

Selbsthass

Eine Reflexion über personenzentrierte Begleitung durch abgrundtiefe Selbstverachtung hindurch¹

Jasmin Novak
Graz, Österreich

Der vorliegende Beitrag beschreibt Psychotherapien mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben, auf Basis persönlicher Erfahrungen der Autorin als personenzentrierter Therapeutin in freier Praxis. Diese werden in Bezug gesetzt zu Personenzentrierten Ansätzen wie dem Verständnis von Therapie als dialogischer personaler Begegnung, zum „fragilen Prozess“, aber auch zu experientiellen Konstrukten wie dem des „inneren Kritikers“ und darauf aufbauenden Mikrotheorien. Zunächst werden die Phänomenologie von Selbsthass und die Ätiologie des ihn bedingenden persistent negativen Selbstkonzepts erörtert. Die Reflexion der therapeutischen Beziehung mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben, macht deutlich, dass sich Versuche, ihn über Segmentierung oder Eingrenzung „aufzulösen“, als kontraproduktiv erweisen. Eine dem Selbsthass gegenüber bedingungslos offene und akzeptierende Haltung hingegen schafft die Voraussetzung für das Sich-Einlassen auf das therapeutische Beziehungsangebot und unterstützt die personale Entwicklung.

Schlüsselwörter: Selbsthass, therapeutische Beziehung, personale Begegnung, Akzeptanz

A reflection on personcentered assistance through abyssal self-contempt. The essay describes psychotherapies with persons, who experience hate against themselves in a habitual way, on the author's personal experiences as a person-centered therapist in private practice. It places them in relation to person-centered theories such as therapy as personal dialogical encounter and "fragile process", but also to experiential constructs like the "inner critic" and microtheories based on them. First, the phenomenology of self-hatred and the etiology of its basis—a persistent negative self-concept—are discussed. Reflections on the therapeutic relationship with clients who experience self-hatred makes it clear that attempts to 'dissolve' it through segmentation or confinement prove counterproductive. On the other hand, an attitude that is *unconditionally* open-minded and accepting towards self-hatred creates the preconditions for engaging in the therapeutic relationship and encourages personal development.

Keywords: Self-hatred, therapeutic relationship, personal dialogical encounter, acceptance

„Die Verzweiflung schickt Gott nicht, um uns zu töten,
er schickt sie, um neues Leben in uns zu erwecken.“

(Hermann Hesse, Das Glasperlenspiel)

Themenbestimmung und Fragestellung

Hass ist eine Möglichkeit im Zueinander. Schon das Alte Testament geht mit der Geschichte von Kain und Abel (vgl. Gen. 4,8) darauf ein. Die Tatsache, dass Theologie, Philosophie, Psychologie, Soziologie, Kunst und Staatskunst ihn zwar beständig

angehen, aber nicht auflösen können, lässt den Schluss zu, dass es sich beim Hass – und damit auch beim Selbsthass – um einen mächtigen Teil der *Conditio humana* handelt. Dennoch soll in diesem Beitrag versucht werden, das Phänomen Selbsthass aus der Sicht der personenzentrierten Praxis der Autorin zu beschreiben. Was Selbsthass ausmacht, wie er sich konstituiert und wozu, wird anhand personenzentrierter Erklärungsansätze und auch unter Berücksichtigung tiefenpsychologischer Zugänge untersucht.

Jasmin Novak, Dr.: ist seit 1992 eingetragene Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin und Personenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis und seit 2018 Ausbilderin (APG,IPS) in Graz.
Kontakt: dr.jasmin.novak@gmail.com

- 1 Dieser Text beruht auf einem Vortrag vom 20. 6. 2013 an der Sigmund-Freud-Universität Wien im Rahmen der Reihe „Negative Gefühle in der Psychotherapie“.
- 2 Die (häufige) Bezeichnung „Therapeutin“ in diesem Text ist dem Umstand geschuldet, dass primär *persönliche* Erfahrungen der Autorin referiert werden. Daher weisen nur Passagen, die sich an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Allgemeinen richten, beide Geschlechter aus.

Zentrale psychologische Paradigmen unterschiedlichster Provenienz wie etwa das psychoanalytische Lustprinzip (vgl. Freud, 1920/2013), das Prinzip der operanten Konditionierung (vgl. Skinner, 1971/1982), die soziale Austauschtheorie (vgl. Thibaut & Kelley, 1959), aber auch die personenzentrierte Aktualisierungstendenz (vgl. u. a. Rogers, 1980) implizieren die Annahme, dass der Mensch nach Glück strebt. Demnach gehört es gleichsam zur menschlichen Grundkonstitution, Glück zu suchen bzw. Unglück zu vermeiden. Ob unter Glück Lust, Vergnügen, Entwicklung, Heil, Gleichgewicht, Selbstverwirklichung, Entfaltung etc. verstanden wird, liegt im jeweiligen Zugang begründet. Leid und Freude bestimmen, was wir tun werden, hat schon Bentham postuliert: „Die Natur hat die Menschheit unter die Herrschaft zweier souveräner Gebieter – Leid und Freude – gestellt [...] Sowohl der Maßstab für Richtig und Falsch, als auch die Kette der Ursachen und Wirkungen, sind an seinem Thron festgemacht.“ (Bentham, 1789/1992, S. 55) Im scheinbaren Widerspruch zu diesem Axiom des Hedonismus kommen Menschen zur Psychotherapie, bei denen hedonistisches Suchen nach Freude bzw. die Vermeidung von Leid über längere Zeiträume hinweg praktisch nicht wahrnehmbar sind, sondern im Gegenteil: Wir erleben Menschen, die sich selbst „aus Prinzip überhaupt nichts Gutes vergönnt“³ sind. Was bedeutet dies für das personenzentrierte Axiom der Aktualisierungstendenz (vgl. Stumm, 2010, S. 135 und Biermann-Ratjen, 2010, S. 139), das den Fokus noch viel umfassender auf konstruktive Entwicklung legt (vgl. Rogers, 1981/2013, S. 24)? Weiters geht der PCA davon aus, dass es gilt, der Klientin bzw. dem Klienten mit unconditional positive regard zu begegnen (ebd. S. 26). Auch mit einiger Erfahrung ist es aber oft nicht einfach, persistenten Selbsthass vorbehaltlos auf- und anzunehmen. Daher kann die therapeutische Beziehung mit solchen Menschen ausgesprochen frustrierend und zugleich durchaus herausfordernd verlaufen: „Schwierige Gesprächssituationen sind für Therapeuten und Therapeutinnen gerade jene kritischen Ereignisse, in denen die Stabilität, Verlässlichkeit und Wahrhaftigkeit ihrer therapeutischen Einstellungen gegenüber einem konkreten Klienten herausgefordert werden“, erkannte Hutterer (2005, S. 27). Darauf, dass es auch für die Therapie mit Menschen, die Selbsthass (er)leben, genügen kann, auf die entwicklungs- bzw. entfaltungsfördernde Kraft personaler Begegnung zu setzen, geht dieser Beitrag ebenso ein wie auf Versuche, Selbsthass mit experientialen Konstrukten wie der Arbeit mit dem „inner critic“ zu verstehen bzw. aufzulösen (vgl. Vahrenkamp & Behr, 2004, S. 228ff und Stinckens et al., 2013a, S. 59ff).

3 Formulierungen von Klientinnen und Klienten sind im weiteren Text mit * gekennzeichnet.

Thesenbildung: „VerNICHTung“ als konstituierendes Merkmal von Hass und Selbsthass

Zunächst soll das Phänomen Hass – und im Weiteren seine Variante des Selbsthasses – eingehend beschrieben werden. Hass begegnet uns Tag für Tag: Im Hate-Crime der Morgennachrichten, unter Tags im „Ich hasse sie“ eines betrogenen Klienten, abends in der Oper („Der Hölle Rache kocht in meinem Herzen“) und später im Nachtjournal beim Bericht über Entgleisungen bei X-Gida-Demonstrationen. Obwohl (nahezu) alltäglich, ist Hass bei näherer Betrachtung schwierig einzuordnen: Hass kann ein Gefühl bezeichnen, eine Haltung, einen Affekt, er kann sprichwörtlich im Herzen, im Bauch, im Kopf und auch in Handlungen stecken. Diese Schwierigkeit spiegelt sich – leider – auch in der Literatur wider: „Psychology has offered up very few theories that deal explicitly with the subject of hate, which might result [...] from the fact, that there is no commonly accepted definition of hate.“ (Sternberg & Sternberg, 2008, S. 18). Hass allgemeingültig zu definieren, ist der Psychologie bislang nicht gelungen – und damit auch nicht den Selbsthass.

Wenn die Definition des „Positivs“ nicht ganz gelingt, kann vielleicht eine Annäherung über das „Negativ“ weiterhelfen: Mit sich selbst (etwa in einer Sucht) destruktiv bis autoaggressiv umzugehen, eine übermäßig kritische Distanz zu sich selbst zu pflegen, an sich zu zweifeln, sich nicht zu mögen usw. sind zwar sicher Ausdrucksformen einer „gestörten“ Beziehung zu sich selbst, aber meines Erachtens noch keine Indizien für das Vorliegen von Selbsthass. So kann etwa autoaggressives Verhalten bis hin zur Selbstverstümmelung reichen, aber meiner Erfahrung nach handelt es sich dabei um etwas, das als „instrumentelles Verhalten“ bezeichnet werden kann. Es dient dazu, unerträgliche Spannungen abzubauen oder unerträgliches seelisches Leid mit offenbar erträglicheren körperlichen Schmerzen zu überlagern. In beiden Fällen geht es darum, einen Zustand aushaltbarer zu machen oder sich Erleichterung zu verschaffen, was also letztlich eine *konstruktive* Bedeutung hat. Solche von außen betrachtet vielleicht schwer einfühlbaren Verhaltensweisen sind im Grunde doch Versuche der Selbstbehandlung. Auch oft heftige Selbstbezüglichungsattacken, etwa von Menschen in Borderline-Zuständen, sollten m. E. nicht unter den Begriff Selbsthass subsumiert werden, weil sie meist nur situativ auftreten und schnell abflauen können. Darüber hinaus beschreibt das ICD 10 (2015/2018) viele Aspekte der hier dargestellten Leidenszustände etwa unter F32 und weiteren Ziffern. Selbsthass im Kontext solcher Diagnosen (z. B. als depressive Störungsbilder) zu verstehen, greift m. E. aber zu kurz, denn *in der therapeutischen Begegnung* hören und fühlen sich die Leidenszustände von Menschen, die mit solchen Diagnosen in Therapie kommen, ganz anders an. Sie

vermitteln zumeist, dass sie von ihren „*Leiden erlöst*“* oder „*sie loswerden*“* möchten. Sie „*haben etwas*“* in ihrem eigenen Verständnis, entweder schon zu Therapiebeginn oder sie entwickeln eine derartige Sichtweise im Lauf der Zeit. Selbsthass samt Konsequenzen wird meiner Erfahrung nach aber nicht „gehabt“. Er wird *er- bzw. gelebt*. Er *ist*. Kein Loswerden-Wollen ist erkennbar, und die Folgen des sich aus dem Selbsthass ergebenden selbstschädigenden Lebensstils sind bloß „Symptome“, die ihn als ihre Quelle wiederum bestätigen und nähren.

Die Vertraulichkeit gebietet, konkrete Inhalte aus Therapiesprachen nur sparsam zu referieren. Umso dienlicher ist daher der erstaunlich aktuell anmutende Text „Über das glückliche Leben“ (Seneca, 58 n. Chr./1990), in dem der römische Philosoph Seneca sehr gut beschreibt, was Menschen, die Selbsthass (er-)leben, *nicht* haben bzw. *nicht* können, und woran sie zumindest deutlich gehindert sind: Von der „Übereinstimmung mit der eigenen Natur“ (ebd., S. 11) ist hier die Rede, davon, in „in schöner Weise leidensfähig sein“ (ebd.). Das scheint nicht weit von Aktualisierung und Kongruenz entfernt. Den „Zeitumständen gewachsen“ (ebd.) zu sein, bezeichnet man heutzutage als Coping, „Sorge um den Körper, aber ohne Ängstlichkeit“ (ebd.) als psychosomatische Intelligenz, „Gewissenhaftigkeit“ (ebd.) als Motivation, und die Fähigkeit, „die Geschenke des Glückes zu nutzen“ (ebd.) als Offenheit oder Flexibilität. Wenn Selbsthass ins Spiel kommt, sind viele dieser Fähigkeiten oder Dispositionen meiner Erfahrung nach schwer beeinträchtigt. Denn wenn Selbsthass etwas sehr verlässlich bewirkt, dann m. E. wohl, um in Senecas Diktion zu bleiben, „die Seele“ zu hindern „ihren Wert ausfindig zu machen“: „Den Wert der Seele muss die Seele ausfindig machen. Wenn diese jemals Zeit hat [...] in sich zurückzukehren, wie wird sie sich, von sich selbst gequält, die Wahrheit gestehen und sagen [...] warum suche ich nicht eher etwas, das tatsächlich gut ist, das ich empfinde, nicht vorzeige!“ (ebd., S. 9). Oft kann die Seele „nicht in sich zurückkehren“, weil sie sich in ihrer ablehnenden Haltung gar nicht suchen kann. Falls sie sich (vielleicht in Psychotherapie) doch „findet“, wird ihr klar, dass sie „Vorzeigbares“ gesucht hat, und dass es nicht ums Wesentliche ging: bitter! Menschen, die Selbsthass (er-)leben, tun sich zumeist auch ungemein schwer, positive Aspekte bzw. Anregungen des Lebens an sich heranzulassen. Für sie gibt es kaum je Senecas „Geschenke des Glückes“.

Selbsthass, wie er mir in der Praxis begegnet ist, muss sich nicht repräsentieren, nicht toben, auch nicht gewalttätig wirken oder in autoaggressive Handlungen münden. Dennoch wirkt er radikal destruktiv, also im umfassenden Sinn dieses Wortes zerstörend, zersetzend und vernichtend. Diesem m. E. charakteristischen Aspekt von „VerNICHTung“ ist es zuzuschreiben, dass die therapeutische Arbeit mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben, in spezifischer Weise herausfordernd sein kann. Hinzu

kommt, dass die Auseinandersetzung mit Destruktivität, wie Isele und Stauss monieren, „im wissenschaftlichen Diskurs des PCA bisher wenig Beachtung gefunden“ (2016, S. 118) hat und somit kaum tragfähige Bezugsrahmen für die praktische Arbeit vorliegen. Wer Hass gegen sich selbst empfindet, tut das meiner Erfahrung nach – der persönliche Aspekt sei ausdrücklich betont – nicht punktuell, sondern umfassend und radikal. Man könnte zwar verführt sein zu sagen: Jemand begegnet sich selbst mit Hass. Das tut ein solcher Mensch aber nicht. Er erlebt ihn. Er verspürt ihn. Es gibt Phasen, in denen der Eindruck von Hege bzw. Pflege des Selbsthasses besteht, was fast an Entwicklung bzw. Entfaltung gemahnt. Manchmal scheint es, als ob Selbsthass gleichsam sein Element wäre, eine zerstörende, zersetzende, vernichtende Sphäre der Negativität im Sinne von Nicht-Können/-Wollen, Desinteresse und Unwert, die ihn umgibt. M. E. ist Selbsthass also ein umfassender *Prozess*, der in praktisch alle Persönlichkeits- und Lebensbereiche „hineinwuchert“, wie nachfolgend aus der Praxis heraus beschrieben wird.

Betroffene Persönlichkeits- und Lebensbereiche: Phänomenologische Beschreibungen

Verhalten

Selbsthass kann sich etwa in exzessivem Arbeiten oder Lernen zeigen. Davon sind nicht nur „Workaholics“ betroffen, sondern auch Menschen, die in ihrem Selbsthass ununterbrochen fast alles tun, um „*gar nichts zu spüren – mich selbst am allerwenigsten*“*. Dabei gibt es einerseits eine extrem hohe Leistungsbereitschaft, vielleicht auch Leistungssucht, andererseits aber auch einen atemberaubenden Leistungsdruck bei gleichzeitig enormer Leistungsangst und der Absenz jeglicher Leistungsfreude. Das Vermeiden jedweder Entspannung, Erholung und Muße gehören dazu. Ähnliches gilt auch für den Genuss. Er wird nicht nur nicht gesucht, er wird geradezu geflohen, oft auch schon die Möglichkeit, an etwas potenziell Genussvollem auch nur anzustreifen. Hobbies oder vergnüglichen Zeitvertreib gibt es nicht. Kognitiv kann das begleitet sein von einer inneren Gewissheit, dass es gar nichts gibt, was Genuss, Freude oder Amusement bereiten könnte, einer inneren Sicherheit, dass man all das „*überhaupt nicht kann und auch nicht will*“*.

Körper

Auf somatischer Ebene kann sich Selbsthass in einem fortdauernden Leiden unter vielen (einander abwechselnden) körperlichen Missempfindungen und Zuständen ausdrücken, die sich schul-, aber auch alternativ- oder komplementärmedizinisch

oft nicht verifizieren und kaum behandeln bzw. lindern lassen. Beklagt wird ein extremes Ausgeliefertsein gegenüber einem Körper, der alle möglichen „*üblen Stücke spielt*“⁴⁴ und Grundbedürfnisse wie Essen, Schlafen, Bewegung oder Schmerzfreiheit praktisch verunmöglicht: Es zeigt sich ein wiederkehrendes „*Nicht einmal das Allereinfachste funktioniert*“⁴⁵ – eine innere Gewissheit, dass auch der x-te Spezialist, die x-te Spezialistin nicht wird helfen können, und dass sämtliche vorgeschlagenen Medikamente, Diäten oder sonstigen Maßnahmen „*grundsätzlich ausschließlich neben-, aber sicher nicht wirken*“⁴⁶ werden. Berichtet wird (der Begriff steht für die Distanzierung, mit der gesprochen wird) ein profundes Misstrauen, als ob der eigene Körper ein Feind wäre, von dem man immer und überall Angriffe zu gewärtigen hätte – und eine dementsprechende Distanz, Skepsis und Abneigung ihm gegenüber. Der Körper erweist sich als unerschöpflicher Agent von Leiden, quasi als ewiger Gegner, er wird verabscheut und verachtet – letzteres häufig auch in ästhetischer Hinsicht.

Emotionen

In Therapien mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben, tritt meiner Erfahrung nach kaum ein tobender Hass zutage, sondern vielmehr ein – auch verwirrender – Wechsel zwischen Phasen ausgeprägter Empfindungslosigkeit bzw. Gefühlstaubheit und Phasen, in denen das Erleben als „*absolut arg*“, „*total schrecklich*“, „*katastrophal*“⁴⁷ oder ähnlich geschildert wird. Ersteres wird mit Sätzen wie „*Ich spüre gar nix*“, „*Ich weiß gar nicht, wie's mir geht*“⁴⁸ (nota bene ohne dämpfende Substanzen und auch nicht infolge eines dissoziativen Geschehens) beschrieben. Die andere Phase drückt sich etwa in Äußerungen wie „*Das ist so heftig, das ist dermaßen arg, ganz, ganz schrecklich ... dieses Gefühlzeugs*“⁴⁹ aus. Nur Ängste vor der Unkontrollierbarkeit des Lebens, des Körpers und der Gefühlswelt werden meist klar benannt. Im Anschluss fallen Sätze wie „*Und dann kommt wieder dieser Selbsthass*“, „*Dann hasse ich mich wieder total*“⁵⁰. Die profunde Abscheu vor sich selbst, ausgeprägte Distanziertheit und persistente Kälte sind in solchen Prozessen auch sehr deutlich spürbar.

Wahrnehmung und Selbstkonzept

Menschen, die Selbsthass (er-)leben, weisen einen ausgeprägt negativen Selbstwert auf. Besonders bemerkenswert ist, dass sich das vor allem in der Sphäre der Wahrnehmung abspielt, in einer immer wiederkehrenden, scharfen Wahrnehmung, dass Körper, Geist, Wesen und die Person insgesamt mangelhaft wären, dass sie wertlos wären, versagt hätten und wieder versagen würden. Der Aspekt der Annahme, die letzteres bei genauerer Betrachtung ist, wird nicht realisiert. Vielmehr handelt

es sich um eine Gewissheit, um eine zweifellose innere Sicherheit. Darin ist das Selbstkonzept als sehr rigide zu bezeichnen. Die Kreativität, davon diskrepante Erfahrungen abzuwehren, kann äußerst ausgeprägt sein – sie kann etwa darin liegen, sich trotz brillanter Karriere für einen beruflichen „*Total-Versager*“⁵¹ zu halten.

Sozialverhalten

Selbsthass, den Menschen (er-)leben, wirkt – kaum verwunderlich – stark isolierend. Auf der einen Seite steht die Grundannahme, die aber (s. o.) als Wahrnehmung und Gewissheit erlebt wird, dass man „*hassenswert*“, „*das Letzte*“⁵² u. ä. sei, dem Anbahnen, Aufnehmen und Halten zwischenmenschlicher Beziehungen sehr entgegen. Andererseits ist – zumindest meiner Erfahrung nach – meist auch ein profundes Misstrauen gegenüber anderen Menschen gegeben, genährt durch starke Ängste, von anderen enttäuscht zu werden und sie zu enttäuschen. Damit in Zusammenhang steht m. E., dass diese Menschen sehr darunter leiden, in ihren Sozialbeziehungen unauthentisch zu agieren. Anderen „*vorzuspielen*“, man wäre „*ein ganz normaler Mensch*“, bei dem „*alles in bester Ordnung ist*“⁵³, kann sehr anstrengend sein und wird zudem als neuerlicher „*Beweis der eigenen Unzulänglichkeit*“⁵⁴ interpretiert.

Theoretische Überlegungen

Wie lässt sich Selbsthass in die personenzentrierte Persönlichkeitstheorie einordnen? Ein Ansatz zum Verständnis der beschriebenen, durchaus verwirrenden Diskrepanz zwischen anfänglicher Gefühlstaubheit und nachfolgender Angst- bzw. Aversionsüberflutung findet sich bei Hutterer (1992, S.168): „*Klienten, die von einem fehlenden, zerstörten oder brüchigen Selbst [sprechen], sind potenziell einem unkontrollierbaren und nicht assimilierbaren Erlebnisfluß ausgesetzt, weil eine kohärenzstiftende Funktion des Bewusstseins fehlt oder außer Kraft ist [...]*“ Es ist also besser, nichts zu spüren als nicht assimilierbarem Erleben ausgesetzt zu sein. Das gilt für Senecas oben genannte „*Geschenke des Glücks*“ (auch Glück kann nicht assimilierbar sein) ebenso wie für den Befund aus der Praxis, dass solche Menschen etwa die Entwicklung rekreativer Fähigkeiten fast um jeden Preis vermeiden. Dass das zu andauerndem „*Schlecht-Gehen*“⁵⁵ beiträgt, ist eine folgerichtige Konsequenz: „*Wie es mir geht, ist mehr eine gerechte Strafe als ein Unglück*“⁵⁶, lautete in diesem Kontext eine bedrückende Klienten-Äußerung. Ins Negative verzerrte Symbolisierungen zeigen also an, dass es existenziell wichtig zu sein scheint, das negative Selbstkonzept aufrechtzuerhalten, auch wenn das nur mithilfe situationsinadäquater bis realitätsferner

Konstrukte möglich ist. Deren Massivität und Redundanz können therapeutinnen- bzw. therapeutenseitig durchaus frustrierend wirken – ein Umstand, der vielleicht dazu beitrug, sie mit Konstrukten wie dem „inner critic“ (vgl. Gendlin, 1981, S. 98) fassen zu wollen, Methoden, mit diesem „inner critic“ in Dialog zu treten zu entwickeln (Vahrenkamp & Behr, 2004, S. 228ff) oder ihn wie Stinckens et al. (2013a, S. 59ff) mit „process-markers“ gleichsam dingfest machen zu wollen. Die Persistenz von Selbsthass und seiner Wirkfelder lässt sich m. E. jedoch besser begreifen und annehmen, wenn man sich Rogers' Diktum „Erfahrung ist für mich die höchste Autorität. Der Prüfstein für die Gültigkeit ist meine eigene Erfahrung“ (1961a/1973, S. 39) vor Augen hält: Im ursprünglichen Kontext hat Rogers das auf die therapeutische Situation und auf sich insgesamt bezogen. Das darf für Menschen, die Selbsthass (er-)leben, ebenso gelten: Hass auf sich selbst zu *erfahren*, macht ihn in der Sicht des Betroffenen äußerst glaubwürdig, und davon ist notgedrungen kaum Abstand zu nehmen. Was wird erfahren? Wertlosigkeit, Schwäche, Mangel, Mühsal, Scheitern, Ängste, Isolation etc., also gerade „negative“ Gefühle, Einstellungen und Dispositionen werden gewahrt (vgl. Rogers 1959a, S. 202) und verfestigen wiederum das negative Selbstkonzept. Somit lässt sich die Persistenz von Selbsthass samt seinen (realitätsfernen) Stabilisierungsstrukturen als beständiges Herstellen einer Übereinstimmung mit einem negativen Selbstkonzept verstehen – was einer Inkongruenz von Selbstkonzept und abgewehrter organismischer Erfahrung (vgl. Pawlowsky, 1992, S. 129) entspricht, deren Assimilation zu beängstigend wäre. Wie dieser Prozess im Detail verstanden werden kann, stellt Hutterer (1992, S. 159) folgendermaßen dar: „In der Auseinandersetzung mit seiner Umgebung formt der Prozeß der Selbsterfahrung ein Subsystem, das für den Organismus als Selbstkonzept [...] im eigenen Erfahrungsfeld als unterscheidbares Wahrnehmungsobjekt differenzierbar wird. Die Entwicklung des Selbst bedeutet die Herausbildung eines Subsystems in Richtung einer relativen Autonomie, d. h. dieses Subsystem ‚Selbst‘ ist mit einer Eigengesetzlichkeit ausgestattet, die zwar von der Dynamik der Aktualisierungstendenz getragen und gespeist wird, jedoch neue Orientierungsfunktionen entwickelt. Das vom Bewußtsein gestiftete Subsystem ‚Selbst‘ entwickelt gegenüber dem physischen Organismus als ‚selbstlose Einheit‘ [...] eine eigenständige Dynamik der Durchlässigkeit bzw. Abschirmung gegenüber anderen externen oder internen Systemen.“ Mit der Beschreibung eines „fehlenden, zerstörten, brüchigen Selbst“ macht Hutterer (ebd., S. 168) auch deutlich, dass Menschen sich so weit „versteigen“ können, dass sie gleichsam verlorengehen. Alle diese Aspekte sind im Lauf der einen oder anderen Sitzung zutage getreten. Vordergründig betrachtet ist es aber eher so, dass durch die Persistenz des Selbsthasses der

Eindruck eines starken, souveränen, unerschütterlich mächtigen Selbst entsteht. Diese Differenz wird sich durch die Diskussion der Ätiologie außerordentlich negativer Selbstkonzepte weiter aufklären lassen.

Überlegungen zur Ätiologie

Lebensgeschichtliche Aspekte

Da zu Therapiebeginn bei den Betroffenen eine ausgedehnte Gefühlstaubheit und ein sehr gehemmter Zugang zur aktuellen Empfindung bzw. Emotionalität vorliegen und relativ lang andauern, verwundert es kaum, dass in dieser Phase sozusagen „viele Geschichten erzählt“ werden. Tatsächlich handelt es sich aber um – zumeist nüchtern reportierte – „persönliche Geschichte“. Dabei wird meiner Erfahrung nach immer deutlich, dass Menschen, die Selbsthass (er-)leben⁴, eine äußerst unglückliche Kindheit durchlebt haben: Die familiären Hintergründe waren gesichert, ohne existenzielle Bedrohung. Was in allen Erzählungen aber zutage trat, waren Eltern, die mit dem Kind „*nichts am Hut*“^{*} hatten. Es ging ums „*Funktionieren*“, darum, „*keine Probleme zu machen*“, „*in der Ausbildung nicht zu versagen*“, um ein „*Du hast Essen, Trinken, ein Zimmer, Klamotten – und Schluss*“^{*}. Das klingt zwar nicht sympathisch, aber es klingt auch nicht traumatisch. Dennoch ist im Lauf der Therapien bei all diesen Klientinnen und Klienten überdeutlich geworden, dass sie in ihrer Kindheit schwer traumatisiert worden sind, aber kaum im Sinne einzelner, unbewältigbar krisenhafter Ereignisse, sondern in einem krisenhaften Prozess andauernder Missachtung und Herabsetzung. Deutlich wurde, dass sie als Kinder nicht wirklich geliebt wurden und zu wenig Wärme verspürten. Interesse gab es nur für schulische Leistung, nicht für die Kinder an sich, und auch kein Hinschauen auf ihr Wesen. Seitens der Familien waren kaum innere Ressourcen für die Kinder da, aber „*Spott*“, „*herzloser, kalter Umgang*“ und „*strenge Erziehung*“^{*}. Es wurde das Gefühl vermittelt, ein Störfaktor zu sein. Demütigungen und Herabwürdigungen waren bei allen gleichsam an der Tagesordnung und wurden als schmerzlicher und verletzender berichtet als körperliche Gewalt. Diese Kinder waren äußerlich gut versorgt, aber sehr allein und ausgesetzt. Sie wurden emotional vernachlässigt und in ihrer „*Eigenartigkeit*“^{*}, in ihrer Person über Jahre hinweg missachtet. Unter dem Druck der Schilderungen nahm es oft Wunder, dass diese Kinder in einem solchen Liebesvakuum überhaupt überleben konnten – dennoch wirkte die Aktualisierungstendenz hinreichend. Sie haben überlebt mit

4 In meinem Fall zu Therapiebeginn sämtlich zwischen 25 und 35 Jahre alt.

dem, was ihnen abverlangt wurde, und was sie seither für sich selbst „ausmacht“: mit Leistungsfähigkeit, Leistungswillen und auch Leistungssucht, die das Leben jetzt so überfordernd und schwer machen, aber gleichzeitig Halt sowie Inhalt geben, und auch mit der aus dem Selbsthass resultierenden überzogenen Selbstkritik, „weil gar nichts an mir passt“*.

Tiefenpsychologische Beiträge zu einem personenzentrierten Verständnis

Bereits 1926 erkannte Alfred Adler mit genauem und wohlmeinendem Blick die Auswirkungen vieler der oben referierten Verletzungen von Kindern „auf den Bestand ihres Wesens“ (Adler, 1926/1976, S. 46f) als Erwachsene, nämlich Ausweichen vor Beziehungen, Gefühlsscheu, Angst vor Abhängigkeit und Versagen: „[...] wenn sich dieser [Zärtlichkeitstrieb] in der Familie nicht entfaltet, besteht die Gefahr, dass es in späterer Zeit nur schwer gelingen wird, einen Menschen [...] zu einem regen Austausch von Zärtlichkeiten [...] zu bewegen. Es wird zum Bestand seines Wesens werden, zärtlichen Regungen und Beziehungen auszuweichen [...] besonders bei Kindern der Fall, die öfter Gegenstand des Spottes sind. Man wird sie von einer Gefühlsscheu beherrscht finden, derzufolge sie jede Regung von Zärtlichkeit, von Liebe zu einem anderen als lächerlich [...], als Regung betrachten, die sie in eine Hörigkeit [...] bringt und sie in den Augen der anderen Menschen herabsetzt“ (ebd.).

Gruen vertiefte das Verständnis dieses Prozesses um den Aspekt der inneren Verfremdung durch mangelnde Akzeptanz seitens der Eltern, der zu beständiger Selbstbestrafung (s. o. „*mehrgerechte Strafe als Unglück*“*) führe. Überdies machte er deutlich, dass es in der Elternschaft nicht nur um Liebe im Sinne von Akzeptanz, sondern auch um Interesse, Hinschauen und Hinwendung geht: „Der Fremde in uns ist der Teil von uns, der uns am meisten eigen ist [...], der Teil, der wirklich uns selbst gehört, der uns aber abhanden kam, weil wir kein Echo dafür bekamen, schlimmer noch: weil dieser Teil [...] von den Eltern [...] nicht angenommen wurde, [...] der Teil, der eigentlich mit uns, wie wir hätten sein können, am meisten zu tun hat. Und das ist unsere Tragödie: Wenn dieser Teil von uns selber zum Fremden wird, dann sind wir [...] auf der Jagd nach diesem Teil, aber nicht in einem positiven Sinn. Wir suchen immer wieder den Kontakt zu diesem [...] Teil, um ihn zu bestrafen, um ihm Gewalt anzutun, wir wollen ihm das antun, was wir in unserer eigenen Geschichte erlebt haben“ (Gruen, 2001, S. 11). Tatsächlich ist Menschen, die Selbsthass (er-)leben, besonders zu eigen, über die eigenen, menschlichen (bzw. organismischen) Bedürfnisse hinwegzusehen und -zugehen. In der Praxis zeigt sich, dass beim Aufkommen solcher Bedürfnisse „akuter“ Selbsthass auf dem Fuß folgt: „Indem das Menschliche zum Feind

erklärt wird, verteidigen wir den Zusammenhalt eines Selbst, das sich von seinen Bedürfnissen nach echter Liebe entschieden getrennt hat“ (Gruen, 2003, S. 38).

Es macht aber ebenso Sinn, das umgekehrt zu betrachten, nämlich dass Fremdes zu Eigenem wird, womit sich ein Bezug zu Anna Freuds (1936, S. 129) Konstrukt der „Identifikation mit dem Angreifer“ bzw. dem Aggressor ergibt: In einer ausgesetzten Lage wie der hier beschriebenen ist der Verzicht auf die eigene Position, indem man sich die Perspektive des Gegners aneignet, eine gängige Reaktion, die zweifach wirkt: Es hilft aus der Isolation und lässt zwischenmenschlich weniger Angriffsfläche zu, indem das Heil in möglichst glaubwürdiger Anpassung gesucht und – scheinbar – gefunden wird.

Personenzentriertes Verständnis

Ausgehend von Rogers' conditions of worth (vgl. 1959a, S. 226) beschreibt der PCA die problematische Auswirkung bedingter Wertschätzung durch relevante Bezugspersonen bei der Entstehung des Selbstkonzepts. „Vor allem die Selbstaktualisierung vollzieht sich in Abhängigkeit von der Realität, d. h. von der Erfahrung bestimmter sozialer Beziehungen“ meint Biermann-Ratjen (2010, S. 140) und spezifiziert (2011, S. 50): „... wir nehmen an, dass sich dieses [Selbstbild ...] in Erfahrungen entwickelt, in denen das Kind erlebt, dass es seinerseits empathisch verstanden wird.“ Darin liegt das Problem von Menschen, die Selbsthass (er-)leben, begründet: Sie haben überlebt, indem sie so geworden sind, wie Eltern, die nicht empathisch und akzeptierend (vgl. Biermann-Ratjen, 2016, S. 123) auf sie eingingen, es (wahrscheinlich) wollten: unproblematisch für die Eltern heißt auf der Seite des Kindes mit hoher Wahrscheinlichkeit unlebendig und starr – im Verhalten und in seinem *negativen Selbstkonzept*: „Es werden fremde [...] Bewertungsmaßstäbe internalisiert, auf deren Grundlage z. B. ein Ich-Ideal oder ein sog. Negatives Selbstkonzept entstehen kann“ (ebd., S. 115).

Die daraus entstehende Situationsunangepasstheit verstehen Stinckens et al. (2013a, S. 62) als Folge des (weitgehenden) Verlusts der Balance im dialogischen Austausch von Aktualisierungstendenz und sozialer Realität. Ein vertiefender Erklärungsansatz für das enorme Leid, das Menschen mit einem (persistent) negativen Selbstkonzept erleben, findet sich bei Binders (2011, S. 38f) Konstrukt einer angeborenen „Beziehungslust“. Warner (2013, S. 347) erweitert die von Rogers im Kontext der conditions of worth beschriebene Aneignung elterlicher bzw. fremdbestimmter Einstellungen um das Postulat der Entwicklung von Verarbeitungs- und Beziehungs-Fähigkeiten, die sich lebenslang zu aktualisieren versuchen: „(1) to hold experience in attention, (2) to modulate the intensity of experience, (3) to name experience in a way that resonates with the totality of the person's lived experience.“ Eine hinreichend

gute Entwicklung der ersten drei Fähigkeiten ermöglicht laut Warner die Entwicklung einer vierten Fähigkeit: „to take in the experience of another person without feeling that one's own experience has been annihilated.“ Die vorne beschriebene Gefühlstaubheit könnte m. E. einem Defizit bei Warners Fähigkeit Nr. 1 entsprechen, die als unaushaltbar beschriebene Überflutung mit Emotion einem Mangel bei Nr. 2, der Unwille und die Unfähigkeit, Gefühle zu reflektieren, könnten einem Defizit bei Warners Fähigkeit Nr. 3 entsprechen, und die weitgehende Selbstentfremdung einem Mangel bei Nr. 4 (mehr dazu im nächsten Kapitel).

Zusammengefasst machten die beschriebenen Kinder über lange Zeit fortlaufend die Erfahrung, den Ansprüchen der Eltern im Wesentlichen nicht zu genügen, vor allem aber deren Liebe und Beachtung nicht wert zu sein. Ihre ebenso von klein auf andauernde Erfahrung war, dennoch von unempathischen, nicht akzeptierenden Eltern abhängig zu sein. Ein Anpassungsdruck infolge der Differenz zwischen dem Bedürfnis, „ich selbst zu sein“ bzw. organismische Erfahrungen zu realisieren und dem Entsprechen elterlicher Bedürfnisse entstand. Eigenes wurde fremd, Fremdes zu Eigenem. Dieses Fremde ist ein ziemlich fest gefügter „Fremdkörper“ geworden, in den sich die Betroffenen kaum bzw. nur ungern einfühlen – ein Fremdkörper, der sich in einer Art starren Fragilität bzw. fragilen Starrheit von organismischen Regungen abschottet. In dieser Hinsicht wird aber auch das Positive daran begreifbarer, das „Mysterium“, warum solches überlebt wird: Die Aktualisierungstendenz wird nicht völlig überwältigt, sie bleibt in Wirkung und auch in dieser fortwährenden „VerNICHTung“ am Leben. Damit besteht zumindest die Chance auf Entwicklung, Wachstum und Veränderung, die hoffentlich irgendwann im Leben ergriffen wird, etwa in einer Psychotherapie oder auch in der Kunst.

Unmögliches und Mögliches – zur Begegnung in der Therapie

Äußerungen von Menschen, die Selbsthass (er-)leben, gemahnen mitunter an die verzweifelten Klagen Hiobs (Hiob, 16.6; 16.7; 10.1). Oben wurde schon geschildert, wie „stark“ manche dieser Menschen in ihrem Selbsthass wirkten, dabei aber auch unzugänglich und unerreichbar. Oft entsteht bei mir der Eindruck, von einem solchen Gegenüber quasi abzurutschen, als ob es eine undurchdringliche Schicht gäbe, und das bei aller therapeutischen Bemühung, in Beziehung zu kommen. Wenn es in der Therapie nicht früher oder später gelingt, in eine Art Fließen vom einen zum anderen, von der anderen zur einen zu kommen, ist üblicherweise mit einem klienteninduziertem Therapieabbruch zu rechnen, jedoch nicht bei diesen Menschen: Wir treten auf der Stelle, ich pralle ab, komme nicht in

Berührung, aber die Klientinnen und Klienten kommen trotzdem verlässlich zur Therapie. Wie ist das zu verstehen?

Der (vergebliche) Kampf mit dem inneren Kritiker

Selbsthass ist gleichsam eine radikale Gegenposition zu den personenzentrierten Haltungen von Akzeptanz und Wertschätzung: Vertrauen versus Misstrauen, emotionale Wärme versus emotionale Kälte, Empathie versus Ablehnung bestimmen die Dynamik solcher Therapien. Vahrenkamp und Behr führen in Bezug darauf an, dass viele Therapeuten ihre Arbeit als Versuch begreifen, „Klienten von destruktiven, selbstabwertenden Gedanken oder den Auswirkungen eines aggressiven Super-Egos zu befreien“ (Vahrenkamp & Behr, 2004, S. 229)⁵. Dieser Versuch bedeutet aber auch, von der Grundhaltung her einen Konflikt mit dem Gegenüber zu haben bzw. in ihn zu geraten: Manchmal ist es tatsächlich schwer auszuhalten, wenn jemand an sich selbst überhaupt nichts Gutes mehr lässt. Es ist durchaus verständlich, dass ein solches Erleben buchstäblich danach schreien kann „[...] to] develop a concept of therapeutic work with destructive self-criticism [...] a kind of manual that guides therapists through the important points and critical situations in their clients' inner dialogues“ (ebd.). Vahrenkamp und Behr definieren diesen auf Gendlin zurückgehenden „inneren Kritiker“ als Partial-Ego (ebd., S. 230). Die Massivität, das enorme Ausmaß der Selbstabwertung und der destruktiven, aversiven Haltungen bzw. Äußerungen macht ein akzeptierendes therapeutisches Standhalten auch meiner Erfahrung nach mitunter äußerst schwierig. Der Impuls, diese Massivität segmentieren zu wollen, indem ein „innerer Kritiker“ im Sinne eines Partial-Egos gleichsam als Container für die übermäßig kritischen Aspekte der Person eingeführt wird, ist verständlich. Produktiv für meine therapeutische Beziehungsgestaltung mit diesen Menschen empfinde ich dies dennoch nicht, ausgenommen, die Klientin oder der Klient spricht selbst von einer „inneren Stimme“ oder „Teilpersönlichkeit“. Dann läge eine klientenseitige Wahrnehmung oder Symbolisierung vor, die selbstverständlich anzunehmen ist. Ist das nicht der Fall, empfinde ich persönlich in dieser Konstruktion ein Aufgeben der gesamtgesellschaftlichen Sicht auf den Menschen, die für mich nicht nur die Humanität, sondern auch die Attraktivität und die therapeutische Potenz des PCA ausmacht. „Silence the Inner Critic – directly or indirectly; Silence the Inner Critic by directly defeating it, to free the person; Accept and bypass the Inner Critic to let it fade; Accept the Inner Critic and ask it what it wants; reduce dysfunctional interactions between the Inner Critic and other partial egos; Activate a moderating function to prevent the Inner Critic from being authoritarian or helpless“ führen

⁵ Übersetzung der Autorin

Vahrenkamp & Behr (2004, S. 231ff) als Strategien – eigentlich eher als Techniken – für die Arbeit mit dem „inneren Kritiker“ an. M. E. wird damit dem PCA – nicht zuletzt wegen des zweckgerichteten Hintergrunds – der nicht-direktive Boden abgegraben, was sich auch kontraproduktiv auf die Beziehung auswirkt. Knapp zehn Jahre nach Vahrenkamp und Behr haben Stinckens et al. (2013a, S. 63) in einer Literaturrecherche gründlich und systematisch versucht, Prozessmerkmale der Arbeit mit dem „inneren Kritiker“ im Sinne einer Mikrotheorie weiterzuentwickeln. Die Beschreibung der Phänomene deckt sich mit vielen meiner eigenen Wahrnehmungen. Prozessmarker zu definieren („Not rooted in experience, Non-Nuanced, Non Situation-specific, No moral authority, Dysfunctional“; ebd. S. 64f) ist sinnvoll, wenn Äußerungen von Selbsthass schnell greifbar beschrieben werden sollen. Gleiches gilt für die Taxonomie, falls man die Existenz eines „inneren Kritikers“ postuliert. Falls man dies nicht tut, ist damit immerhin eine gute Beschreibung der Tönungen der selbsthassenden Haltung gegeben: „Degrading/undermining, Punitive/accusatory, Overdemanding/controlling, Subservient/neglectful, Distant/avoidant, Domineering/compensating“ (ebd., S. 70). Im zweiten Teil der gegenständlichen Arbeit – jenem über den therapeutischen Ansatz – findet sich eine Art Kurzfassung, wie mit dem „inneren Kritiker“ zu verfahren sei: „In the successful episodes therapists flexibly alternated between distancing the inner critic, attuning to it or shifting the attention toward the underlying organismic experiencing, dependent on the zigzag motion that the critic was making“ (Stinckens et al., 2013b, S. 155). Mir drängt sich die Frage auf, ob es sich dabei nicht doch darum handelt, der Person der Klientin bzw. des Klienten zu folgen, auch wenn man sie vielleicht als „inneren Kritiker versteht“ – zumal Rogers bereits 1940 pointiert formulierte: „Zum ersten Mal betont dieser Ansatz die therapeutische Beziehung selbst als Wachstumserfahrung [...] Hier ist der therapeutische Kontakt selbst eine Erfahrung des Wachstums [...] In mancher Hinsicht neige ich zu dem Gefühl, dass dies der wichtigste Aspekt des Ansatzes ist, den ich zu beschreiben versuche“ (Rogers, 1940b/1992, S. 23).

Auch ohne die genannten Konstrukte bzw. Techniken zu bemühen, kann man gegenüber Menschen, die Selbsthass (er-)leben, dennoch leicht in Versuchung geraten, ihn da oder dort durch das Einbringen von etwas Positivem ein wenig abzumildern – was zu verschärfter Distanzierung von Seiten der Klientin bzw. des Klienten führt. Mit Gutberlet (1990, S. 29) lässt sich dieser Effekt als „Behinderung der Lebendigkeit, die in destruktivem Erleben gebunden ist“ verstehen. Ähnliches gilt auch für die Zuwendung: Die Therapeutin wendet sich „offensiv“ zu, und das Gegenüber verschließt sich völlig. Die Reflexion ergibt, dass es für einen Menschen, der Selbsthass (er-)lebt, entsetzlich bedrohlich sein kann, sich „annehmen zu sollen“, eine Bedrohung, der er sich fast um jeden Preis verweigern muss. Wenn

die Therapeutin diese Bedrohung in den Prozess einbringt, entwickelt sich die therapeutische Beziehung zu einer Art Abwehrkampf. „Gelegentlich gelingt es [...] den Menschen, ohne dass er selbst initiativ werden muss, so lange einem Klima des Akzeptierens auszusetzen, dass er sich selbst als anerkannt erfährt“, schrieb Rogers (1961a/1973, S. 137). Jede personzentrierte Therapeutin, jeder personzentrierte Therapeut setzt darauf, aber es darf nicht vergessen werden, dass dieser Mensch dem auch *ausgesetzt* ist. Bei Menschen, die Selbsthass (er-)leben, bedeutet das eine Bedrohung an einem vitalen Punkt, denn Selbsthass nimmt einen zentralen Platz in ihrem Selbstkonzept ein. Auch das bloße Angebot des Auf- und Annehmens kann eine Bedrohung darstellen, die ein „Zumachen“, ein „Steckenbleiben“ usw. fördert.

Hinhören, anerkennen, folgen – gerade auch im fragilen Prozess

Welche Auswege gibt es aus diesem Dilemma? Schmid (2007, S. 41f) beschreibt einen in nuce: Sich als Therapeutin zu öffnen, wirklich anzunehmen, einfühlend zu verstehen versuchen, was das Gegenüber eröffnet. Hin-Hören, An-Erkennen, Folgen – diesem Du gegenüber, genauso wie es sich (er-)öffnet oder auch nicht (er-)öffnet. Psychotherapie, als Du-Ich-Beziehung verstanden, hat ihren Anfang im Du, also in einem Gegenüber, das selbst bestimmt, inwieweit es sich (er-)öffnet. Therapeutin und Therapeut haben zu folgen, wie klein, zögerlich, misstrauisch und passager auch immer diese Öffnung ist. Es gilt ohne Wenn und Aber dem zu folgen, was auch immer eröffnet wird, also auch dem totalen Selbstzweifel, der Hoffnungslosigkeit und der Verzweiflung darüber, die immer wieder neu gegenwärtig werden. „Unconditional positive regard is the factor that frees the client from ‚conditions of worth‘ [...] It is the facilitation of freedom from these conditions that incorporates organismic experiences into the self-structure“ weist auch Bozarth (2013, S. 182) einen Weg aus dem beschriebenen Dilemma.

Geht die Therapeutin bzw. der Therapeut von sich selbst aus (und damit z. B. auch von der Hoffnung auf Entfaltung), führt die therapeutische Beziehung m. E. in einen Clinch. Dasselbe gilt, wenn die Bedürfnisse der Therapeutin nach Fortschritt in der Therapie oder nach Entlastung ihres Gegenübers wichtiger genommen werden als dessen Bedürfnis, in seinem So-Sein akzeptiert zu werden: Es geht darum, auch die schwierigsten Aspekte und das vermeintlich zu zögerliche Tempo des Gegenübers bedingungslos „an-zuerkennen“. Darin steckt zweierlei: das Erkennen und das Anerkennen. Meiner Erfahrung nach impliziert mangelnde (Selbst-)An-Erkennung (als Euphemismus für Selbsthass) auch mangelndes Erkennen. Sich als Therapeutin bzw. Therapeut um besonders genaues Erkennen zu bemühen und Erkanntes möglichst präzise zu formulieren, unterstützt das An-erkennen auf beiden Seiten. Dieses

„An-Erkennen“ drückt Achtung, Respekt, Achtsamkeit und im Lebensbezug dieser Menschen jedenfalls so etwas wie Interesse aus – und kann somit eine korrigierende Beziehungserfahrung sein. Es geht dabei um ein genaues Hinhören: Was hören wir, wenn etwa Hoffnungslosigkeit angesprochen wird? Keine Hoffnung bedeutet, dass die Situation sich in den Augen des Gegenübers niemals ändern wird. Dem eine Perspektive gegenüberzustellen oder Vertrauen ins Wachstumspotenzial einfließen zu lassen, bedeutet nicht wirklich hingehört zu haben. Zuversicht oder Hoffnung⁶ der Therapeutin sind demnach schlechte Antworten auf Zweifel und Hoffnungslosigkeit ihres Gegenübers und können weder auf der emotionalen noch auf der kognitiven Ebene ankommen. „Hass vernebelt den Blick“ heißt es – „auch auf sich selbst“ wäre zu ergänzen. Umso wichtiger ist es, dass die Therapeutin möglichst genau hört, schaut, spürt und auch formuliert. In diesem Zusammenhang ist nochmals auf Warner zurückzukommen: Die von ihr genannten Defizite versteht sie als Indikatoren für das Vorhandensein eines „fragilen Prozesses“ und moniert: „Therapists often greatly underestimate how sensitive clients are when they are in the middle of fragile process.“ (Warner 2013, S. 351). Meines Erachtens spricht sehr viel dafür, selbsthassendes Erleben – insbesondere auch *in* den Sitzungen – unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten und die geforderte Sorgfalt walten zu lassen.

Präsenz, Geduld und Kongruenz

Bei genauem Hinschauen lässt sich erkennen, dass das verlässliche Dasein überraschend konsequent angenommen wird. Meiner Erfahrung nach gibt es von Seiten der Klientinnen und Klienten eine Tendenz, das persönliche Leiden, vor allem was Sozialbeziehungen betrifft, durch das Aufsuchen und (Aus-)Halten des psychotherapeutischen Beziehungsangebotes wenigstens abzumildern: „Warum kommt sie zu mir? Was sucht er bei mir?“, solche Fragen haben sich mir zwar bei diesen Therapien sehr oft aufgedrängt, auch weil der Therapieprozess sehr hartleibig, zäh und über lange Strecken für die Betroffenen wenig entlastend zu verlaufen schien. Auffallend ist dabei jedoch die sehr geringe Sitzungs-Absagequote und der Umstand, dass ich in solchen Fällen noch keinen Therapieabbruch zu verzeichnen habe. In der Reflexion wurde mir klar, dass „bei mir zu sitzen“ auch bedeutet, bei jemandem zu sein, dem zwar geradezu eingebläut wird, wie hassenswert man ist, der aber trotzdem nicht hasst – was *im Lauf der Zeit* durch den weiteren

Aufbau von Beziehung in der Therapie als heilsam empfunden werden kann (vgl. Schmid, 2005, S. 9). Die Therapie ist ein „Zeit-Raum“, in dem die Therapeutin verlässlich und sicher da ist. Sie ist auch ein „Beziehungs-Raum“, in dem die Therapeutin „drinnen“ bleibt. Auch wenn ich als Klientin „*schwierig bin*“⁶; als Klient „*mein Gwirx dauernd auf den Tisch knalle*“⁶: Sie ist für mich da. Sie bleibt bei mir, in einer nicht wertenden Präsenz, „*egal, wie ich mich aufführe*“⁶; also buchstäblich durch Pech und Schwefel. Vom theoretischen Verständnis findet sich zu diesem ebenso unspektakulären wie meiner Erfahrung nach dennoch stark wirksamen Aspekt solcher Therapieprozesse ein Bezug etwa bei Schmid's präsenz-fokussiertem Verständnis des Personenzentrierten Ansatzes („Hier bin ich ist alles, was es zu tun gilt – gerade auch in der Therapie“; Schmid, 2009, S. 162). Da zu sein und zu bleiben heißt auch, jemanden nicht fallen zu lassen. Die Verlässlichkeit der therapeutischen Beziehung kann eine Loyalität ausdrücken, die so bisher nicht erlebt wurde, was wiederum eine korrigierende Beziehungserfahrung bedeutet. Die stationäre Anmutung dieses „einfach Da-Seins“ ist meiner Erfahrung nach nur eine vermeintliche: Bewegung und damit Entwicklung finden statt, aber in einem sehr sorgsamem, ganz nahe am zögerlichen Gegenüber Dranbleiben, wie das Warner für die Therapie von Menschen in fragilen Prozessen beschreibt: „Yet, at vulnerable moments, a client may even need to hear the therapist's understanding in almost his or her exact words to feel understood...“ (Warner, 2013, S. 351) – und es gibt sehr viele „vulnerable Momente“ in Therapien mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben.

Wo bleibt im nun Beschriebenen die Psychotherapeutin? Sie hört, anerkennt und folgt, so gut es geht. Sie ist präsent, und sie ist darin kongruent. Meiner Erfahrung nach können Menschen, die Selbsthass (er-)leben, es auch ganz gut nehmen, wenn ich etwa wirklich in Sorge um sie gerate. Wenn es mir zu wild wird mit dem Selbsthass, wenn ich z. B. Angst um sie bekomme und das auch äußere: „Sorry, ich weiß, dass Sie das anders empfinden, aber *ich mache mir jetzt* wirklich Sorgen um Sie“, „Es tut mir leid: Aber dass Sie sich da so sehr bezichtigen, tut *mir* schon echt weh“ oder ähnlich. Im PCA hat Differenz durchaus Platz (vgl. Schmid, 2008, S. 25). Wenn ich mich so – auch mit meinen Gefühlen des Scheiterns – einbringe, entdecke ich bei meinem Gegenüber ein winziges Staunen, ein kleines Aufmerken, ein zögerliches, aber berührtes „Sie-sorgt-sich-um-mich“ im Blick, oder auch ein „Kann das sein, dass sie sich sorgt?“. Das sind Momente, wo klar wird, dass es gut geht. Wir teilen einen Moment, der nur ein Moment ist, aber trotzdem wertvoll, weil da Begegnung und Berührung ist und auch gespürt wird. An diesem Punkt beginnt ein Prozess⁷, der im Sinne von

6 Wie ambivalent Hoffnung in der Psychotherapie betrachtet werden kann, wurde bei der 13th World Conference for Person Centered & Experiential Psychotherapy & Counselling vom 6–12 Juli 2018 in Wien mehr als deutlich – etwa bei Boharts Keynote-Vortrag „Listening as Being: Alternative to Hope“ oder Bazzanos Semiplenar-Vortrag „The Tyranny of Hope and the Transformative Tendency“.

7 Die Beschreibung, wie dieser Prozess weiterläuft, bedarf gesonderter Betrachtung.

Kabelka (vgl. 2005, S. 117) zutiefst konstruktiv ist und die Basis dafür bildet, sich um sich selbst anzunehmen und aus dem habituellen Hass herauszuwachsen. Der französische Philosoph Alain Badiou macht das Geschehen in solchen Momenten in seinem „Lob der Liebe“ (2011, S. 27f) noch deutlicher: „Was ist das für eine Welt, die ausgehend vom Unterschied und nicht von der Identität erforscht, praktiziert und gelebt wird? Ich denke, dass das die Liebe ist.“

Schlussfolgerungen

Therapien mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben, können sehr herausfordernd sein, weil Selbsthass sich auf Basis fortlaufender Traumatisierung bereits in der Kindheit konstituiert. Damit wird er zu einem zentralen, festgefügt Teil eines ausgesprochen negativen Selbstkonzepts, das die Befriedigung organismischer Bedürfnisse (die der dennoch wirksamen Aktualisierungstendenz entspringen) als beängstigend empfindet und entsprechend stark abwehrt. Hinzu kommt, dass eine grundlegende Spannung bzw. ein Konflikt zwischen der therapeutischen Haltung der Akzeptanz und der grundsätzlichen Haltung des Gegenübers besteht, sich selbst radikal abzulehnen. Große therapeutische Sorgsamkeit, viel Geduld und ein nahes Dranbleiben am jeweiligen Erfahrungshorizont dieser Menschen sind nötig, um ihre bei aller scheinbaren Maschivität fragilen Prozesse nicht zu verschärfen. Therapien mit Menschen, die Selbsthass (er-)leben, können bei aller Schwierigkeit dennoch konstruktiv sein, wenn das oben Angeführte ausreichend berücksichtigt wird, also vor allem personale Begegnung stattfindet und damit Entwicklung begünstigt wird, indem therapeutische Präsenz als eine den Selbsthass moderierende Instanz wirkt.

Literatur

Adler, A. (1926/1976). *Menschenkenntnis*. Frankfurt/M.: Fischer.
 Badiou, A. & Truong, N. (2011). *Das Lob der Liebe*. Wien: Passagen Verlag.
 Bentham, J. (1789/1992). An Introduction to the Principle of Morals and Legislation. In O. Höffe, *Einführung in die utilitaristische Ethik: Klassische und zeitgenössische Texte* (S. 55–61). Tübingen: Francke.
 Biermann-Ratjen, E.-M. (2010). Das Konzept der Aktualisierungstendenz bestimmt mein non-direktives Beziehungsangebot an den Klienten. *Person*, 14 (2), 139–140.
 Biermann-Ratjen, E.-M. (2011). Empathie heute. *Person*, 15 (1), 44–51.
 Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz & Schwartz, H.-J. (2016). *Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
 Binder, U. (2011). Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen. *Person*, 15 (1), 37–43.

Bazzano, M. (2018). *The Tyranny of Hope and the Transformative Tendency*. Semiplenarvortrag am 10. Juli 2018 im Rahmen der 13th World Conference for Person Centered & Experiential Psychotherapy & Counselling, 6.–12. 7. 2018. Abstract im Tagungsband S. 57. Wien: PCE18 Core OG.
 Bohart, A. (2018). *Listening as Being: Alternative To Hope*. Plenarvortrag am 9. 7. 2018 im Rahmen der 13th World Conference for Person Centered & Experiential Psychotherapy & Counselling, 6.–12. 7. 2018. Abstract im Tagungsband S. 54. Wien: PCE18 Core OG.
 Bozarth, J. D. (2013). Unconditional positive regard. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, G. Wyatt (Hrsg.), *The Handbook of person centered Psychotherapy and Counselling* (S. 180–192). Houndmills, Basingstoke, Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.
 Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. & Remschmidt, H. (2015/2018). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015.). Bern: Hogrefe Verlag.
 Freud, A. (1936/2018). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag: Wien. https://archive.org/stream/Freud_Anna_1936_Das_Ich_und_die_Abwehrmechanismen_k#page/n131/search/129 (abgerufen am 1. 4. 2019).
 Freud, S. (1920/2013). *Jenseits des Lustprinzips*. Stuttgart: Reclam.
 Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam Books.
 Gutberlet, M. (1990). Wut, Hass, Aggression in der Gesprächspsychotherapie. Annäherung an ein vernachlässigtes Thema. *GwG Zeitschrift* 78, 26–30.
 Gruen, A. (2001). *Hass in der Seele. Verstehen, was uns böse macht*. Wien: Herder Spektrum.
 Gruen, A. (2003). *Verratene Liebe – Falsche Götter*. München: dtv.
 Hesse, H. (1925/1987). *Gesammelte Werke: Das Glasperlenspiel*. Berlin: Suhrkamp.
 Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematierungen. *Person*, 9 (1), 21–41.
 Hutterer, R. (1992). Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. In R. Stipsitz, R. Hutterer (Hrsg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 145–171). Wien: WUV.
 Isele, G. & Stauss, H. (2016). Aktualisierungstendenz und Destruktivität. *PERSON*, 20 (2), 118–130.
 Kabelka, W. (2005). Das Inhumane in Modellen der Selbstorganisation. Über die Dummheit in der Autopoiese und die Brutalität der Aktualisierungstendenz. *Person*, 9 (2), 113–122.
 Pawlowsky, G. (1992). Wie werde ich wieder gesund? Wie heilt der personenzentrierte Ansatz? In P. Frenzel, P. F. Schmid, M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie* (S. 127–136). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
 Rogers, C. R. (1940b/1992). Einige neuere Konzepte der Psychotherapie. In R. Stipsitz, R. Hutterer (Hrsg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 15–38). Wien: WUV.
 Rogers, C. R. (1959a/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung*. München: Reinhardt. (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.), *Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context*. (S. 184–256). New York: McGraw Hill.)
 Rogers, C. R. (1961a/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.)
 Rogers, C. R. (1980a). *A way of being*. New York: Houghton Mifflin.
 Rogers, C. R. (1981f/2013). The Basic Conditions of the Facilitative Therapeutic Relationship. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, G. Wyatt (Hrsg.), *The Handbook of person centered Psychotherapy and*

- Counselling* (S. 24–28). Houndmills, Basingstoke, Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.
- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen. *Person*, 9 (1), 4–20.
- Schmid, P. F. (2007). The anthropological and ethical foundations of person-centered therapy. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, G. Wyatt (Hrsg.), *The Handbook of person centered Psychotherapy and Counselling* (S. 30–46). Houndmills, Basingstoke, Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.
- Schmid, P. F. (2008). Resonanz, Konfrontation, Austausch. *Person*, 12 (1), 22–34.
- Schmid, P. F. (2009). „HIER BIN ICH“ – zu einem dialogischen Verständnis des personenzentrierten Ansatzes. *Person*, 13 (2), 155–165.
- Seneca, L. A. (58 n.Chr./1990). *De vita beata*. Stuttgart: Reclam.
- Skinner, B. F. (1971/1982). *Jenseits von Freiheit und Würde*. Reinbek: Rowohlt.
- Sternberg, R. J. & Sternberg, K. (2008). *The Nature of Hate*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stinckens, N., Lietaer G. & Leijssen M. (2013a). Working with the Inner critic: Process features and Pathways to change. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 12 (1), 59–78.
- Stinckens, N., Lietaer G. & Leijssen M. (2013b). Working with the inner critic: Therapeutic Approach. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 12 (2), 142–156.
- Stumm, G. (2010). Die Aktualisierungstendenz: eine Synopse in Thesen. *Person*, 14 (2), 135–138.
- Thibaut, J. W., Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Vahrenkamp, S. & Behr, M. (2004). The Dialog with the Inner critic: From a pluralistic self to client centered and experiential work with partial egos. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (4), 228–244.
- Warner, M. S. (2013). Difficult client process. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, G. Wyatt (Hrsg.), *The Handbook of person centered Psychotherapy and Counselling* (S. 343–358). Houndmills, Basingstoke, Hampshire & New York: Palgrave Macmillan.