als ein kognitiver Konflikt, der einer Entscheidung bedarf.“ (Heinerth, 2002, S. 173).

„Die Symbolisierung integriert den bezeichneten Sachverhalt in ein System sozial geteilter Bedeutung. Die im klientenzentrierten Modell vor allem interessierenden Sachverhalte sind die organismischen Erfahrungen einer Person. Als Ausgangspunkt dieser Erfahrungen werden organismische Bedürfnisse betrachtet; verschiedene Umwelten erzeugen aus diesen Bedürfnislagen affektiv verschieden ausgerichtete organismische Zustände und Aktionsimpulse“ (Brandt & Heinerth, 2006, S. 7).

„Konstituiert werden die verschiedenen Erfahrungsräume durch wiederkehrende organismische Bedürfnislagen und die mit ihnen verknüpften Affekte. Unzureichende frühe Empathieerfahrung hinsichtlich eines bestimmten Erfahrungsraumes kann dazu führen, dass dieser Erfahrungstyp später nicht selbstempathisch symbolisiert werden kann. Die entsprechenden organismischen Bedürfnis- und Affektlagen bleiben dann der Selbsterfahrung und der personalen Gewährwerdung entzogen. (Brandt & Heinerth, 2006, S. 7).

„Es ist davon auszugehen, dass die Kindheit von Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Durchschnitt erhöhte Belastung der Eltern-Kind-Beziehung aufweist. (Brandt & Heinerth, 2006, S. 10).

7.5. Der Symbolisierungsprozess nach H. Spielhofer

Die meisten Theorien gehen davon aus, dass das Selbst erst durch die Interaktion mit der Umwelt sich entwickelt „[...] und auf der dem Organismus innewohnenden Tendenzen zur Differenzierung basiert.“ (Spielhofer, 2005, S. 68).

H. Spielhofer schreibt, dass, wenn die Affektspiegelung und das einführende Verstehen der Emotionen der Mutter nur mangelhaft erfolgt, ist es für das Kind schwer diese Gefühle zu differenzieren, wahrzunehmen und diese später zu symbolisieren, ferner, dass die Affektregulierung dadurch erschwert werden kann. Wenn die Affektspiegelung von der Bezugsperson nicht optimal interpretiert werde, habe das Kind nicht die Chance „emotionale Äußerungen“ mit den eigenen Empfindungen zu verknüpfen. „Damit wird allerdings eine verzerrte sekundäre emotionale Repräsentation aufgebaut und die organismische Erfahrung falsch symbolisiert.“ (Spielhofer, 2005, S. 69)

H. Spielhofer geht davon aus, dass eine Persönlichkeitsstörung auf ein Defizit in der frühen Kindheit zurück geht. Solche Defizite betreffen hauptsächlich die Entwicklung des Selbstkonzeptes. Er beschreibt das defizitäre Selbstkonzept als „*inkonsistent*“ und „*brüchig*“ (Spielhofer, 2005, S. 72).

Zur Erläuterung meint H. Spielhofer: „[...] *die Ursache dafür liegt in den Defiziten bei der Entwicklung der Selbststruktur, die entstehen, wenn das Kleinkind unbefriedigende und schmerzliche frühe Beziehungserfahrung macht oder keine stabilen Bindungen aufbauen kann. Aufgrund des schwachen und verletzbaren Selbst können Bedürfnisse und Emotionen nicht ausreichend integriert werden.*“ (Spielhofer, 2005, S. 72). „*Diese werden daher nicht als positiv und befriedigend erlebt, sondern als Bedrohung. Durch die mangelnde Interaktion und Affektregulation kommt es zu unkontrollierten Durchbrüchen von Impulsen und Affekten.*“ (Spielhofer, 2005, S. 72).

Auch in diesem Artikel wird der Unterschied zwischen „*versperrter*“ und „*verzerrter*“ (Spielhofer, 2005, S. 73) Erfahrung dargelegt, dass diese, wenn Erfahrungen verzerrt wahrgenommen werden, „*neurotische Abwehrmaßnahmen*“ seien und versperrte Erfahrungen typisch für Persönlichkeitsstörungen sind. Die Erfahrungen bei persönlichkeitsgestörten Menschen sind deshalb versperrt, da sie in früher Kindheit nicht die Möglichkeit hatten, diese Erfahrungen wahrzunehmen und zu symbolisieren.

Er schreibt, dass durch fehlende empathische Begleitung und Reflexion in gewissen Bereichen durchaus ein fehlerhaftes Selbst entstehen kann. Das heißt, dass die Person genau in diesem nicht reflektierten Bereich seine Emotionen und Erfahrungen nicht begreifen kann.

Hier ist auch die Rede von den Emotionen Enttäuschung und Wut – diese Emotionen werden in der frühen Kindheit in Verbindung mit der Mutter erlebt.

Entstehung von Störungen

In der Personenzentrierten Psychotherapie spielt bei der Begründung der Störungstheorie das Selbstkonzept eine wichtige Rolle. Spielhofer (2005) schreibt, dass neurotische Störungen dort entstehen, wo Inkongruenz zwischen dem Selbstbild und dem organismischen Erleben besteht. Jedoch bei Persönlichkeitsstörungen wie zum Beispiel dem Borderline geht die Störung vor allem auf das Selbst zurück – diese Störungen

entstehen meist in den frühen Jahren der Kindheit. „Man spricht daher auch von „basalen“ oder „strukturellen Selbstpathologien“ (Spielhofer, 2005, S. 66).

In dem Artikel von H. Spielhofer wird das Selbst in gleicher Weise erklärt wie bei C. Rogers. Es handelt sich um ein Selbst, welches bestrebt ist „positive Beachtung“ zu erhalten, dafür ist das Selbst auch dazu bereit „Teile des eigenen organismischen Erlebens“ zu unterdrücken. Aufgrund dieser Unterdrückung entsteht Inkongruenz, da die organismischen Erfahrungen und das Selbstbild nicht vereinbar sind.

„Gewisse Erlebnisse, die im Widerspruch stehen, werden nicht exakt symbolisiert und daher nicht bewusst wahrgenommen. Um die Selbststruktur aufrecht zu erhalten, müssen vom Organismus Maßnahmen getroffen werden, die inkongruenten Anteile der Erfahrung auszuschließen. Damit wird das Individuum seinen natürlichen organismischen Erlebnissen entfremdet, was zu Spannungen, Unsicherheit und Ängsten führt.“ (Spielhofer, 2005, S. 67).

Gerade bei Persönlichkeitsstörungen kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei diesem Selbstkonzept um „komplexe Strukturen“ (Spielhofer, 2005, S. 67) handelt, wovon nur ein Teil dem Bewusstsein zugänglich gemacht waren/sind.

H. Spielhofer schreibt in seinem Artikel (2005), dass es sich bei einer Borderlinepersönlichkeitsstörung um eine Störung handelt, in der das Selbstkonzept beeinträchtigt ist und bei einer neurotischen Störung um eine Inkongruenz zwischen dem Selbstkonzept und, wie er es nennt, dem „organismischen Leben“ (Spielhofer, 2005, S. 65).

8. Der Symbolisierungsprozess und die emotionalen Schemata (L. Greenberg)

Die Theorie nach L. Greenberg ist eine emotionsfokussierte Therapieart, welche wiederum auch auf C. Rogers' Personenzentrierte Psychotherapie zurückgeht. Zusätzlich sei erwähnt, dass bei Greenbergs emotionsfokussierter Therapie dies außerdem noch „prozessdirektive und erlebnisaktivierende“ Interventionen vorkommen (Bischkopf & Greenberg, 2007, S. 109).

Greenberg (1998) geht davon aus, dass eine Person durch ihre Entwicklung und durch ihr Wachstum gekennzeichnet ist und nicht auf Grund ihrer Mängel zu definieren ist. Das heißt, dass eine Person bestrebt ist ihr Inneres zu einer ausgeglichenen Einheit zu gestalten. Greenberg schreibt, dass eine Person sich auf Grund ihres Erlebens strukturiert und nicht auf Grund ihrer Biographie oder der umgebenden Umwelt. Es soll hier noch angeführt werden, dass es in dieser Theorie hauptsächlich um die Bedürfnisse der Person an sich geht und um deren Gewährwerdung („awareness“) (Bischkopf & Greenberg, 2007, S. 110f.).

Diese Bedürfnisse, schreibt Greenberg (2007), entstehen aus einer guten Interaktion zwischen der Person und der Umwelt. Weiters, dass diese Bedürfnisse nicht angeboren und auch nicht in strikten Strukturen geordnet sind, sondern diese würden von Interaktion zu Interaktion neu aktualisiert. Zum Beispiel führt hier Greenberg an, dass es möglich sein kann, dass durch das Sehen einer anziehenden Person ein Bedürfnis nach Nähe entsteht.

„Der Prozess, durch den ein Bedürfnis dominant wird, bleibt jedoch recht vage und wird eher durch Beispiele illustriert als tatsächlich erklärt. Psychische Gesundheit schließt die Fähigkeit ein, auf die Umwelt so einzuwirken, dass das jeweilige Bedürfnis befriedigt wird.“ (Bischkopf & Greenberg, 2007, S. 110f.).

Greenberg (1998) schreibt, dass es durch das Bewusst- beziehungsweise durch das Gewährwerden der eigenen Bedürfnisse zu einer Einstellung bezüglich dieser kommt und schließlich eine Entscheidung darüber gefällt wird, wie diese Bedürfnisse befriedigt werden sollen.

Das Bedürfnis nach Anerkennung und Beachtung durch andere Personen ist ein sehr menschliches, welches die Person als unverwechselbar darstellt. Wird dieses Bedürfnis

nicht optimal befriedigt und eine wichtige andere Person knüpft Bedingungen daran, kann diese Erfahrung nicht richtig wahrgenommen werden, und es kann eine Verzerrung entstehen. Greenberg (1998) schreibt hierzu, dass ein „*Feedbackmechanismus*“ (Greenberg, 1998, S. 111) zwischen der Aktualisierungstendenz und dem Erlebten im jeweiligen Moment existiert. Er schreibt jedoch gleich anschließend, nicht genau zu wissen, wie dieser Feedbackmechanismus funktioniert.

Ein weiterer wichtiger Teil in Greenbergs emotionsfokussierter Therapie ist das Selbst. Prinzipiell wird hier das Selbst als ein System verstanden, welches aktiv und komplex anzusehen ist.

„Das bedeutet: beständig neu auftauchende Aspekte der Erfahrung werden verarbeitet und in eine ganzheitliche Form integriert, die Widersprüche ebenso einschließt wie Erlebensanteile auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlicher Form. Der Mensch ist umso besser an seine Umwelt angepasst bzw. kann diese – wenn notwendig – verändern, je mehr er seiner selbst und seiner Umwelt gewahr wird.“ (Bischkopf & Greenberg, 2007, S. 112).

Es soll hier nicht so verstanden werden, dass das Selbst im Bewusstsein ist. Das Selbst ist dem Bewusstsein jedoch zugänglich. Eine Erfahrung wird als „organismische Erfahrung“ verstanden, da diese eigentlich in dem Moment, in dem sie ins Selbst eintritt, vom Organismus aufgefasst wird und die Person die Möglichkeit hat, sich dieser Erfahrung gewahr zu werden. Greenberg nennt den ständigen Prozess des Fühlens des Erlebens „*Experiencing*“ (Bischkopf & Greenberg, 2007, S. 112).

Greenberg (2007) beschreibt einen Prozess, in dem vier Dimensionen vorherrschen und in dem Erleben stattfinden soll. Es handelt sich hier um eine physiologische Ebene, eine Ebene, in der Interaktion mit der Umwelt geschehen soll, eine Ebene, in der Interaktion mit anderen geschehen soll und eine Ebene, in welcher Reflexion und Symbolisierung gesehen soll. Sollte dieses Geschehen optimal verlaufen, bildet sich aus diesen Ebenen eine Einheit, in der jeweils eine höher gestellte Dimension eine niedrigere beeinflusst. Zum Beispiel: die höhere Dimension soll die Symbolisierung sein, die die niedrigere, die physiologische Ebene, beeinflusst.

In der Entwicklungsgeschichte der Personenzentrierten Psychotherapie wurden bereits eine Menge von Prozessen erklärt, welche das Erleben nicht erlauben, verzerren etc. Die

Arbeit des Therapeuten ist darauf gerichtet, die Erfahrungen der Klienten zu integrieren, eine eventuelle Selbstentfremdung zu verändern. „*Von Bedeutung ist nicht nur die Integration selbst, sondern das Gewahrsein dessen, das dieser Prozess nicht in der Person abläuft, sondern aktiv von ihr vollzogen wird und Prozesse des Entscheidens und Auswählens einschließt.*“ (Bischkopf & Greenberg, 2007, S. 114).

Greenberg (1998) schreibt allerdings, dass es ein Problem ist, diesen Prozess zu erklären, da das Erlebte und das Verhalten daraus unwillkürlich, teilweise automatisch und unreflektiert abläuft.

Nach Greenberg (1998) ist es schwierig, das komplizierte Erleben mit all seinen Strukturen auf eine innere Gestalt zu begrenzen, welches eigentlich versucht ein bestimmtes Bild aufrecht zu erhalten. Zusätzlich schreibt er, dass das Selbst sehr davon beeinflusst wird, wie es von anderen wahrgenommen wird. Daraus lässt sich schließen, dass es wichtig ist, das Selbst zu verstehen, um die interpersonelle Bezogenheit zu erklären.

„*Veränderung erfolgt nicht, indem bisher verleugnete Gefühle zugelassen werden, sondern durch eine neue Qualität des Symbolisierungsprozesses, der weniger rigide und starr ist, sondern immer differenzierter und flexibler im jeweiligen Moment entsteht.*“ (Bischkopf & Greenberg, 2007, S. 114).

Greenberg schreibt, dass sich das Selbst quasi ständig selbst konstruiert, und dadurch entstehe der Prozess des Erlebens und Symbolisierens.

Nach Greenberg (1998) besteht ein Problem darin, dass ein Prinzip angenommen wird, welches, wie es in der Personenzentrierten Psychotherapie heißt, eine Inkongruenz entsteht. Diesen Begriff der Inkongruenz legt Greenberg die Vermutung nahe, dass ein begründetes Erleben außerhalb des Gewahrseins existiere. Nach Greenberg ist es jedoch diffus, welcher Prozess genau abläuft und wie es dazu kommen kann, dass eine Erfahrung nicht integriert werden kann.

Greenberg schreibt (2007), dass es sich bei der Verarbeitung um drei unterschiedliche Ebenen handelt, erstens die sensumotorische Ebene, zweitens die Ebene, in denen die Erinnerungsprozesse ablaufen, welche auf emotionalen Schemata entstehen und drittens die Ebenen des konzeptuellen Symbolisierungsprozesses. Diese Ebenen werden benötigt,

um die diversen Informationen aus den unterschiedlichsten Bereichen sowie aus den verschiedenen Wahrnehmungsquellen verarbeiten zu können und diese zu bewusstmäÙigkeitsfähigen Erfahrungseinheiten integrieren zu können.

In Greenbergs emotionsfokussierter Therapie wird die im Moment erlebte Emotion in den Vordergrund gerückt. Die Therapie wurde emotionsfokussierte Therapie genannt, da in den Untersuchungsergebnissen von Paar- und Einzeltherapie die adaptiven emotionalen Prozesse und die Veränderung maladaptiver emotionaler Schemata eine große Rolle spielten. Nachstehend sollen kurz die drei Ebenen von Emotionen anhand von C. Izard (1999) dargelegt werden.

- 1) die Ebene der Gefühle und Affekte ist die Ebenen des Erlebens
- 2) die Ebene der Mimik und Verhaltens ist die Ebene des Ausdrucks
- 3) die Ebene der organischen Prozesse ist die Ebene des körperlichen Zustands

„Wenn wir uns ängstlich fühlen, sind wir vielleicht verkrampft, nervös, fühlen uns bedroht oder eingeschüchtert. Die Muskeln sind angespannt, wir haben einen ängstlichen Gesichtsausdruck. Gefühle kommunizieren damit auch für andere, wie es uns geht. Sie sind wichtig für unser soziales Zusammenleben. Wir überprüfen, ob unser Gegenüber uns mag oder ablehnt, uns versteht oder mit den Gedanken nicht bei uns ist, ärgerlich oder wohlwollend ist. Ärger ist z. B. diejenige Emotion, die vom Gegenüber am schnellsten erkannt wird, weil sie das soziale Zusammenleben am nachhaltigsten gefährden kann und unter Umständen Gefahr signalisiert.“ (Bischkopf & Greenberg, 2007, S. 115f.).

Emotionale Schemata können durch die Beziehung zwischen Therapeut und Klient verändert werden und sie können auch direkt durch das emotionsfokussierte Arbeiten verändert werden. Durch diese emotionalen Schemata kann das Erleben in einer Situation bestimmt werden. Damit ist gemeint, dass zum Beispiel eine intuitive Reaktion schneller geschieht als der betreffende Gedanke da ist.

In der Interaktion zwischen Therapeut und Klient ist es die Aufgabe des Therapeuten, den Klienten in seinen Erfahrungen zu bestätigen und ihm zu helfen, diese Erfahrungen als seine Stärke wahrzunehmen.

„Diese Integration bzw. Synthese von emotionalen Schemata und unterschiedlichen Verarbeitungsstufen kann als der zentrale Prozess der emotionsfokussierten Therapie betrachtet werden. Das bedeutet, wir konstruieren aktiv ein kohärentes Selbst von

Moment zu Moment auf Basis unserer jeweiligen emotionalen Reaktionen in einer gegebenen Situation.“ (Bischkopf & Greenberg, 2007, S. 116).

Greenberg geht davon aus, dass die Erfahrungen mit den Symbolisierungen interagieren, sich dabei gegenseitig beeinflussen und den jeweils anderen Prozess damit vertiefen und weiterführen.

„In diesem Verständnis ist das Selbst ein steter Prozess, der systemisch funktioniert und zur Synthese von Erfahrungsfragmenten führt.“ (Bischkopf & Greenberg, 2007, S. 117).

Es soll auch angeführt werden, dass Erfahrungen, welche in der frühen Kindheit gemacht wurden, spätere Erfahrungen und Entwicklungen des Selbst beeinflussen können.

„Nach Greenberg und van Balen (1998) ist diese innere Komplexität nicht nur mehrfach determiniert durch viele unterschiedliche Modalitäten und Verarbeitungsmodi wie den auditiven, visuellen, kinästhetischen, emotionalen und semantischen. Sie ist überdeterminiert, d. h. die Gesamtheit aller Prozesse ist an der Entstehung der jeweiligen Erfahrung beteiligt, auch wenn Teilprozesse bereits ausreichen würden, sie hervorzubringen.“

Jedes einzelne Erlebnis kann unterschiedliche, auch teils widersprüchliche Ursachen zugeschrieben bekommen, da alles zur selben Erfahrung führt. Das Verständnis, warum diejenigen Handlungen gesetzt und diese Gefühle gefühlt werden, unterliegt keinem rationalen Prozess.

„Die bewusste Bedeutungszuschreibung und Symbolisierung von Erfahrung beinhaltet immer auch die Strukturierung von kontinuierlich generierter Erfahrung. Eine Reflexion über die jeweiligen Symbolisierungen kann die Bedeutungszuschreibungen ihrerseits beeinflussen und vertiefen. Da all diese Prozesse größtenteils parallel ablaufen, ist es uns möglich, im jeweiligen Moment mehr wahrzunehmen, als in unserer Erfahrungswelt repräsentiert oder im Zentrum unserer Aufmerksamkeit ist.“ (Bischkopf & Greenberg, 2007, S. 117f.)

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass der Symbolisierungsprozess bei Greenberg die Art der Therapie ist. Das heißt, der emotionsfokussierte Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit seines Klienten auf Emotionen und versucht so den Klienten zu unterstützen. Durch das Fokussieren auf diesen Prozess ist der Klient in der Lage, Umstrukturierungen, zum Beispiel kognitiver Art, vorzunehmen.

Greenberg schreibt (2006), dass die wichtigsten Grundsätze hier sein sollen, dass das emotionale Gewahrwerden gefördert wird, dass die Emotionsregulation unterstützt wird, dass die emotionalen Veränderungsprozesse angetrieben werden und Reflexion und Symbolisierung der Emotionen angestoßen werden.

Die emotionsfokussierte Therapie ist ein Konzept, welches gegenüber der Personenzentrierten Psychotherapie durch ihre Vorgehensweise großen Anteil hat. Diese Weiterentwicklung ist hauptsächlich durch die Emotionstheorie von Greenberg & Safran (1987) zustande gekommen, die die Emotionen in der Entwicklung einer Person besonders hervorgehoben haben. Die Emotionstheorie geht davon aus, dass die Affekte generell adaptiv sind und diese der Gesamtheit dienen. Eines der wichtigsten Bedürfnisse des Organismus ist es, situationsbedingte Informationen umgehend und ohne weiteres zu verarbeiten, damit das Ziel erreicht werden kann, eine Handlung durchzuführen. Dazu kann noch gesagt werden, dass eine Emotionstheorie auf zwei Konzepten basiert, einerseits dem emotionalen Schema und andererseits dem emotionalen Prozess.

9. Der Symbolisierungsprozess und das Focusing (E. Gendlin)

E. Gendlin ist der Begründer der Weiterentwicklung des Focusing. Focusing ist eine Therapieart, welche auf positiven Erwartungen einer Veränderung basiert und die sich nicht auf eine festgelegte Struktur festlegt. Das Focusing nach Gendlin (1981) versucht die Person als einen Prozess zu sehen, welcher permanent in einer Veränderung ist. Er schreibt über die Problem der Person als, „[...] *diejenigen Teile des Prozesses, die aus irgendeinem Grund blockiert wurden, und Ziel des Focusing ist es, sie wieder zu befreien und den Prozeß wieder in Gang zu bringen.*“ (Gendlin, 1981, S. 69f.).

Focusing ist eine Therapieart, welche sich auf das Körperbewusstsein spezialisiert. Gendlin schreibt (1981), dass diese spezielle Art von Bewusstsein bisher kaum beachtet wurde und er sich aus diesem Grund einen Ausdruck einfallen lassen musste. Diese spezielle Art von Körperbewusstsein wird von Gendlin „felt sense“ (Gendlin, 1981, S. 41) genannt. Dieser „felt sense“ kommt in Schwingung, sobald sich ein Objekt in seiner Nähe bewegt. Der „felt sense“ kann auch verändert werden, dann verändert sich nach Gendlin das ganze Leben.

„Ein „felt sense“ ist keine geistige, sondern eine physische Erfahrung, ein körperliches Wahrnehmen einer Situation, einer Person oder eines Ereignisses. Eine innere Aura, die alles umgibt, was Sie zu einem bestimmten Gegenstand zu einer bestimmten Zeit fühlen und wissen – sie umgibt es und teilt es Ihnen mit, nicht eines nach dem anderen, sondern alles auf einmal. Sie können es als Geschmack bezeichnen, wenn Sie wollen, oder als musikalischen Akkord, den Sie als mächtigen, vollen, runden Klang empfinden.“ (Gendlin, 1981, S. 41).

Zusammengefasst kommt der „felt sense“ nicht in einer Art von Worten oder Gedanken oder sonstigen zur Erscheinung, sondern durch ein Körpergefühl. Es handelt sich hier um eine Ebene des Bewusstseins, welche noch nicht beachtet wurde. Zusätzlich muss erwähnt werden, dass der „felt sense“ keine reine Emotion ist. Natürlich sind emotionale Teile in ihm enthalten, aber auch genauso sachliche.

„Statt zu versuchen, ein Problem zu analysieren, beginnen Sie, mit seinem „felt sense“ in Berührung zu kommen, mit dem ganzen Problem auf einmal. Es ist eine besondere Art der Empfänglichkeit, in welcher der „felt sense“ sich physisch bewegen kann.“ (Gendlin, 1981, S. 70).

Gendlin (1981) schreibt, dass es hier nicht darum geht, ein Problem zu verstehen, sondern es wird über das Problem gesprochen. Es wird erlebt, wie sich das Empfinden gegenüber dem Problem physisch verändert. Ist die Person durch das Focusing der Lösung des Problems näher gekommen, wird durch den „body shift“ (Gendlin, 1981, S. 70) die Verkrampfung im Körper der Person gelöst.

Gendlin weist darauf hin, dass der „felt sense“ ein physisches Empfinden eines Problems ist. Zusätzlich geht Gendlin davon aus, dass der „felt sense“ ein Gewebe aus mehreren verwobenen Fäden ist. Er ist quasi ein „[...] *vielfaseriges Gewebe körperlichen Bewußtseins.*“ (Gendlin, 1981, S. 82).

Unter Focusing kann ebenso verstanden werden, dass dies einerseits ein innerer Prozess der Kontaktaufnahme mit sich selbst ist, und andererseits eine Methode, mit der es einer Person gelingen kann auf sich selbst Bezug zu nehmen und damit zur einer Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit zu kommen.

Höger, welcher sich mit Gendlins Focusing beschäftigt, schreibt (2006) dazu, dass durch das prozesshafte Erfahren des Selbst eine besondere Art der Erscheinungsweise des Fühlens gegeben sein kann, das wir „Experiencing“ genannt.

„Mit Experiencing ist der kontinuierliche Prozess konkreter und fortwährender, innerlicher wahrgenommener psychischer Ereignissen gemeint, der – und das ist wichtig – primär nicht aus bestimmten Inhalten besteht, sonder sich als ein Fluss des Spürens und Fühlens darstellt, an dem vor allem Empfindungen des Körpers beteiligt sind.“ (Höger, 2006, S. 436).

Dieses Experiencing bildet ein Kontinuum aus einzelnen inneren Konstellationen, welche auch als Erlebnisinhalte bezeichnet werden können.

„Jedem von ihnen kann die Person zu jedem Zeitpunkt ihre Aufmerksamkeit als einem direkten Bezugsobjekt zuwenden und mit ihm in Beziehung treten. Die besondere Art dieser Aufmerksamkeit ist keine punktuelle Konzentration, sondern entspricht einer an diesen Erlebnisinhalten orientierten absichtslosen Aufmerksamkeit, die nicht fixiert oder strukturiert, sondern offen lässt und bleibt. Die besondere Art dieser Bezugnahme ist entscheidend dafür, dass ein Erlebnisswandel eintritt.“ (Höger, 2006, S. 436).

Jedes Erlebnis hat einen genauen Aspekt, welchen die Person schon über dieses Erlebnis weiß. Zusätzlich können aber auch noch gefühlte, aber nicht gewusste Aspekte beinhaltet sein. Dieser Aspekt kann im „felt sense“ erfahren werden. Der „felt sense“ ist ein hervorkommendes ganzheitliches Erleben, welches unter Einbeziehung körperlicher Reaktionen gespürt werden kann. Höger (2006) schreibt dazu, dass ein Freiraum vorhanden sein muss, um nicht vom Inhalt des Erlebens erfasst zu werden, sondern hier muss eine Wechselwirkung entstehen, damit eine Entwicklung der Persönlichkeit vonstatten gehen kann.

„Diese Art der unmittelbaren Bezugnahme des Ich zum Fluss des Erlebens ist Focusing im Sinne des Geschehens. Sie ermöglicht es dem impliziten Gehalt des Felt Sense sich zu entfalten, und zwar in einem Prozess der Wechselwirkung zwischen ihm und expliziten Formen des Erlebens und Handelns. Entscheidend dabei ist, dass der Felt Sense nicht bestimmten Ereignissen, Gefühlen oder Schlussfolgerungen zugeordnet wird, sondern dass ein Hin und Her entsteht zwischen dem Felt Sense und einem ersten sich einstellenden Symbol (Bild, Bezeichnung eines Körperempfindens usw.). Diese Symbolisierung wird dann dahingehend überprüft ob sie zum Felt Sense passt, wobei sich eine neue Symbolisierung einstellen kann usw.“ (Höger, 2006, S. 436)

Höger schreibt, dass bei einem bestimmten „felt sense“ auch eine bestimmte Symbolisierung geschieht. Sobald dem „felt sense“ die Gelegenheit geboten wird, strebt dieser nach einer Klärung der Bedeutung, das heißt danach, symbolisiert zu werden. In diesem Austausch finden sich die Symbolisierungen mit den Erlebnissen. Es gibt verschiedene Arten, wie Erleben symbolisiert werden kann, zum Beispiel in Bildern, Gestalten, Körperempfindungen, etc.

„Sobald dass Passende gefunden ist, wird diese „Stimmigkeit“ als unmittelbares Evidenzerleben deutlich spürbar, vor allem auch als deutlich wahrnehmbare körperliche Entspannung. Zugleich verändert sich der Felt Sense in Richtung auf eine Erweiterung, die einen erneuten Symbolisierungsprozess möglich macht usw.“ (Höger, 2006, S. 437).

Zusammenfassend zu Höger kann gesagt werden, dass der Symbolisierungsprozess hier Mittel zum Zweck des „body shift“ ist. Mit anderen Worten, der Symbolisierungsprozess ist hier die Art und Weise, wie therapiert wird.

Auch Wiltschko schreibt über Gendlins Perspektive, dass das Erleben die Ursache von falschen Antworten ist auf die Wirklichkeit, die eine Person erlebt. Dies kann verschiedenste Anlässe haben, entweder einen Mangel an Wertschätzung, einen Mangel an Kongruenz der Bezugsperson etc., auf alle Fälle eine falsche Antwort auf die momentanen Bedürfnisse. Solche unbefriedigten Antworten lassen den Lebensprozess stagnieren, und die innere Instanz wartet ewig auf die richtige Antwort. *„Handelt es sich dabei um eine frühe, vor der Selbstbildung stattfindende Unterbrechung des Erlebensprozesses, wird die Person auch später nicht in der Lage sein, sich weiterführende Selbst-Antworten zu geben.“* (Wiltschko, 2007, S 102f.).

Jedoch muss hier gesagt werden, dass der Organismus ja weiter leben will und nicht durch das Stagnieren abstirbt, das heißt er sucht sich eine Möglichkeit, um weiter zu leben. Wiltschko (2007) meint, dass der Organismus diese Stelle, an dem er nicht die richtige Antwort bzw. keine Antwort bekommt, übergeht und so weiterleben kann.

Durch dieses Übergehen können Defizite entstehen, was wiederum das Entstehen von Störungen bedeutet. Als Beispiel sei angeführt werden: das Kind wünscht sich von den Eltern Aufmerksamkeit. Es wird jedoch nur beachtet, wenn es etwas sehr gut kann. Das Kind wird seine Trauer überspringen, da es um seiner selbst willen nicht beachtet wird beziehungsweise nicht bemerkt wird und die Sehnsucht nach einem Angenommensein fehlt. Das Kind wird sich immer anstrengen gute Leistungen zu erbringen.

„Damit das Überspringen des Bedürfnisses, das nicht beantwortet wird, der damit einhergehenden Gefühle und die Ausbildung eines lebhaften „Umwegs“ zu einem Muster, zu einer Gewohnheit wird, damit beides zusammen also strukturgebundenen Charakter annimmt, bedarf es entweder einer besonders traumatischen Primärerfahrung oder, was wesentlich häufiger vorkommt, sich wiederholender, subtiler, das Erleben der Person nicht berücksichtigender Interaktionen. Das sich dann konstellierende strukturgebundene Erlebens- und Verhaltensmuster könnte etwa folgendermaßen aussehen:

→ *Immer wenn sich die Person zurückgewiesen fühlt (Beispiel 1), wird sie aus dem Kontakt fliehen und sich zurückziehen.*

→ *Immer wenn die Person nicht bekommt, was sie bräuchte (Beispiel 2), wird sie besonders auf die Bedürfnisse anderer eingehen.*

→ *Immer wenn sich die Person als Person nicht gewürdigt fühlt (Beispiel 3) wird sie umso mehr in die Arbeit stürzen.“* (Wiltschko, 2007, S. 103f.).

Abschließend soll erwähnt werden, dass Gendlin Interventionsregeln entwickelte, welche das Focusing fördern sollten. Klinische Untersuchungen haben ergeben, dass auf dem Weg zu Empfindungen im Körper Erfahrungen, welche symbolisiert wurden, zurück geführt werden konnten.

Mit der Hilfe des Experiencing-Konzeptes wurde gezeigt, dass ein Symbolisierungsprozess unmittelbar angestoßen werden kann.

„Im Hinblick auf die Aufmerksamkeitszentrierung lässt sich dem Experiencing-Konzept entnehmen, daß der Gesprächspsychotherapeut darauf achten sollte, welche anderen Formen der Symbolisierung bei einem Patienten im Zusammenhang mit seinem in einer bestimmten Form symbolisierten Erleben einstellen.“ (Kriz, 1985, S. 157).

Gendlin ist der Begründer der Focusing Therapy. Focusing ist eine Art der Therapie, die jede Person unter Anleitung selbst durchführen kann. Gendlin spezialisiert sich auf das Körperbewusstsein. Bei Gendlins Therapie gibt es wichtige Begriffe, zum Beispiel den „felt sense“, quasi die innere Instanz der Person, welche jede Erfahrung bzw. Emotion übermittelt bekommt. Wird der „felt sense“ verändert, kann sich auch das Leben verändern. Das heißt erlebt eine Person ein Problem, spürt diese der „felt sense“ auf, und es stellt sich im Körper ein Unwohlsein ein. Durch die Methode des Focusing hat die Person die Möglichkeit dieses Unwohl sein zu verbessern, dadurch entsteht in der Person ein „body shift“. Auf Grund dieses „body shift“ stellt sich in der Person ein positives Körpergefühl ein, und der Person geht es wieder besser.

10. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Aufbauend auf C. Rogers' Therapieform wurden für diese Arbeit Autoren angeführt, welche Personenzentrierte Psychotherapie betreiben und welche die Basis von C. Rogers übernommen beziehungsweise erweitert haben. Im speziellen geht es in dieser Arbeit um den Symbolisierungsprozess, in dem Erfahrungen und Emotionen nach Rogers in das Selbst integriert werden sollen. Dieser Symbolisierungsprozess hat meines Erachtens in der Personenzentrierten Psychotherapie eine wichtige Stellung, da man sagen kann, dass durch eventuelles Nicht- oder Teilintegrieren von Erfahrungen und Emotionen Spannungen entstehen. Dies ist eine wichtige Annahme nach Rogers; da dieser nicht von Störungen spricht, handelt es sich hier um eine Art der Therapie, welche dem Klienten hilft, seine Spannungen zu lösen.

Finke und Teusch beschreiben in ihren Ausführungen teilweise, dass Emotionen verzerrt oder versperrt symbolisiert werden, jedoch liegt ihr Hauptaugenmerk auf den Störungsbildern. Sie gehen davon aus, dass die Aspekte, welche verzerrt in das Selbst aufgenommen werden, eng in Verbindung mit der Störung und der Persönlichkeit des Klienten stehen. Zusätzlich soll erwähnt werden, dass es Ziel von Finke und Teusch ist, auf Grund der Therapie eine Veränderung der Symptomatik zu erreichen. In ihrer Ausführung wird zwar davon gesprochen, dass manches verzerrt wird, jedoch wird nicht auf die Entstehung der Störung gesehen. Der Klient kommt mit einer Diagnose zum Therapeuten bzw. erstellt der Therapeut noch eine Diagnose, und anhand dieser werden Schlüsselthemen festgemacht, und das Ziel der beiden Autoren ist es, die Symptome zu verringern.

In Speierers Ausführungen seiner Theorie kann gelesen werden, dass Erfahrungen nicht in das Selbstkonzept integriert werden, d. h. er geht von einem Prozess aus, welcher Erfahrungen entweder in das Selbstkonzept aufnimmt oder nicht. Bei Speierers Ausführung ist aber nichts vom Symbolisierungsprozess an sich zu lesen. Seine Theorie konzentriert sich hauptsächlich auf die später entstehende Inkongruenz.

In Speierers Theorie wird automatisch davon ausgegangen, dass Erfahrungen nicht symbolisiert werden und es drei Quellen von Inkongruenzentstehung gibt. Die Art und Weise jedoch, wie es zur Entstehung von Störungen kommt, wird auch hier kaum

angeführt. Auch Speierer arbeitet mit dem Klassifikationssystem nach Dillinger, dem ICD-10. Speierer erklärt anhand seiner drei Inkongruenzquellen das Störungsbild. Zum Beispiel hat ein Angstpatient diese Störung, da eine sozialkommunikative Inkongruenz vorherrscht.

Sachse hat eine Zielorientierte Gesprächspsychotherapie auf der Basis von C. Rogers entwickelt. Er erweitert und verändert hauptsächlich die Vorgehensweise in der Therapie selbst. In der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie wird nicht nur Wert auf die Beziehung in der Therapie gelegt, sondern geht es um die Klärung und Bearbeitung von Veränderung von Schemata des Klienten. Der Begriff Schemata wird in dieser Arbeit zum ersten Mal bei Sachse verwendet. Schemata nach Sachse sind eine Art Wissensstruktur, die durch die Erfahrungen, die die Person macht, herausgebildet werden. Ist ein Schema einmal aktiviert worden, dann bestimmt dieses die folgenden Handlungen, Emotionalitäten und Situationsverarbeitungen. Es kann gesagt werden, dass diese Schemata für die Person an sich unergründlich sind. Da diese Schemata für die Person so sind, wie sie sind und nicht greifbar sind, hat Sachse die Basis von C. Rogers weiterentwickelt zu einer Ziel- und Klärungsorientierten Psychotherapie. In Sachses Therapieform wird versucht, die Schemata zu deautomatisieren, dadurch soll dem Klienten bewusst werden, warum ein Schema auf diese Handlung so reagiert.

Diese Schemata bestimmen im Grunde die Erlebens- und Verhaltensweisen einer Person, das heißt hier können Störungen entstehen. Sachse beschränkt dies auf drei Schemata, in denen Dysfunktionen entstehen können.

Grundsätzlich ist es in Sachses Theorie so, dass es um die Vorgehensweise in der Therapie geht.

Biermann-Ratjen geht wieder genauer auf den Symbolisierungsprozess ein. Sie schreibt davon, dass in diesem Prozess Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühle, Gedanken, etc. unterschieden werden, diese jedoch wieder aufeinander Bezug nehmen. Sie sieht auch eine empathische Beziehung zwischen Mutter und Kind als Symbolisierungsprozess an, da Biermann-Ratjen davon ausgeht, dass das Kind Erfahrungen und Emotionen erst durch das Spiegeln der Mutter verstehen kann.

Biermann-Ratjen erklärt sich die Entstehung von Störungen durch das nicht gute Zusammenspiel von Selbstkonzept und der erlebten Erfahrung. Bei ihr hat das Symbolisieren von Erfahrungen, dessen Spiegeln und Vorleben der wichtigen Bezugsperson großen Stellenwert. Sie beschreibt teilweise auch Störungsbilder, jedoch

denke ich, dass die Diagnose der Störung bei Biermann-Ratjen ein MUSS der Zeit ist. Im therapeutischen Bereich wird eine Diagnose benötigt, damit die Krankenkasse diese Therapie auch genehmigen kann. Um einem Klienten eine Therapie zu bezahlen, ist es wichtig eine Diagnose zu haben, ein Ziel festzulegen und die Störung in einem gewissen Zeitrahmen zu bewältigen. Biermann-Ratjen schreibt, dass Angstneurosen, Phobien etc. durch die Verteidigung von Erfahrungen, welche das Selbstkonzept bedrohen können, entstehen.

Heinerth unterscheidet zwischen den Störungen, verzerrte Symbolisierungen sind neurotische Störungen, und eine versperrte Symbolisierung ist eine Persönlichkeitsstörung. Er beschreibt seine Art des Symbolisierungsprozesses anhand einer Veranschaulichung. Erleben kann entweder Frust bringen oder Befriedigung. Bringt das Erleben Befriedigung, ist nach Heinerth alles in Ordnung. Bringt das Erleben Frust, ist dies ein Rückschlag für das Selbstkonzept. Auch Heinerth schreibt, dass im Prinzip die Grundlage einer kongruenten Person die empathische Beziehung ist, dass durch fehlende Empathie in der frühen Kindheit Erfahrungen vom Selbstkonzept versperrt bleiben. Hier ist die Rede von Bindungsgefühlen, Liebe, sozialer Verbundenheit etc.

Weiters stellt sich heraus, dass auf Grund nicht vorhandener unbedingter Wertschätzung eine verzerrte Wahrnehmung einstellt. Das heißt Personen haben Angst vor Liebesverlust, da diese die Erfahrung verzerrt symbolisierten.

Spielhofer beschreibt ebenfalls, dass es auf Grund mangelhaften empathischen Verstehens durch die Bezugsperson dazu kommen kann, dass diese Emotionen schwer symbolisiert werden. Spielhofer geht davon aus, dass es zur Entstehung von einer Persönlichkeitsstörung, im speziellen der Borderlinestörung, hauptsächlich um ein Defizit im Selbstkonzept geht. Auch Spielhofer schreibt, dass es einen Unterschied zwischen versperonter und verzerrter Erfahrung gibt. Das heißt verzerrt wahrgenommene Erfahrungen werden als neurotische Abwehrmaßnahmen und versperont wahrgenommene Erfahrungen als Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung gesehen.

Greenberg ist der Begründer der emotionsfokussierten Therapie, welche auch ihre Basis in der von C. Rogers entwickelten Personenzentrierten Psychotherapie findet. Greenberg geht davon aus, dass die Person sich durch ihr eigenes Erleben definiert und nicht durch ihre Biographie. Es wird deutlich, dass es bei Greenbergs Theorie hauptsächlich um das

Gewahrwerden von den Bedürfnissen der Person geht. Diese Bedürfnisse entstehen aus der Person-Umwelt-Interaktion, diese Bedürfnisse sind demnach nicht angeboren, sondern entstehen durch die o. a. Interaktionen. Ziel des Organismus soll es sein, diese Bedürfnisse zu befriedigen. In Greenbergs Theorie liegt das Hauptaugenmerk auf dem im Moment Erlebten. Das heißt wenn ein Erleben dem komplexen Selbst nicht gewahr wird, entsteht auch bei ihm Inkongruenz. Unterschied zu C. Rogers ist, dass Greenberg von einem Prozess schreibt, von dem er nicht weiß, wie dieser genau abläuft und was passieren muss, damit ein Erleben nicht integriert werden kann.

Es kann zusammengefasst werden, dass es Ziel der emotionsfokussierten Therapie ist, einen Zugang zu den emotionalen Schemata zu finden. Es soll entweder ein Ausdruck der Emotion ermöglicht werden oder das Schema rekonstruiert werden, in dem die traumatischen Erlebnisse durch eine Überlagerung frei gelassen werden.

„Die vier Elemente stehen in Beziehung mit dem Kern des emotionalen Schemas. Er organisiert die verschiedenen Elemente um eine spezifische Emotion, z. B. extreme Angst, und eine damit verbundene Gefühlsqualität, z. B. ein Gefühl tiefer Ohnmacht.“ (Eckert, 2006, S. 443).

„Eine adäquate Emotionsverarbeitung ist dann gewährleistet, wenn alle vier Elemente bewusst werden.“ (Eckert, 2006, S. 443)

„In der Prozess-Erlebnisorientierten Psychotherapie werden vier emotionale Prozesse voneinander unterschieden.“ (Eckert, 2006, S. 443)

„1. Von primär adaptiven Prozessen spricht man, wenn die Emotion übereinstimmt mit der Situation, in der sie auftritt, und dem Individuum zu einer adäquaten Reaktion verhilft. [...]

2. Maladaptive emotionale Prozesse entstehen, wenn die auslösende Situation durch bestimmte Erfahrungen eine andere Bedeutung erhalten hat. Das ist in der Regel bei traumatischen Erfahrungen der Fall. [...]

3. Bei sekundär reaktiven emotionalen Prozessen wird emotional auf die ursprüngliche und primär adaptive Emotion reagiert. Es entwickelt sich eine Emotion zu der Emotion, die dann zu einer maladaptiven Handlung führen kann. Die Emotion zu der Emotion beinhaltet meistens eine Bewertung. [...]

4. Instrumentelle emotionale Prozesse bezeichnen einen simulierten Ausdruck emotionaler Zustände, um andere zu beeinflussen oder zu kontrollieren. [...]“ (Eckert, 2006, S. 443ff).

Gendlin ist der Begründer der Focusing Therapy. Focusing ist eine Art der Therapie, die jede Person unter Anleitung selbst durchführen kann. Gendlin spezialisiert sich auf das Körperbewusstsein. Bei Gendlins Therapie gibt es wichtige Begriffe, zum Beispiel den „felt sense“, quasi die innere Instanz der Person, welche jede Erfahrung bzw. Emotion übermittelt bekommt. Wird der „felt sense“ verändert, kann sich auch das Leben verändern. Das heißt erlebt eine Person ein Problem, spürt diese der „felt sense“ auf, und es stellt sich im Körper ein Unwohlsein ein. Durch die Methode des Focusing hat die Person die Möglichkeit dieses Unwohl sein zu verbessern, dadurch entsteht in der Person ein „body shift“. Auf Grund dieses „body shift“ stellt sich in der Person ein positives Körpergefühl ein, und der Person geht es wieder besser.

Aus praktischer Sicht ist die stärkere Betonung des Symbolisierungsprozesses zur Entstehung der Störungsbilder zentral. Ob das Störungswissen des Therapeuten allein die Erfahrungen des Klienten integrierbar macht, ist allerdings fraglich. Durch Wertschätzung, Empathie und Kongruenz soll bekanntermaßen dem Klienten geholfen werden, das Problem selbst zu sehen und zu lösen, doch dazu ist es natürlich vonnöten, dass im therapeutischen Geschehen auf Erfahrungen und Erlebnisse eingegangen wird. Genau davon aber ist bei keinem der angeführten Autoren die Rede, es wird vielmehr stillschweigend davon ausgegangen, dass eine solche Bearbeitung der Vergangenheit vonstatten geht. Jeder Autor beschreibt eine eigene Variante der Therapie, mit spezifischen Schwerpunkten, im Grunde aber wird m.E. vom Symbolisierungsprozess, aus dem die Störungen eigentlich entstehen, zu selbstverständlich ausgegangen.

Aus meiner Sicht stellt das zentrale Element der Personenzentrierten Psychotherapie der Symbolisierungsprozess dar: Ein Erleben, das nicht zu meinem Selbstbild passt, wird, wenn es anhält, nicht integriert, macht mich inkongruent und erzeugt in späterer Folge ein Störungsbild.

Ob nun, wie beschrieben, störungsspezifisch oder zielorientiert, emotionsfokussiert oder gesprächsorientiert vorgegangen wird, es sollte m.E. in jedem Fall mehr Aufmerksamkeit auf die Erfahrung und das Erleben des Klienten, wie es aus seiner subjektiven Darstellungsweise hervorgeht, gelegt werden; so könnte, zum Gewinn aller von den verschiedenen Autoren dargestellten therapeutischen Strategien, dem Symbolisierungsprozess fruchtbarer Nutzen abgewonnen, sprich in der therapeutischen Praxis schneller Erfolge erzielt werden.

Literaturverzeichnis

Biermann-Ratjen, E. M. (1993). Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert, J. & Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.). Die Entwicklung der Person und ihre Störungen. S. 77 – 87. Köln: GwG.

Biermann-Ratjen, E. M. (2002). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In: Boeck-Singelmann, C. & Ehlers, B. & Hensel, T. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (2. Auflage). S. 11 – 34. Göttingen: Hogrefe.

Biermann-Ratjen, E. M. (2007). Die Störungslehre des klientenzentrierten Konzepts. In: Kriz, J. & Slunecko, T. (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. S. 49 - 63. Wien: WUV - Universitätsverlag.

Binder, J. & Binder, U. (1981). Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen. Neue Handlungs- und Theorienkonzepte zur Veränderung. Frankfurt/Main: Fachbuchhandlung für Psychologie.

Binder, J. & Binder, U. (1991). Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung, Psychosomatisches Erleben Depressives Leiden. Eschborn bei Frankfurt/Main: Verlag Dietmar Klotz.

Bischkopf, J. & Greenberg, L. (2007). Emotionsfokussierte Therapie und die Theorie erfahrungsorientierter Psychotherapie. In: Kriz, J. & Slunecko, T. (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. S. 109 – 122. Wien: WUV - Universitätsverlag.

Brandt, C. & Heinerth, K. (2006). Symbolisierungsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung. In: Person – Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personenzentrierte Ansätze, 10. Jg., S. 5 - 13. Wien: WUV - Universitätsverlag.

Danner, H. (1998). Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik. Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik. (4. Auflage). München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Eckert, J. (1996). Gesprächspsychotherapie. In: Reimer, C & Eckert, J. & Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.). Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. S. 124 – 191. Berlin: Springer Verlag.

Eckert, J. & Höger, D. & Linster H. W. (1997). Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer Verlag.

Eckert, J. & Kriz, J. (2005). Humanistische Psychotherapieverfahren. In: Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.). Praxis der Psychotherapie. S. 328 – 348. Stuttgart: Thieme.

Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E. M. & Höger, D. (2006). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Berlin: Springer Verlag.

Eckert, J. (2006). Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie. In: Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E. M. & Höger, D. (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. S. 441 – 448. Berlin: Springer Verlag.

Finke, J. (2004). Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen. (3. Auflage). Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag.

Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personenzentrierten Psychotherapie. In: Person – Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personenzentrierte Ansätze, S. 51 - 64. Wien: WUV - Universitätsverlag.

Finke, J. & Teusch, L. (2007). Die störungsbezogene Perspektive in der Gesprächspsychotherapie. In: Kriz, J. & Slunecko, T. (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. S. 227 – 232. Wien: WUV - Universitätsverlag.

Finke, J. & Teusch, L. (2007). Gesprächspsychotherapie der Depression. In: Kriz, J. & Slunecko, T. (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. S. 233 – 247. Wien: WUV - Universitätsverlag.

Gendlin, E. T. (1981). Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. Salzburg: Otto Müller Verlag.

Greenberg, L. & Paivio, S. (1997). Working with Emotions in Psychotherapy. New York, London: The Guilford Press.

Greenberg, L. & Safran, J. D. (1987). Emotion in Psychotherapy. Affect, Cognition, and the Process of Change. New York, London: The Guilford Press.

Greenberg, L. (2002). Emotion – Focused Therapy. Coaching Clients to Work Through Their Feelings. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L. S. & Rice, L. N. & Elliott, R. (2003). Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebensorientierten Therapie. Paderborn: Junfermann.

Groddeck, N. (2002). Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie. Darmstadt: Primusverlag.

Heinerth, K. (2002). Verspernte und verzerrte Symbolisierung. Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In: Iseli, C. & Keil, W. W. & Korbei, L. & Nemeskeri, N. & Rasch-Oswald, S. & Schmid, P. F. & Wacker, P. G. (Hrsg.). Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/ Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. S. 145 – 180. Köln: GwG.

Höger, D. (2006). Focusing. In: Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E. M. & Höger, D. (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. S. 435 – 439. Berlin: Springer Verlag.

Izard, C. E. (1994). Die Emotionen des Menschen. Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie. (2. Auflage). Weinheim: Beltz Verlags Union.

Kriz, J. (1985). Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung. München/Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Mertens, W. (2000). Psychodynamische Psychotherapien. Diagnostik in der Psychoanalyse. In: Lainreiter, A. R. (Hrsg.). Diagnostik in der Psychotherapie. S. 27 – 40. Wien/New York: Springer Verlag.

Rogers, Carl R. (2005). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy. (17. Auflage). Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Rogers, Carl R. (2007). Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. (19. Auflage). Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Sachse, R. & Maus, C. (1991). Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer Verlag.

Sachse, R. (1992). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Eine grundlegende Neukonzeption. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag.

Sachse, R. (1996). Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag.

Sachse, R. (1999). Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag.

Sachse, R. (2000). Humanistisch-existentialistische Therapiemodelle. Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie. In: Lainreiter, A. R. (Hrsg.). Diagnostik in der Psychotherapie. S. 165 - 178. Wien/New York: Springer Verlag.

Sachse, R. (2002). Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag.

Sachse, R. (2005). Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie: Kritik und Weiterentwicklung eines Therapiekonzeptes. Lengerich: Pabst.

Speierer, G. W. (1994). Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM) – Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

Speierer, G. W. (2002). Das Differentielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In: Keil, W. W. Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie (Hrsg.) Stumm, G., S. 163 - 185. Wien/New York: Springer Verlag.

Spielhofer, H. (2005). Selbststrukturen bei narzisstischen Störungen und Borderline – Persönlichkeiten. In: Person – Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personenzentrierte Ansätze, S. 65 – 81. Wien: WUV - Universitätsverlag.

Swildens, H. (1994). Gesprächspsychotherapie bei Borderline-Patienten. In: Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder (Hrsg.) Teusch, L., Finke, J., Gastpar, M., S. 49 – 52. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

Teusch, L. (1994). Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder. (Hrsg.) Teusch, L. & Finke, J. & Gastpar, M. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

Teusch, L. & Finke, J. (1997). Ein Gesprächspsychotherapie-Manual für Panik und Agrophobie. In: Mundt, C. & Linden, M. & Barnett, W. (Hrsg.). Psychotherapie in der Psychiatrie. S. 415 – 420. Wien/New York: Springer Verlag.

Teusch, L. & Finke, J. (2002). Die störungsspezifische Perspektive. In: Keil, W. W. Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie (Hrsg.) Stumm, G., S. 146 – 162. Wien/New York: Springer Verlag.

Teusch, L. & Finke, J. (2007). Gesprächspsychotherapie der Angststörungen. In: Kriz, J. & Slunecko, T. (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. S. 248 – 254. Wien: WUV - Universitätsverlag.

Tscheulin, D. (1983). Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine Differentielle Gesprächspsychotherapie. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Wiltschko, J. (2007). Experiencing-Theorie und Focusing-Therapie. Konzepte und Methoden im Umgang mit strukturgebundenem Erleben. In: Kriz, J. & Slunecko, T. (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. S. 95 – 108. Wien: WUV - Universitätsverlag.

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name	Petra Pillichshammer
Geburtstag	11.03.1981
Geburtsort	Vöcklabruck
Staatsangehörigkeit	Österreich

Aus- und Weiterbildung

Seit 10/2003	Studium der Bildungswissenschaften an der Universität Wien
10/04 – 07/06	Ausbildung zur Dipl. Tanzpädagogin für Künstlerischen Tanz im Tanzstudio IGRA Wien
09/00 – 07/01	Berufsreifeprüfung am BFI Vöcklabruck/OÖ
09/96 – 12/99	Lehre als Bürokauffrau bei Fa. Sembella Timelkam/OÖ
09/95 – 07/96	Handelsschule Vöcklabruck/OÖ
09/91 - 07/95	Private Mädchen Hauptschule Vöcklabruck/OÖ
87/09 - 07/91	Volksschule Timelkam/OÖ

Bisherige Berufserfahrung

01/08	Ambulante Sozialpädagogische Einzel- und Familienbetreuung bei Fa. Mobilis Steyr/OÖ
07/07 – 10/07	Trainerin bei Jugend am Werk Vöcklabruck/OÖ
09/06 – 10/06	Pädagogische Betreuerin im Koko Krisenzentrum für Jugendliche Salzburg/SBG

08/06	Ferialjob im Bereich Qualitätskontrolle Lenzing AG Lenzing/OÖ
07/05	Ferialjob im Bereich Qualitätskontrolle Lenzing AG Lenzing/OÖ
09/04 – 10/04	Ferialjob im Bereich Qualitätskontrolle Lenzing AG Lenzing/OÖ
07/04 – 08/04	Pädagogische Betreuerin im SoS Kinderdorf Hinterbrühl/NÖ
04/04 – 05/04	Bürotätigkeit bei Fa. Venetia Wien
06/01 – 10/03	Einkäuferin bei Intersport Wels/OÖ
01/99 – 01/01	Sekretärin bei Fa. Lidl Lindach/OÖ
09/96 – 12/99	Lehre als Bürokauffrau bei Fa. Sembella Timelkam/OÖ

Sprachkenntnisse

Deutsch (Muttersprache)
Englisch
Grundkenntnisse Italienisch

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit des Eides statt, das ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen wörtlich oder inhaltlich übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Petra Pillichshammer

Timelkam, Mai 2009