

Inhalt

Lena Staudigl
Editorial 3

Aus der Forschung

David Oberreiter
Selbst-Grenzen-Störung unter besonderer
Beachtung struktureller Empathie 5

Magazin

Wilfried Haßelberg-Weyandt
Die Diagnose – nützlich und problemträchtig 11

Christa Kosmala
Traumasensible Arbeit mit älteren Menschen
in der Pflege 14

Thomas Franke
Wenn neue Wege sichtbar werden:
Ein Erlebnisbericht von den Focusing-Wochen
Achberg 2022 16

Aus der GwG

Anke Wegener-Sorge
Neuigkeiten aus dem Bereich Psychotherapie 18

Wiederwahl DGfB-Vorstand 20

Delegiertenversammlung 2023 20

Elena Winter
„Der PZA ist im Coaching als Idee sehr
präsent“ – Interview mit Arne Klein 21

Unser Titelbild stammt diesmal von
GwG-Mitglied Thomas Fleischer. Er ist Psycholo-
gischer Psychotherapeut und bildender Künstler. In Ausgabe
3/2020 haben wir ein Interview mit ihm geführt über sein
künstlerisches Schaffen.

Heinke Deloch
„Focusing bringt Lebendigkeit“: Abschluss der
ersten Weiterbildung „Focusing-orientierte
Prozessbegleitung“ 22

Zum Tod von Agnes Wild-Missong 23

Zur Diskussion

Wilfried Haßelberg-Weyandt
Unvereinbare Positionen 24

Hans Henning
Eine Frage des Zeitgeistes 25

Ethik im Personzentrierten Ansatz

Gabriele Isele
Zu viel des Guten? Wie eine ausschließliche Fokussie-
rung auf Ressourcen Empathie verhindern kann 26

Rubriken

Wir begrüßen unsere neuen Mitglieder 25

Impressum 26

Fort- und Weiterbildungsangebote 27

GwG-Regionenvertretungen und -Delegierte 30

Selbst-Grenzen-Störung unter besonderer Beachtung struktureller Empathie

David Oberreiter

Zusammenfassung: Empathie bezieht sich meist auf das Verstehen oder Verstehen-Wollen von inhaltlichen Bedeutungen. Bei schweren psychischen Störungen, bei denen nicht nur Denkinhalte, sondern auch die Struktur des Empfindens und Denkens verändert sind, muss der empathische Zugang erweitert werden. Zusätzlich zum Verständnis für Themen und Inhalte muss die Veränderung in der Struktur des Denkens und die Auswirkung für die Betroffenen Beachtung finden. Am Beispiel der Selbst-Grenzen-Störung wird die bedeutsame Veränderung in der Struktur des Erlebens dargestellt. Zur Verdeutlichung werden philosophische Aussagen zum Thema des Selbst genutzt. Aus den theoretischen Überlegungen ergibt sich ein klares Bild der Therapiestrategie.

Psychotische Symptome

Selbst-Grenzen-Störungen werden den psychotischen Störungen zugerechnet. Der Begriff der Psychose wird erstmalig von Carl Canstatt verwendet, der damit Funktionsstörungen der „intelligenten Sphäre des Nervensystems“ von Störungen „anderer Nervenprovinzen“ unterscheidet (Canstatt, 1841, S. 328). In den Folgejahren wird der Psychose-Begriff sehr breit für alle psychischen Störungen verwendet. Affektive Störungen wie Depression und bipolar affektive Störungen werden ebenso als Psychosen bezeichnet wie schizophrene Störungen (vgl. Hoenig, 1983). Im Lauf der folgenden hundert Jahre erfährt der Begriff jedoch eine Bedeutungseinengung. Die Bezeichnung beschränkt sich auf jene psychischen Symptome, die durch Wahrnehmungen oder Auffassungen geprägt sind, die zu einer verzerrten Erfahrung der Wirklichkeit führen.

Der Begriff der Psychose bezeichnet nun vor allem Halluzinationen, formale Denkstörungen, inhaltliche Denkstörungen (Wahn), Depersonalisation, Derealisation und Ich-Grenzen-Störungen / Selbst-Grenzen-Störungen. (Psychiatrische Literatur spricht meist von Ich-Grenzen-Störungen; im personzentrierten Kontext ist die Bezeichnung Selbst-Grenzen-Störung naheliegend. In diesem Artikel werden die Begriffe als Synonyme verwendet.) Während die anderen psychotischen Symptome an anderer Stelle besondere Beachtung finden sollen¹, wird hier besonders auf die Ich-Grenzen-Störungen eingegangen. Unter Ich-Grenzen-Störungen werden Beeinflussungserlebnisse verstanden, die aus Sicht der Betroffenen die Grenzen ihrer körperlichen und psychischen Integrität durchbrechen.

Die Symptomatik der Ich-Grenzen-Störung

Störungen der Ich-Grenzen können die Gedanken, die Gefühle, den Willen oder körperliche Grenzen betreffen. Das Symptom beschreibt nicht ein Wissen um eine Unklarheit der Grenze, sondern vielmehr ein Gefühl. Menschen mit dieser Symptomatik fühlen sich in ihrem Inneren ausgeliefert. So beschreibt Karl Landauer den Gedankenentzug folgendermaßen: „Auch der Gedankenentzug ist nicht etwa plötzliches Vergessen, wie wenn einem ‚ein Name auf der Zunge liegt‘, sondern ein Gefühl des Erleidens der Gedankenwegnahme“ (Landauer, 1926, S. 389). Dieses Gefühl des Erleidens ist nicht nur auf den „Gedankenentzug“ anwendbar, sondern das vorherrschende Gefühl des ganzen Symptomkomplexes. Die Leidenden haben das Gefühl, nicht beeinflussen zu können, was mit und in ihnen geschieht. Sie erleben sich in ihrem tiefsten Inneren ausgeliefert oder bloßgestellt.

Ich-Grenzen-Störungen der Gedanken

Menschen, die unter Ich-Grenzen-Störungen der Gedanken leiden, haben den Eindruck, die Kontrolle über ihre Gedanken wäre ihnen entzogen. Im Symptom des „Gedankenausbreitens“ haben die Betroffenen das Gefühl, ihre Gedanken würden sich im Umkreis ausbreiten und jeder Mitmensch wüsste nun die Gedanken der betroffenen Person. Da ja jeder Mensch Gedanken hat, von denen er nicht unbedingt möchte, dass seine Mitmenschen diese wüssten, versuchen die Betroffenen, jene für sie bloßstellenden oder sozial nicht erwünschten Gedanken möglichst zu vermeiden und bewusst nicht zu denken. Doch dieses Ansinnen muss scheitern. Es ist nicht möglich einen Gedanken bewusst nicht zu denken – im Gegenteil, die zu vermeiden versuchten Gedanken geraten so nur noch präsenter in den Vordergrund der Betroffenen, weil diese ständig bewusst versuchen, diese Gedanken nicht zu denken. Im Glauben, alle wüssten nun ihre Gedanken, fühlen sie sich besonders beschämt. Eine Betroffene beschreibt: „Die Leute merken, was ich denke. Da können sie mir gar nichts vormachen, das ist so, das spür ich einfach. Das seh ich an den Gesichtern. Das wär an sich alles nicht so schlimm, wenn ich nicht so ungehörige Sachen denken würde, Schwein oder ein anderes Schimpfwort. Wenn ich etwas denke, sofort weiß das der Gegenübersitzende. Und da muss man sich doch schämen“ (Schneider, 1950, S. 112).

Ähnlich beschämend wird das Symptom des „Gedankenlautwerdens“ erlebt. Hier haben die Betroffenen das Gefühl des Ausgeliefertseins durch den Eindruck ungewollten Lautwerdens

1 Vgl. z.B. Teusch, Beyerle, Lange, Schenk & Stadtmüller, 1984; Teusch, Köhler & Finke, 1987; Teusch, Finke & Gastpar, 1994; Gaebel, 1994; Oberreiter, 2018; Finke, 2019



Hinweis: Unsere Autorinnen und Autoren sind über die Möglichkeiten einer geschlechtsneutralen Sprache informiert. Ob und wie sie diese in ihren Beiträgen umsetzen, liegt im Ermessen jedes/r Einzelnen.

jeglicher Gedanken. Gedankenausbreiten und Gedankenlautwerden sind häufig mit großem Leidensdruck verbunden, weil sich die Betroffenen öffentlich bloßgestellt fühlen.

„Gedankenentzug“ beschreibt das Gefühl der Gedankenwegnahme durch zumeist eine bestimmte Person oder eine höhere Macht.² Dieses Symptom kann verbunden sein mit der formalen Denkstörung des Gedankenabreißens. Gedankenentzug ist jedoch mehr als nur ein (wahnhafter) Erklärungsversuch für das Unvermögen, bestimmte Gedanken nicht weiterverfolgen zu können. Die Qualität des Gefühls des Ausgeliefertseins steht emotional oft im Vordergrund.

Auch beim Symptom der „Gedankeneingebung“ wird die Verursachung oft einer bestimmten Person oder Macht zugeschrieben. Hier erleben die Betroffenen ihre Gedanken nicht nur ihnen gehörend, sondern beeinflusst durch jemand anderen oder etwas anderes.

Ich-Grenzen-Störungen der Gefühle

Ich-Grenzen-Störungen können auch die Gefühle betreffen. Es ist möglich, Gefühle anderer Menschen durch Mitfühlen nachzuempfinden oder durch Einfühlung daran teil zu haben (vgl. Stein, 1917, S. 18). Unterschiedliche Menschen empfinden jedoch nicht das exakt idente Gefühl. Selbst wenn es gleich benannt wird, so ist die Ausformung des Gefühls individuell unterschiedlich. Bei dem Phänomen der Ich-Grenzen-Störung der Gefühle entsteht in den Betroffenen jedoch die Empfindung, ihre Gefühle seien mit anderen geteilt – entweder durch Ausbreitung der eigenen auf andere oder durch Überflutung durch Gefühle, die als anderen gehörig angesehen werden.

Ich-Grenzen-Störungen des Wollens und Tuns

Eigene Absichten und Körperbewegungen können ebenfalls im Empfinden Betroffener als von anderen oder von dunklen oder höheren Mächten beeinflusst erlebt werden. Die Kontrolle über Körperfunktionen wie die Kontinenz von Harn und Stuhl können der eigenen Kontrolle entzogen empfunden werden (vgl. Deutsch, 1919, S. 42–43). Dies wird von den Betroffenen als sehr beschämend erlebt. Ebenso wie bei den Ich-Grenzen-Störungen der Gedanken und der Gefühle ist nicht der Glaube maßgeblich, das Wollen oder Tun könnte beeinflusst werden, sondern die „psychotische Willensbeeinflussung muss als fremder Eingriff unmittelbar erlebt werden“ (Schneider, 1950, S. 127).

Ich-Grenzen-Störungen des Körpers

Auch körperliche Ich-Grenzen können als gestört erlebt werden. Daniel Paul Schreber beschreibt in seiner autobiografischen Darstellung seiner Krankheit: „Man versuchte mir die Nerven aus dem Kopfe herauszuziehen, eine Zeitlang sogar (während

der Nächte) in den Kopf des im Nebenzimmer schlafenden M. zu verpflanzen. Diese Versuche hatten (abgesehen von der Sorge um den wirklichen Verlust meiner Nerven) eine unangenehm spannende Empfindung in meinem Kopfe zur Folge“ (Schreber, 1903, S. 109). Wiederum ist das Maßgebliche für das Symptom der Ich-Grenzen-Störung die Empfindung des Ausgeliefertseins.

Nosologischer Kontext

Ich-Grenzen-Störungen sind nahezu ausschließlich bei Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis beobachtbar. Im bahnbrechenden Diagnoseschema Kurt Schneiders werden Beeinflussungserlebnisse der Gedanken, der Gefühle und des Wollens und Tuns zu den Symptomen ersten Ranges gezählt, deren alleiniges Vorliegen schon die Diagnosestellung der Schizophrenie rechtfertigt (sofern nicht eine körperlich begründbare Ursache für die Symptome fassbar ist) (Schneider, 1950, S. 138–139). Sowohl im diagnostischen System der Welt-Gesundheits-Organisation (ICD-10 und ICD-11) als auch im diagnostischen Manual der American Psychiatric Association (DSM-5) spiegelt sich diese Sichtweise wider. Beeinflussungserlebnisse werden neben Halluzinationen, Wahn und formalen Denkstörungen als Kernsymptome schizophrener Störungen definiert (vgl. ICD-10: F20; ICD-11: 6A20; American Psychiatric Association, 2013, S. 87).

Theoretischer Kontext

Selbst-Grenzen-Störung im Kontext personenzentrierter Begrifflichkeit

Der Philosoph und Psychologe Sigmund Koch, ein Schüler Herbert Feigl, Vertreter des Wiener Kreises des Logischen Empirismus, gibt zwischen 1959 und 1963 in dem sechsbändigen Werk „Psychology: A study of a science“ einen Überblick über die psychologischen Strömungen der Zeit (Koch, 1959–1963). Die Vertreter der jeweiligen Richtungen sollten jeweils ihre Konzepte in eigenen Worten darstellen. Im dritten Band formuliert Carl Rogers die erste umfassende Zusammenstellung personenzentrierter Theorie.³ Er erklärt darin die verschiedenen theoretischen Konstrukte, so auch das Konstrukt des Selbstkonzepts. Neben anderen Beschreibungen ordnet Rogers „die Wahrnehmungen der Beziehungen zwischen dem Ich und anderen“ dem Selbstkonzept zu (Rogers, 1959/2009, S. 31). Da das Gefühl des Beeinflusstwerdens subjektiv eine Wahrnehmung der (ungewollten) Kommunikation und Beziehung zwischen dem Ich und anderen darstellt, ist dieses Symptom im Kontext personenzentrierter Literatur dem Selbstkonzept zuzuordnen. Deshalb schlägt Jobst Finke auch vor, statt des in psychiatrischer Literatur gebräuchlicheren Begriffs

der Ich-Grenzen-Störung im personenzentrierten Kontext den der Selbst-Grenzen-Störung zu verwenden (Finke, 2020). Um eine Störung der Selbstgrenzen in ihrer ganzen Tragweite zu erfassen, sind zunächst Überlegungen zum Wesen des Selbst hilfreich.

Die Wandelbarkeit des Selbst

Carl Rogers beschreibt das Selbst als „eine fließende, eine wechselnde Gestalt, um einen Prozess, der zu jedem beliebigen Zeitpunkt eine spezifische Wesenheit ist“ (Rogers, 1959/2009, S. 31). Die Beschreibung des Selbst mit einer Metapher des Fließens findet sich auch bei anderen Autoren. So schreibt beispielsweise Immanuel Kant „es kan [sic] kein stehendes oder bleibendes Selbst in diesem Flusse innerer Erscheinungen geben“ (Kant, 1781, S. 107). Die prinzipielle Wandelbarkeit innerer Strukturen ist notwendige Voraussetzung für mögliche Weiterentwicklung. Um sich den verändernden Bedingungen der Umwelt anzupassen, den unterschiedlichen Anforderungen verschiedener Lebensphasen und um sich selbst weiter zu entwickeln ist die Flexibilität innerer Strukturen erforderlich. Auf biologischer Ebene versuchen Konzepte der Neuroplastizität die Veränderbarkeit neuronaler Strukturen zu beschreiben.

Der Aspekt der Beständigkeit

Neben veränderbaren Strukturen sieht Rogers jedoch auch die Notwendigkeit von beständigen Anteilen der inneren Struktur. Dies drückt sich beispielsweise in seiner Beschreibung des „Abwehrverhaltens“ auf Bedrohung des Organismus aus, bei dem das Ziel verfolgt wird: „die gegenwärtige Struktur aufrecht zu erhalten“ (Rogers, 1959/2009, S. 36). In bedrohlichen oder krisenhaften Situationen ist es manchmal kurzfristig förderlich, die Stabilität des Organismus im Außen und Innen zu bewahren (vgl. Gutberlet, 1985). Hier wird das Konzept einer bleibenden inneren Struktur beschrieben, die im Abwehrprozess in ihrer Beständigkeit bewahrt werden soll.

Die gleichbleibende Kontinuität der Person

Durch die Stabilität von inneren Strukturen ist es der Person möglich, sich als beständiges Wesen zu erleben. So sieht Paul Federn zum Ich gehörig ein Selbsterlebnis, das „eine bleibende, wenn auch nie gleichbleibende Einheit, die nicht abstrakt, sondern wirklich ist. Diese Einheit bezieht sich auf die Kontinuität der Person in zeitlicher, räumlicher und kausaler Hinsicht, diese Einheit ist objektiv erkennbar und wird stets subjektiv wahrgenommen und gefühlt“ (Federn, 1932, S. 145–146).⁴ Søren Kierkegaard beschreibt als gleichbleibende Kontinuität im Selbst nicht eine Struktur, sondern den Prozess und die Tatsache des Zu-sich-selbst-Verhaltens. „Das Selbst ist ein Verhältnis, das sich zu sich selbst verhält, oder ist das im Verhältnis, daß sich das Verhältnis zu sich selbst verhält; das Selbst ist nicht das Verhältnis,

sondern daß sich das Verhältnis zu sich selbst verhält“ (Kierkegaard, 1911, S. 10). Diese Tatsache hat Stabilität. Dabei wird als stabile innere Struktur nicht ein morphologisches Substrat gesehen, sondern ein Prozess des Zu-sich-Verhaltens. Der Prozess des Zu-sich-Verhaltens hat Beständigkeit.

Die Art des Zu-sich-Verhaltens

Edmund Husserl versucht das Beständige genauer zu differenzieren und betont den „bleibenden Habitus als verharrendes Ich“ (Husserl, 1950, S. 101) als das Beständige einer bestimmten Art des inneren Verhaltens. „Indem aus eigener aktiver Genesis das Ich sich als identisches Substrat bleibender Ich-Eigenheiten konstituiert, konstituiert es sich in weiterer Folge auch als stehendes und bleibendes personales Ich (ebd.).⁵ Auch wenn sich Meinungen und Überzeugungen ändern können, so bewahrt das Ich „einen bleibenden Stil, einen personalen Charakter“ (ebd.) – auch in der Art und Weise wie sich Überzeugungen verändern.

Das Um-sich-Sorgen als Funktion innerer Strukturen

Martin Heidegger ergänzt die Betrachtungen über das Sich-als-stabile-Identität-Erfahren um eine Funktion und Zielsetzung des Seinsprozesses: „Das Sein des Daseins besagt: Sich-vorweg-schon-sein-in-(der-Welt-) als Sein-bei (innerweltlich begegnendem Seienden). Dieses Sein erfüllt die Bedeutung des Titels Sorge, der rein ontologisch-existential gebraucht wird“ (Heidegger, 1929, S. 192). Das Sorgen um sich und um die Zukunft ist ein wesentlicher Teil menschlichen Daseins. Heidegger sieht die Sorge im großen existenzialen Kontext, im Angesicht des Todes, im Sein zum Ende. „Die Sorge liegt als ursprüngliche Struktur Ganzheit existenzial-apriorisch ‚vor‘ jeder, d.h. immer schon in jeder faktischen ‚Verhaltung‘ und ‚Lage‘ des Daseins“ (ebd., S. 193).

Betrachtet man das Sorgen jedoch nicht nur im großen theoretischen, existenzialen Wurf Heideggers, sondern in den vielen kleinen Situationen, die den Kontakt mit Mitmenschen und das Leben ausmachen, so offenbart sich dessen umfassende Bedeutung für das Individuum. Durch möglichst adäquate Reaktionen auf die Umwelt versuchen Menschen üblicherweise Beeinträchtigungen und Schaden abzuwenden und für die unmittelbaren Bedürfnisse zu sorgen. Im Kontakt mit Mitmenschen sucht das Individuum meist eine der jeweiligen Situation angepasste Ausdrucksmöglichkeit zu wählen: Durch Wortwahl, Benennen bestimmter und Weglassen anderer Inhalte, durch Lautstärke verbaler Äußerungen, geeigneten Zeitpunkt der Mitteilung, Einbeziehung nonverbaler Kommunikationsebenen etc. trägt das Individuum Sorge dafür, dass seine Äußerungen möglichst passend angenommen werden können und möglichst kein Nachteil daraus erwächst. Dies gelingt Menschen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen unterschiedlich gut und entspricht jedenfalls dem eigenen gewohnten Stil, dem eigenen personalen Charakter.

² Eugen Bleuler berichtet über die Entstehung des Begriffes: „Den besten Ausdruck hat Jung von einer Patientin gehört: er bezeichnet das Phänomen von der subjektiven Seite als ‚Gedankenentzug‘. Das Wort ist so treffend, daß es von vielen Schizophrenen sofort verstanden wird“ (Bleuler, 1911, S. 27).

³ Der damals verwendete Begriff klientenzentriert, wird bewusst vermieden, um mit dem in der deutschen Übersetzung im generischen Maskulin verwendenden Wort die historische Dominanz des männlichen Geschlechts in der Sprache zu vermeiden.

⁴ Vgl. S. 61 im posthum, nach Federns Suizid erschienenen Sammelband *Ego Psychology and the Psychoses* (Federn, 1952; 1956, S. 59).

⁵ Edith Stein betont ebenfalls den persönlichen Habitus (Stein, 1931, S. 7; 1998, S. 110).

Das Selbst bei Rogers

Die Beschreibung des Selbst durch Rogers scheint nahtlos an all diese Überlegungen anzuschließen. Das Selbst ist eine „organisierte, in sich geschlossene Gestalt. Diese beinhaltet die Wahrnehmungscharakteristiken des Ich, die Wahrnehmungen der Beziehungen zwischen dem Ich und anderen und verschiedenen Lebensaspekten, einschließlich der mit diesen Erfahrungen verbundenen Werte. [...] Es handelt sich um eine fließende, eine wechselnde Gestalt, um einen Prozess, der zu jedem beliebigen Zeitpunkt eine spezifische Wesenheit ist“ (Rogers, 1959/2009, S.31). Unter den von Rogers beschriebenen Wahrnehmungscharakteristiken dürfen wir wohl die Art und Weise verstehen, wie jede Person sich ganz individuell wahrnimmt – auch in dem personalen Charakter des Um-sich-Sorgens.

Aus diesem Verständnis des Selbst heraus wird deutlich, wie grundlegend und dramatisch Veränderungen im Wahrnehmen des Selbst von den Betroffenen erlebt werden. Im Kontakt mit der Umwelt und mit anderen Menschen ist ein sehr grundlegender Teil des ganz konkret für sich Sorgens die selbstverständlich anmutende Erfahrung, dass es eigene Gedanken, Überlegungen, Strategien, Worte sind, mit denen wir auf die Erfordernisse des Alltags reagieren. Unter Ich-Grenzen-Störungen Leidende erleben sich in den betroffenen Bereichen ihrer inneren Struktur, im Denken oder Fühlen als unfähig, ausschließlich selbstkontrolliert auf die Anforderungen der Umgebung in passender Weise zu reagieren. Nicht die betroffene Person hat Kontrolle über ihre Äußerungen und Kommunikationsmöglichkeiten zur Umwelt, sondern sie fühlt sich fremdbeeinflusst. Dadurch vermögen die Betroffenen im Kontakt mit der Umwelt nicht mehr hinreichend für sich zu sorgen.

Möglichkeit der Gewährleistung durch Nichtwahrnehmen von Verantwortung

Im Prozess der Ich-Grenzen-Störung werden die von den Betroffenen als fremdbeeinflusst erlebten Gefühle, Gedanken oder Impulse als nicht zu ihrer Person gehörig erlebt, weshalb keine unmittelbare Verantwortung für diese Gedanken und Impulse spürbar wird. Im klinischen Alltag imponieren Inhalte von Ich-Grenzen-Störungen meist irritierend stark vom bestehenden Selbstkonzept der Betroffenen abweichend. „Material“, welches deutlich inkonsistent mit dem Selbstkonzept ist, ist „nicht direkt und frei der Gewährleistung zugänglich“, schreibt Carl Rogers (Rogers 1959/2009, S. 36). Diese Inhalte werden im Phänomen der Ich-Grenzen-Störung als fremd erlebt. Rogers meint über Bedürfnisse und Erfahrungen, die nicht symbolisiert wurden und im Widerspruch zur Struktur des Selbst stehen: „Das Selbst besitzt keinerlei Kontrolle, und das Verhalten wird nicht als Teil des Selbst betrachtet“ (Rogers, 1951/1973, S. 439).

Durch den irritierenden Prozess der Ich-Grenzen-Störung können Gedanken und Gefühle ins Gewahrsein kommen, ohne von der weitaus beängstigenderen Irritation begleitet zu sein, dass es sich um eigene Wünsche, Ängste oder Vorstellungen handelt. Die Betroffenen fühlen sich der Verantwortung für diese Inhalte entzogen.

Neben der belastenden Empfindung des Kontrollverlustes sind hier auch entlastende Faktoren für die Betroffenen dadurch denkbar, dass beschämende oder in anderer Weise irritierende Gedanken als fremd und nicht zu ihnen gehörend erlebt werden dürfen. Die Betroffenen müssen sich für die Inhalte nicht verantwortlich fühlen.

Es kann als kreative Leistung des Organismus interpretiert werden, dass dieses vom Selbstkonzept deutlich inkonsistente Material nicht völlig abgewehrt und ausgelöscht ist, sondern in einer verfremdeten Weise der Gewährleistung zugänglich bleibt – wenngleich als scheinbar einer anderen Person zugehörig. So wird der Konflikt vermieden, dass bestimmte Inhalte dem bestehenden Selbstkonzept widersprechen. Es gelingt dem Individuum auf diese Weise, jene Gedanken und Gefühle wahrzunehmen, die ansonsten vollständig abgewehrt worden wären.

Die Inhalte sind durch das Gewordensein und die Erfahrungen der Betroffenen individuell höchst unterschiedlich, sodass ein weiteres Eingehen auf Inhalte an dieser Stelle wenig sinnvoll ist. Rogers meint auch in Bezug auf Psychotherapie mit Menschen, die unter psychotischen Störungen leiden: „wir haben gelernt, daß das psychotische Material verhältnismäßig unwichtig ist“ (Rogers, 1962/1984, S. 218). So ist es auch hier. Der Weg zu einem förderlichen und heilsamen Umgang mit dem Phänomen der Ich-Grenzen-Störungen führt nicht hauptsächlich über Inhalte, sondern vielmehr müssen im therapeutischen Prozess zunächst die beschriebenen, ganz grundlegenden strukturellen Störungen Beachtung finden.

Der Prozess der strukturellen Empathie

Empathisches Verstehen der Struktur

Meist gilt der Fokus empathischen Verstehens hauptsächlich den formulierten oder zu formulierenden Bedeutungen von Themen und Inhalten im Gegenüber. Diese Auffassung von Empathie bedarf jedoch einer Erweiterung im Kontakt mit Menschen, die unter Ich-Grenzen-Störungen leiden. Ein vorrangiges Beachten von inhaltlichen Bedeutungen hieße das Wesen der Störung in seiner Tragik nicht ernst zu nehmen und die Betroffenen in ihrem Leid nicht zu verstehen. Das Wesen der Störung ist viel grundlegender. Im Kontakt mit Betroffenen ist zu beachten, dass es vorrangig nicht förderlich ist, Bedeutungen von Inhalten auf der Grundlage einer intakten Grundstruktur gewahrt zu werden, sondern dass das zu erfassende Problem die ganz grundlegende Störung der Struktur an sich ist. Die Störung ist das Unvermögen, sich als einheitliche Struktur zu erleben.

Nicht nur die „emotionalen Komponenten und Bedeutungen“ sind empathisch wahrzunehmen, sondern vor allem die Sprünge und Risse, die erlebten Durchlässigkeiten des Bezugsrahmens. Es bedarf hier einer Erweiterung des empathischen Konzepts um die strukturelle Dimension.

Therapiekonzept

Die theoretischen Überlegungen helfen dabei, ein förderliches Therapiekonzept zu konstituieren. Aus dem empathischen Verste-

hen des strukturellen Problems ergibt sich als eine wichtige therapeutische Zielsetzung, die Betroffenen zu fördern, sich wieder als identisches Substrat bleibender Ich-Eigenheiten zu erleben, mit einem bleibenden Stil des Sich-Verhaltens und Zu-sich-Verhaltens, mit ihrem ganz personalen Charakter. Es gilt zunächst auf die erlebte strukturelle Veränderung einzugehen. Eine frühzeitige Zuwendung zu den abgewehrten Inhalten würde von den Betroffenen auf Unverständnis stoßen und wäre wohl zu belastend. Die nachfolgend beschriebenen Therapieschritte sind nicht als Handlungsanleitungen zu verstehen, sondern sollen ermutigen, die Abläufe im therapeutischen Prozess genau zu betrachten. Die Unterteilung in Therapieschritte soll ein Raster bieten, einzelne Stadien des Therapieprozesses zu unterscheiden. Dies kann helfen zu erkennen, welche Erfahrungen im jeweiligen Schritt des Therapieprozesses für die Betroffenen hilfreich sind.

Therapieschritt der Empathie für die Störung der Struktur

Die Inhalte und Bedeutungen, die mit dem irritierenden Erleben der Ich-Grenzen-Störungen verknüpft sind, werden von den Betroffenen als ich-fremd und daher oft als wenig bedeutsam für sie selbst erlebt. Eine aktive Zuwendung zu diesen inneren Bereichen wird den Betroffenen nicht möglich sein. Die Sorge um diese Bereiche ist zunächst ganz den in therapeutischen Kontakt Tretenden überantwortet. Eine zu intensive Hinwendung in der Therapie auf jene als ich-fremd erlebten Inhalte würde von den Betroffenen wahrscheinlich mit Verständnislosigkeit betrachtet werden. Dennoch werden therapeutisch helfende Personen neben all den Inhalten und Themen, die von den Betroffenen eingebracht werden auch immer wieder sanft Bezug nehmen auf jene fremd erlebten Strukturanteile.

Carl Rogers schreibt: „Als Therapeut will ich die Klientin nicht führen, weil sie den Weg zu den Ursprüngen ihres Schmerzes selbst besser kennt als ich. [...] Was ich will ist, an ihrer Seite zu sein. Dabei bleibe ich gelegentlich einen Schritt zurück, und gelegentlich gehe ich einen Schritt voran, wenn ich den Weg deutlicher sehe, auf dem wir uns befinden“ (Rogers, 1986/1991, S. 254). Eine Hinwendung zu Themen- und Problembereichen, die den Betroffenen nicht bewusst sind, entspricht in diesem Bild wohl einen Schritt voranzugehen, wenn man den Weg deutlicher sieht.

Durch vorsichtiges Benennen der Existenz der resignativ aufgegebenen Bereiche wird der Fokus auf die als ich-fern erlebten Anteile gelenkt. Es kommt zunächst nicht auf den genauen Gehalt oder die Bedeutung der Inhalte an, sondern vielmehr auf die Tatsache, dass sich das therapeutische Gegenüber zu den fremdgeglaubten Strukturen verhält. Die Empathie bewegt sich zunächst auf einer strukturellen Ebene. Die Tatsache des zu den Strukturen Verhaltens bekommt Bedeutung (vgl. Kierkegaard, 1849, S. 7).

Therapieschritt des Empathischen Verstehens der Belastung durch die Ich-Grenzen-Störung

Eine zu rasche Konfrontation mit jenen Inhalten, denen wahrscheinlich der Abwehrmechanismus gilt, weil sie vom Selbstkon-

zept deutlich inkonsistentes Material beinhalten, würde ängstigen und dadurch abwehrende Mechanismen fördern. Förderlich ist es zunächst jene Gefühle zu beleuchten, die mit der Tatsache des Beeinflusst-Fühlens verbunden sind. Neben dem Gefühl des Ausgeliefertseins können Angst, Wut, Ärger, Trauer, Verwundung etc. auftreten. Diese Gefühle und die Tatsache, dass wieder Gefühle in Bezug auf die psychotischen Erlebnisse bestehen und nicht scheinbar gefühllose Resignation, vermögen in förderlicher Weise die resignative Aufgabe von Persönlichkeitsanteilen aufzuweichen.

Therapieschritt der Zuwendung zu fremdgeglaubten Anteilen

Werden die zuvor als fremd angesehenen Teile der inneren Struktur nun wieder als eigene Anteile gesehen, sind sie den Emotionen zugänglich. So kann sich wieder ein Bezug zu den eigenen inneren Anteilen entwickeln. Die emotionale Reaktion auf die nun wieder als ich-näher erlebten Anteile kann als beginnende Sorge für sich im personalen Charakter angesehen werden.

Therapieschritt der Empathie für Inhalte und Bedeutung

Schließlich kann man in der Therapie nach und nach den Inhalten und Bedeutungen auf dem Boden einer von Betroffenen als zu sich gehörenden Struktur empathische Beachtung widmen. „Durch die Mitteilung des Therapeuten, daß er den vom Klienten gefühlten und auch den noch nicht ins Bewußtsein getretenen Sinn von dessen Äußerungen versteht, lernt der Klient sich selbst besser verstehen und kann mehr von seinem aktuellen Erleben, das in ihm leibhaft (at a gut level) abläuft, in seinem Bewußtsein zulassen“ (Rogers 1975/1977, S. 20). Die Erfahrung, dass das therapeutische Gegenüber durch die Inhalte nicht abgeschreckt ist, sich nicht abwendet, sondern in einer verstehenden und akzeptierenden Haltung bleibt, ist bedeutsam. Rogers beschreibt mögliche Gedanken von Betroffenen: „Offenbar ist es in Ordnung, wenn ich ich selbst bin, sogar dieses neue Ich, das sich zögernd herausbildet, da mein Therapeut es anscheinend versteht und akzeptiert“ (ebd.). So gelingt es den Betroffenen, sich mit jenen Themen auseinanderzusetzen, die zuvor durch Symptome der Ich-Grenzen-Störungen abgewehrt werden mussten.

Schlussfolgerung

Besondere Beachtung im Therapieprozess muss die Tatsache finden, dass die Ich-Grenzen-Störungen als ganz fundamentale Störungen der Selbst-Struktur zu verstehen sind. Carl Rogers beschreibt einen Teil des therapeutischen Prozesses pointiert: „Für das Verständnis der phänomenalen Welt des Klienten ist es erforderlich, daß der Therapeut mehr als nur den Wortsinn der Mitteilung des Klienten aufnimmt. Der Therapeut versucht, „in die Haut des Klienten zu schlüpfen, er taucht ein in die Welt komplexer Sinngehalte, die der Klient ausdrückt“ (Rogers, 1975/1977, S. 20). Überträgt man dieses anschauliche Bild auf den Kontakt mit

Menschen, die Ich-Grenzen-Störungen erleiden, so wäre zunächst „in der Haut des Klienten“ zu erfassen, dass diese Haut in ihrer Gesamtheit von den Betroffenen nicht als ihre eigene Haut erfahren wird. Es gilt zu verstehen, dass Teile dieser Haut als fremd wahrgenommen werden und dass die Haut als Grenze zur Umwelt durchlässig, verwundet, löchrig ist. Es gilt ein empathisches Verständnis für dieses ganz grundlegende strukturelle Problem zu entwickeln. Hier offenbart sich das existentielle Leid des betroffenen Menschen.

Betroffene sind nicht mehr in der Lage, sich als identisches Substrat bleibender Ich-Eigenheiten zu erleben, mit einem bleibenden Stil des Sich-Verhaltens und Zu-sich-Verhaltens. Sie sind nicht mehr in der Lage, in bestimmten Bereichen für sich Sorge zu tragen. Sie haben die Sorge und Verantwortung für bestimmte Teilbereiche aufgegeben. Die Sorge um diese Anteile muss zunächst vom therapeutischen Gegenüber übernommen werden, indem es ihnen Aufmerksamkeit widmet. Durch wertschätzenden, nicht abwertenden Umgang in der Therapie gelingt es den Betroffenen, jene Inhalte weniger angstbesetzt zu erleben und sie schließlich als ich-nahe Anteile ihrer selbst wahrzunehmen. Auf diese Weise können sie sich jenen Inhalten wieder zuwenden und sie nicht nur als fremd und eingegeben erleben. So erleben sie sich wieder vollständiger in ihrer Struktur. Das Gefühl des Ausgeliefertseins ist reduziert; Kontaktaufnahmen mit der Umwelt folgen wieder dem gewohnten personalen Charakter. Die Betroffenen können wieder für sich Sorge tragen und Verantwortung für ihre inneren Selbst-Anteile übernehmen. Sie sind wieder befähigt zur selbstbestimmteren Teilhabe an der Welt. In den Worten Rollo Mays sind die Betroffenen wieder im Bewusstsein, das „sich in der Erfahrung ausdrücken [lässt]: ‘Ich bin die Person, die diese Welt hat und in ihr handelt.’ Daraus folgt Verantwortung, das heißt, ein Antworten auf die Welt“ (May, 1979/1984, S. 141).

Literatur:

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke.
- Canstatt, C. (1841). *Handbuch der medicinischen Klinik*. Erster Band. Erlangen: Ferdinand Enke.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007). Congruence: An integrative five-dimension model. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(4), 229–239.
- Deutsch, H. (1919). Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Mechanismus der Regression bei Schizophrenie. In S. Freud (Hrsg.), *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse* (V. Jahrgang). Wien: Internationaler psychoanalytischer Verlag.
- Federn, P. (1932). Das Ichgefühl im Traume. *Internationale Zeitschrift Für Psychoanalyse*, XVIII(2), 145–170.
- Federn, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychoses*. New York, NY: Basic Books.
- Federn, P. (1956). *Ichpsychologie und die Psychosen*. Bern: Hans Huber.
- Finke, J. (2019). *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung Störungstheorie – Beziehungskonzepte – Therapietechnik*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Finke, J. (2020). [Persönliche Kommunikation am 28.1.2020].
- Gaebel, W. (1994). Gesprächspsychotherapeutische Ansätze aus der Perspektive schizophrener Kommunikationsstörungen. In L. Teusch, J. Finke, & M. Gastpar (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen: Neue Konzepte und Anwendungsfelder* (S. 71–76). Heidelberg: Asanger.
- Gutberlet, M. (1985). Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie / Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-Info*, 61, 51–62.

- Heidegger, M. (1929). *Sein und Zeit* (Zweite Auflage). Halle: Max Niemeyer.
- Husserl, E. (1950). *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge* (S. Strasser, Hrsg.). Haag: Martinus Nijhoff.
- Kant, I. (1781). *Kritik der reinen Vernunft*. Riga: Johann Friedrich Hartknoch.
- Kierkegaard, S. (1849). *Sygdommen til Døden: En christelig psykologisk Udvikling til Opbyggelse og Opvækelse af Anti-Climacus*. København: Carl Andreas Reitzel Forlag.
- Kierkegaard, S. (1911). Die Krankheit zum Tode. In: *Gesammelte Werke* (Band 8). Jena: Eugen Diederichs.
- Koch, S. (Hrsg.). (1959-1963). *Psychology: A Study of a Science* (Bde. 1–6). McGraw-Hill.
- Landauer, K. (1926). Die Schizophrenie. In P. Federn & H. Meng (Hrsg.), *Das psychoanalytische Volksbuch* (Bd. II, S. 381–394). Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- May, R. (1979/1984). *Antwort auf die Angst: Leben mit einer verdrängten Dimension*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Oberreiter, D. (2018). Der Wahn und seine Behandlung zwischen Vanitas, Sensus communis und Paraposition. *Person*, 22(2), 123–135.
- Rogers, C. R. (1951/1973). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. (E. Nösbüsch, Übers.). München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1959/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V., Hrsg., G. Höhner & R. Brüske, Übers.). München: Reinhardt.
- Rogers, C. R. (1962/1984). Einige Untersuchungsergebnisse aus der Psychotherapie mit Schizophrenen. In C. R. Rogers & B. Stevens (Hrsg.), A. Tilebein & B. Westemeier (Übers.), *Von Mensch zu Mensch: Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen* (S. 209–222). Paderborn: Junfermann.
- Rogers, C. R. (1975/1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In U. Seeßlen (Übers.), *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 15–52). Frankfurt / Main: Fischer.
- Rogers, C. R. (1986/1991). Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), M. Werkmeister & P. F. Schmid (Übers.), *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl Rogers* (S. 238–256). Mainz: Grünwald.
- Schneider, K. (1950). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schreber, D. P. (1903). *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken nebst Nachträgen und einem Anhang über die Frage: »Unter welchen Voraussetzungen darf eine für geisteskrank erachtete Person gegen ihren erklärten Willen in einer Heilanstalt festgehalten werden?«*. Leipzig: Oswald Mutze.
- Stein, E. (1917). *Zum Problem der Einfühlung*. Halle: Buchdruckerei des Waisenhauses.
- Stein, E. (1931). *Das Ethos der Frauenberufe*. Augsburg: Verlag Haas und Grabherr.
- Teusch, L., Beyerle, U., Lange, H. U., Schenk, G. K., & Stadtmüller, G. (1984). Ein empirischer Beitrag zur klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie schizophrener Patienten. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), *GwG-Info* 55 (S. 79–91). Köln: Selbstverlag der GwG.
- Teusch, L., Finke, J., & Gastpar, M. (Hrsg.). (1994). *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen: Neue Konzepte und Anwendungsfelder*. Heidelberg: Asanger.
- Teusch, L., Köhler, K.-H., & Finke, J. (1987). Die Bearbeitung von Wahnphänomenen in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In H. M. Olbrich (Hrsg.), *Halluzination und Wahn* (S. 168–173). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-93353-0_15
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.



David Oberreiter, Vorstand des Instituts für Psychotherapie des Kepler Universitätsklinikums, Linz (Oberösterreich), Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin; Gründer der personzentrierten Psychotherapie-Ausbildung für PsychiaterInnen und JugendpsychiaterInnen in Österreich; im Juli 2023 erscheint sein Buch „Psychopathologie“ (Thieme-Verlag), das den Personzentrierten Ansatz verstärkt in die Psychiatrie einbringt.

Die Diagnose – nützlich und problemträchtig

Wilfried Haßelberg-Weyandt

Einleitung:

In der frühen Zeit der Gesprächspsychotherapie (GT) hatten Diagnosen einen schlechten Ruf. Dem, der Diagnosen stellte, wurde Schubladendenken vorgeworfen. Das hat sich seither grundlegend geändert, schon der Notwendigkeit wegen: ohne Diagnose keine Abrechnung mit Kostenträgern. Doch auch jenseits dieser Notwendigkeit kann eine Diagnose beträchtlichen Nutzen haben; sie kann aber auch zu verschiedenen Problemen führen. Dieser Text soll einen Überblick über beide Aspekte schaffen und dies durch eine Sammlung von Erfahrungen illustrieren.

A) Der Nutzen der Diagnose

1. Der Nutzen für den Klienten

Die Diagnose kann für den Klienten eine Entlastung darstellen. Sie sagt dem depressiven Klienten, dass er nicht schlecht ist, nicht böse oder minderwertig, sondern an einer Krankheit leidet – was für ihn hilfreich ist, so schwer es ihm auch fällt, es anzunehmen. Sie sagt dem Alkoholiker, dass sein Trinken nicht einfach menschliches oder moralisches Versagen ist, sondern eine Krankheit, der mit guten Willen allein nicht einfach zu widerstehen ist. Die Diagnose gibt aber auch eine Handlungsanleitung: Der Alkoholiker erfährt – von Therapeuten und, wichtiger noch, von Leidensgenossen –, dass die einzige Lösung für ihn in völliger Abstinenz besteht.

2. Der Nutzen für die Therapie

Die Diagnose kann zeigen, wo Veränderung möglich ist, therapeutisch angestrebt werden kann, und wo das Symptom einfach akzeptiert werden muss. So kann der Therapeut bei der Borderline-Störung wissen, dass Stabilität nicht zu erreichen ist, die übermäßige Sensibilität des Klienten nicht zu überwinden ist.

Bei schizophrenem Wahn weiß der Therapeut, dass er das Weltbild des Klienten akzeptieren muss, dass beispielsweise die Strahlenkanone, mit der die Nachbarn die Gedanken des Klienten kontrollieren, eine Wirklichkeit ist, die außer Diskussion steht.

Wer mit einem depressiven Menschen umgeht, muss wissen, dass die Antriebslosigkeit akzeptiert werden muss. Wenn auch wohl nicht durch Psychotherapeuten, so muss auch heute ein depressiver Mensch durchaus noch im klinischen und medizinischen Bereich mit dem Satz rechnen: „Sie müssen sich nur einmal am Riemen reißen!“ – hiervor sollte die Diagnose Depression Schutz bieten.

In der Paarberatung ist der Unterschied von grundlegender Bedeutung, ob einer der beiden Außenbeziehungen hat oder ob

der oder die andere an einem Eifersuchtswahn leidet, ob an der Paarbeziehung zu arbeiten ist oder aber, ob die oder der, gegen den sich der Wahn richtet, geschützt werden muss.

Auch für die Methodik des therapeutischen Vorgehens kann die Diagnose Hinweise geben: Bei Suchtkranken etwa ist eine Diskussion, ob das Suchtverhalten zu wollen ist oder nicht, sinnvoll und therapeutisch gebräuchlich. Auch in einer suizidalen Krise kann eine Diskussion sinnvoll sein. Dagegen spricht die Diagnose Depression klar gegen Diskussionen, die hier ja nur das depressive Grübeln weitertreiben würden.

B) Schwierigkeiten der Diagnosestellung

Bei der Abrechnung mit Kostenträgern geht es nicht nur um Diagnosen an sich, sondern um Diagnosen nach dem ICD 10 (oder künftig nach dem ICD 11). Dadurch erschweren die Mängel dieser Diagnoseschemata die Diagnosestellung. Aber es sind nicht nur die Grenzen dieser Schemata, die die Diagnosestellung erschweren; darüber hinaus begegne ich Störungen, die deutlich den Charakter einer Persönlichkeitsstörung haben, die sich aber dem bekannten Kanon dieser Störungen entziehen (im ICD 10 kann da F 60.8 helfen: Einmal habe ich unter dieser Nummer eine „visköse Persönlichkeitsstörung“ diagnostiziert).

Mit wenigen Ausnahmen (z. B. PTBS) beschreiben die psychiatrischen Diagnosen Symptome, keine Ursachen. Das ist berechtigt, weil die Ursachen, wenn überhaupt, erst nach längerer Therapie zu erkennen sind. Doch das bedeutet, dass atypische Symptome kaum einzuordnen sind. Das aber führt dazu, dass, um die geforderte Diagnosestellung zu ermöglichen, anerkannte Diagnosen über ihre eigentliche klinische Bedeutung ausgedehnt werden.

Das zeigt sich besonders ausgeprägt, wenn, wie es in klinischen Bereich heute weit verbreitet ist, Diagnosen nach Punktekatalogen ausgestellt werden. Für solche Kataloge ist es schwer, die wesentlichen Symptome einer Störung von begleitenden Symptomen zu unterscheiden. So wurde ein Asperger-Syndrom bei einem Schuljungen diagnostiziert, der zwar ausgeprägt introvertiert (und hochbegabt) ist, aber nichts von den eigentlichen Symptomen des Autismus zeigt. Ein anderes Mal wird Autismus diagnostiziert, wo einfach eine ausgeprägte geistige Behinderung vorzuliegen scheint.

Mehr noch als Autismus haben sich die Diagnosen Borderline und ADHS ausgebreitet. So kann die Stellung der Diagnose ADHS einfach bedeuten, dass ein Kind über seinen Reifungsstand hinaus disziplinarisch gefordert wird – das zeigt sich daran, dass, je jünger ein Kind bei seiner Einschulung ist, desto