ZUR DISKUSSION

Zur Problematik des Störungsbegriffs

Eine Reflexion über die Schnittstelle von Theorie, Praxis und Gesundheitssystem

Jürgen Kriz

1. Vorbemerkungen

In jüngerer Zeit erschienen in dieser Zeitschrift mehrere Beiträge, die sich mit dem Konzept der „Störung" und entsprechender Diagnostik auseinandersetzten (Finke, 2025, 2026; Ebinger & Gahleitner, 2025; Locher & Stützle, 2025; Klein, 2025). Ich sehe dies als Anlass, um für den Diskurs über die Problematik unseres Verständnisses psychischen Leidens und den Umgang damit im Hinblick auf „Störung" einige Aspekte zusammenzustellen. Die Notwendigkeit dieses Diskurses ergibt sich aus dem berechtigten Hinweis von Finke (2026), dass die Bemühungen der GwG um eine Aufnahme in das deutsche System der von gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Psychotherapie seit 40 Jahren nicht zuletzt daran gescheitert sind, dass etliche Konzepte der Humanistischen Psychotherapie und des Personzentrierten Ansatzes mit den biomedizinischen Vorstellungen von starren Störungskategorien und an diesen ausgerichteten Behandlungstools nicht gut zusammenpassen. Es geht nicht nur um einen eher diffusen Eindruck, dass die biomedizinische Reduktion komplexer Leidensgeschichten zugenommen hat. Woolfolk (2016) hat für die USA gut recherchiert und mit sehr vielen Zahlen belegt, wie unter dem Druck der Pharma-Lobby ein beträchtlicher Teil psychotherapeutisch arbeitender Psychiater zu reinen „Pillen-Verschreibern" wurde und die Behandlungen psychischer Probleme, die durch „Managed Care" abgewickelt werden, inzwischen fast überhaupt keine Psychotherapie mehr mit einschließen. Ähnliche Entwicklungen – ergänzt um KI-basierte Behandlungstools – üben auch hierzulande bei dem, was als „anerkannt", „effizient" und „bezahlbar" erscheint, massiven Entscheidungsdruck aus. Dem muss sich die Psychotherapie – besonders die „Noch-nicht-Richtlinienverfahren" – stellen.

Im Kontext von Beratung, Coaching, Sozialer Arbeit usw. sind diese Fragen aktuell noch weniger bedeutsam. Denn in diesen Bereichen ist der Störungsbegriff in der biomedizinischen Verengung des deutschen Gesundheitssystems obsolet, weil entsprechend normative Kategoriensysteme wie ICD oder DSM für die Phänomene und Prozesse, unter denen Menschen leiden und um professionelle Hilfe nachsuchen, (noch) nicht vorgesehen sind. Aber auch hier wirkt der Einfluss von Vorstellungswelten aus der Psychotherapie über die Ursachen von Problemen und Leidenszuständen sowie über den Umgang damit. Der Druck zu einer entsprechend normierten und klassifizierten Betrachtung ist auch hier zu spüren. Daher möchte ich in diesen Vorbemerkungen mit einem längeren Zitat aus dem Beitrag von Locher & Stützle (2025) abschließen: Es ist dies m. E. eine sehr treffende Kennzeichnung der Lage, die nicht überlesen werden sollte.

„Schon seit ihrer Entstehung in den 1960er Jahren bewegte sich die Sozialpsychiatrie – die Wissenschaft und Praxis der sozialen Ursachen, Folgen und Bearbeitung sogenannter psychischer Störungen – in diversen Spannungsfeldern: Hilfe und Begleitung für Individuen vs. Veränderung gesellschaftlicher Bedingungen, Anerkennung von Eigensinn und ‚Verrücktheit' vs. Normalisierungsdruck und nach wie vor hoher Stigmatisierung, Alltags- und Gemeindenähe vs. Spezialisierung von Angeboten (Zaumseil & Frank, 2023).

Etwa seit der Jahrtausendwende ist sozialpsychiatrisches Denken und Handeln durch das Wiedererstarken der biologisch-naturwissenschaftlich orientierten Psychiatrie in die Defensive geraten. Zusätzlich werden die personellen (Stichwort ‚Fachkräftemangel') und finanziellen Grundlagen sozialpsychiatrischer Versorgung, die größtenteils im Rahmen der Eingliederungshilfe stattfindet, immer prekärer" (Locher & Stützle, 2025).

2. Rogers und das Störungskonzept: Eine produktive Spannung

Der Begriff der „psychischen Störung" gehört heute zum selbstverständlichen Vokabular klinischer Psychologie und Psychotherapie. Er strukturiert Abrechnungssysteme, legitimiert Behandlungen und ordnet menschliches Leiden in ein verwaltungstaugliches Raster ein. Dabei wurde „Störung" (englisch: *disorder*) erst 1980 als zentraler Kompromissbegriff im Zuge der Veröffentlichung des DSM-III eingeführt (vgl. Auckenthaler, 2012).

Es ging dabei um einen Kompromiss zwischen theoretischen Schulen: Der Begriff „Störung" ersetzte in vielen Bereichen den Begriff „Neurose", der stark psychodynamisch geprägt war, und diente dazu, die verschiedenen Schulen innerhalb der Psychiatrie (psychoanalytisch, biologisch, verhaltenstherapeutisch) zu vereinen. Es wurde so ein Streit darüber vermieden, sich auf eine bestimmte Ätiologie festzulegen. Stattdessen wurden – atheoretisch – explizite, kriterienbasierte (operationale) Definitionen eingeführt, um die Zuverlässigkeit (Reliabilität) psychiatrischer Diagnosen zu erhöhen. „Störung" und das DSM-III können somit als Wendepunkt in der psychiatrischen Klassifikation hin zu einem deskriptiven und pragmatischen Diagnoseverständnis gesehen werden.

Allerdings wirkt der Begriff für all jene, die im personzentrierten oder humanistisch-psychotherapeutischen Kontext arbeiten, wie ein konzeptioneller Fremdkörper, dessen Verwendung ihnen erhebliche Kompromisse abverlangt.

Das Problem ist keineswegs neu. Schon Carl Rogers selbst bewegte sich in einem produktiven Spannungsfeld zwischen wissenschaftlicher Fundierung, die schon damals durch Kategorisierungen und Standarddiagnostik bestimmt war, und der Ablehnung

einer pathologisierenden Haltung gegenüber dem Menschen. Dabei war Rogers keineswegs ein Feind von Diagnostik, wie oft kolportiert wird. Bereits seine Dissertation – „Measuring Personality Adjustment in Children Nine to Thirteen Years of Age" – zeigte, dass er diagnostischen Instrumenten durchaus aufgeschlossen gegenüberstand. Der daraus hervorgegangene Test wurde fast ein halbes Jahrhundert lang genutzt und über 500.000-mal verkauft.

Was Rogers aber ablehnte, war eine Diagnostik, die den Menschen auf Symptomkategorien reduziert, seinen inneren Bezugsrahmen ignoriert und das Leiden aus seinem sozialen, biografischen und subjektiven Kontext herausreißt. Dies ist eine epistemologische Kritik, keine anti-diagnostische oder gar antiwissenschaftliche Haltung.

Eine „psychische Störung" wird in der Humanistischen Psychotherapie nicht als eine Dysfunktion des Gehirns, nicht als ein Defekt des Charakters, sondern als eine belastende Beziehung zur eigenen Erfahrung gesehen. Das Leid ist real, aber seine Natur ist relational und prozessual, nicht kategorial. Hier liegt ein wesentlicher Unterschied zum Störungsbegriff der gängigen Diagnosesysteme: DSM und ICD beschreiben Symptombündel, die sich statistisch häufen und damit Kategorien bilden – Depression, Angststörung, Zwangsstörung. Was sie nicht abbilden können, ist der individuelle Sinn dieser Symptome, ihr Entstehungskontext und vor allem das, was die „Lebenswelt des Subjekts" (Kriz, 2017) ausmacht: die innere Welt, aus der heraus ein Mensch sich und seine Situation versteht. Das steht nicht im Widerspruch dazu, dass ggf. auch(!) neuronale und andere somatische Funktionen beeinträchtigt sein können. Aber wie etwa auch bei einer Querschnittslähmung durch einen Unfall sind dies (fraglos ungünstige) Bedingungen für die Entfaltung von Potenzialen, keineswegs aber monokausale Ursachen für psychisches Leid.

Die Frage ist also nicht, ob Diagnostik prinzipiell sinnvoll ist, sondern welche Art von Diagnostik und welcher Störungsbegriff mit dem Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes und der Humanistischen Psychotherapie vereinbar sind – und welche Konsequenzen sich daraus für die Praxis und die gesellschaftspolitische Positionierung ergeben.

Im Folgenden wird versucht, diese Frage aus mehreren Blickwinkeln zu beleuchten: Es geht nicht nur um eine klassische und ggf. enge Perspektive der Theorie des Personzentrierten Ansatzes oder seiner Weiterentwicklungen, sondern auch um Aspekte aus anderen Diskursen, die unsere Thematik bereichern können. Die Auswahl ist nicht repräsentativ, sondern selektiv nach dem, was mir wichtig erscheint und ich mitteilen möchte. Diese Aspekte ergeben zudem kein geschlossenes System, sondern sind ein mehrstimmiges Argument, das die Komplexität des Gegenstands respektiert.

3. Der Störungsbegriff als gesellschaftliche Konstruktion

Die Kritik am Begriff „psychische Störung" ist nicht nur in therapeutischen, sondern u. a. auch in soziologischen Diskursen von Bedeutung. Die oben erwähnte Kompromissformel „Störung" im Zuge der Einführung des DSM-III lag zwischen dem medizinischen Begriff der „Krankheit" und dem als zu wertend empfundenen Begriff der „Abweichung". Was als neutrale Lösung gemeint war, hat sich seither allerdings als normativ aufgeladenes Konzept erwiesen, das erhebliche gesellschaftliche Auswirkungen hat.

Kritik wird daher keineswegs nur aus der Perspektive der Humanistischen, sondern auch der Systemischen Therapie vorgetragen – die ja inzwischen in Deutschland „Richtlinienverfahren" ist. So formuliert der Systemiker Tom Levold im Gespräch mit dem Deutschen Ärzteblatt: „So werden psychische und soziale Probleme in unserem medikalisierten Diagnostiksystem zu individuellen Krankheiten oder Störungen und ihr Verständnis wie ihre Behandlung wird damit aus ihrem Entstehungskontext herausgelöst. In der Folge werden Krankheiten und Störungen behandelt, aber keine Menschen in ihren relevanten sozialen Bezügen" (Levold, 2017). Damit benennt Levold eine fundamentale epistemische Verschiebung der Betrachtung menschlichen Leidens, wenn man dieses primär aus psychiatrischer Perspektive sieht: Aus einem Geschehen, das sich im Feld zwischen Person und Welt abspielt, wird ein Zustand, der sich in der Person befindet.

Diese Verschiebung im Bereich der Psychotherapie jenseits psychiatrischer Kontexte hat weitreichende Konsequenzen. Erstens kann sie zur Stigmatisierung beitragen: Ein Mensch, der als „gestört" gilt, erlebt eine Etikettierung, die weit über den therapeutischen Kontext hinauswirkt und die Beziehungen zu sich selbst und zu anderen fundamental verändern kann. Levold hält dazu fest, dass „eine Diagnose auch zum Etikett werden kann, das die gesamten Beziehungen der Klienten prägt und auf diese Weise zu einer Chronifizierung beitragen kann" (ebd.). Der Begriff, der Orientierung schaffen soll, schreibt das Leiden damit möglicherweise fest.

Zweitens erzeugt die kategoriale Klassifikation eine Homogenisierung heterogener Erfahrungen: Zwei Menschen mit demselben ICD-Code können vollkommen unterschiedliche Lebensgeschichten, Entstehungszusammenhänge und Ressourcen haben. Was sie teilen, ist ggf. ein gemeinsames Symptommuster – nicht eine gemeinsame Realität. Für therapeutisches Handeln aber ist genau diese individuelle Realität entscheidend.

Drittens – und dies ist vielleicht das gravierendste Problem – verschleiert der Störungsbegriff die gesellschaftlichen Dimensionen psychischen Leidens. Wie der amerikanische Internist und Psychiater George L. Engel bereits vor einem halben Jahrhundert mit seinem „Biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit" forderte (Engel, 1977), müssen gesellschaftliche, wirt-

schaftliche, politische und kulturelle Faktoren als wesentliche Bedingungen psychosozialer Probleme berücksichtigt werden. Engel betonte dabei ausdrücklich, dass Gesundheit und Krankheit keineswegs klar abgrenzbare Kategorien sind und soziale Faktoren auch darüber mitentscheiden, wo Gesundheit endet und Krankheit beginnt. Ein Individuum, das unter Bedingungen von Armut, Diskriminierung oder sozialer Isolation leidet, hat kein intrapsychisches Defizit – es reagiert nachvollziehbar auf eine Umwelt, die es belastet. Das mit in einer individuellen und weitgehend körperlich verstandenen Pathologie-Kategorie angemessen beschreiben zu wollen, ist nicht nur theoretisch fragwürdig, sondern auch politisch problematisch.

4. Gesellschaftliche Strukturen, die Störungen produzieren

Noch schärfer als Engel stellt Erich Fromm (1947, 1955, 1976) die gesellschaftliche Frage – und damit wird eine Dimension sichtbar, die dem Personzentrierten Ansatz zwar strukturell eingeschrieben ist, von ihm aber selten mit dieser Radikalität ausgesprochen wird. Auch wenn Locher & Stützle (2025) über einen Workshop berichten, in dem Personzentrierte die Frage diskutierten, „ob die (Sozial-)Psychiatrie sich neben ihrem Ordnungs- nicht auch einen ‚Unordnungsauftrag' zu eigen machen sollte – im Sinne einer produktiven Verstörung gesellschaftlicher Normen, Erwartungen und Strukturen."

Fromm und Rogers entwickelten ihre Antworten auf die Krise des modernen Menschen fast zeitgleich und weitgehend unabhängig voneinander. Beiden war die Überzeugung gemeinsam, dass der Mensch nicht primär als defizitäres, reparaturbedürftiges Wesen zu verstehen ist, sondern als eines, dessen Leiden aus dem Konflikt zwischen seinen genuinen Bedürfnissen und den Bedingungen entsteht, unter denen er lebt. Damit setzten Fromm und Rogers sich klar vom psychologischen Reduktionismus in zwei Spielarten ab: dem Triebdeterminismus der klassischen Psychoanalyse und dem Behaviorismus, in dem Sinnorientierung keine Rolle spielt.

Wenn wir in der Humanistischen Psychotherapie die therapeutische Beziehung als das zentrale Agens in den Fokus nehmen, lassen wir die Frage eher unbeachtet, welche gesellschaftlichen Verhältnisse an dem spezifischen Leid dieses Menschen mitwirken. Fromms Antwortbegriff ist „Entfremdung": Der Mensch verliert den Kontakt zu seinen eigenen Kräften, Bedürfnissen und Möglichkeiten – er erlebt sich selbst als Ding, als Ware, als Funktion gesellschaftlicher Erwartungen. Dieses Problem und vor allem seine faktischen Konsequenzen werden ggf. auch in der therapeutischen Arbeit im Personzentrierten Ansatz – und allgemein: der Humanistischen Psychotherapie – deutlich, wenn wir uns auf den inneren Bezugsrahmen des Gegenübers konzentrieren. Aber für Fromm ist es nicht so sehr ein individuelles Problem, sondern ein strukturelles: Entfremdung entsteht nach Fromm vor allem durch bestimmte gesellschaftliche Verhältnisse, die auch das Innenleben des Menschen erfassen. Er erläutert dies am Beispiel der kapitalistischen Marktlogik: Ein Mensch, der seinen eigenen Selbstwert wie eine Ware versteht, deren Kurs von der Nachfrage der anderen abhängt, entwickelt keine innere Substanz, kein stabiles Selbst, das er als das seine kennt und bejaht. Er entwickelt stattdessen eine permanente Anpassungsbereitschaft, eine Chamäleon-Identität, die sich nach den Erwartungen des Marktes richtet. Was DSM und ICD als „Persönlichkeitsstörung" oder „narzisstische Störung" klassifizieren mögen, beschreibt Fromm als die konsequente – und in gewissem Sinn rationale – Reaktion auf eine Gesellschaft, die Authentizität bestraft und Anpassung belohnt.

Dem muss man so in seiner radikalen Formulierung, dass Gesellschaft die Störung produziere, nicht folgen. Für den Personzentrierten Ansatz ist es aber wichtig, die ebenso vertraute wie fachlich und wissenschaftlich begründete Perspektive auf individuelles und mikrosoziales Geschehen zu erweitern und die gesellschaftlich-makrosozialen Einflüsse zu berücksichtigen. Zentraler Kern des Personzentrierten Ansatzes sind (individuell) Aspekte wie Kongruenz bzw. Inkongruenz sowie achtsame Symbolisierung und (mikrosozial) Aspekte wie die elterliche und die therapeutische Beziehung oder die Macht von Bindungsmustern. Aber diese individuellen und mikrosozialen Dynamiken spielen sich eben in einem Rahmen ab, dessen makrosoziale Strukturen erhebliche Wirkungen auf das individuelle und mikrosoziale Geschehen haben. Auch das zentrale theoretische Konzept „Aktualisierungstendenz" betont ja die Rahmenbedingungen, unter denen sich die biografischen Muster überhaupt erst herausbilden konnten und sich nun, mit professioneller Unterstützung, neu aktualisieren können. Ebenso plädiert die Personzentrierte Systemtheorie (Kriz, 2017) dafür, die kulturell-gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Es sind gesellschaftlich-makrosoziale Kräfte, die neben den ökonomischen Strukturen auch Metaphern, Erklärungsprinzipien, Narrationen, Begriffs- und Konzeptwelten bereitstellen, mit denen der Mensch die möglichen Symbolisierungen des in der Psychotherapie achtsam erkundeten inneren Geschehens vollzieht.

Die Einbeziehung der makrosozial-gesellschaftlichen Perspektive hat unmittelbare Konsequenzen für den Störungsbegriff: Wenn gesellschaftliche Strukturen systematisch Inkongruenz produzieren – also eine Welt, in der die symbolischen Formen, die dem Menschen zur Verfügung stehen, um sich selbst zu verstehen, chronisch an seinem lebendigen Erleben vorbeigehen –, dann ist das individuelle Symptom nicht Ausdruck einer persönlichen Fehlfunktion, sondern ein Zeichen struktureller Wirkungen. Eine Diagnostik, die allein auf das Individuum – oder gar seine Metabolismen im Gehirn – schaut, verkennt damit den eigentlichen Ort des Problems. Gerade in unserer aktuellen Zeit, in der – durch Autokraten mit ihrer Medienbeherrschung, Social Media mit ihrer Flut von Fake News, Heerscharen von Influencern mit raffinierter Generierung von Bedürfnissen usw. – Realität und Normalität einer Erosion unterliegen, kann nicht Anpassung an eine durch Störungsvariable definierte Normalität das vorrangige Ziel sein. Wichtiger ist Kongruenz – die Fähigkeit, das

eigene Erleben wahrzunehmen, zu symbolisieren und in das eigene Handeln zu integrieren. Eine Gesellschaft, die diese Fähigkeit systematisch untergräbt, ist, so betont Fromm, nicht der neutrale Hintergrund psychischen Leidens, sondern dessen mitursächlicher Akteur.

Der oben im Beitrag von Locher & Stützle (2025) erwähnte „Unordnungsauftrag" meint „Verstörung" genau in diesem systemisch-politischen Sinne, als gewollte Irritation von Normalitätserwartungen. Es sei nur am Rande erwähnt, dass dies anschlussfähig an das Konzept der „angemessenen Verstörung" als therapeutisch-pädagogisches Interventionsprinzip in der Personzentrierten Systemtheorie ist (Kriz, 2017).

Allerdings – und dies ist die produktive Spannung zwischen Rogers und Fromm – wäre Rogers' Einwand gegen Fromm ebenfalls ernst zu nehmen: Fromms Konzept des „produktiven Charakters" als anthropologisches Ideal (Fromm, 1947) enthält eine normative Vorstellung davon, was der Mensch sein sollte. Das berührt die personzentrierte Grundfrage, ob und inwieweit es die Aufgabe der Therapeut:innen ist, Menschen mit politischen Idealen zu beeinflussen – oder ob es nicht darum geht, die Bedingungen zu schaffen, unter denen sie selbst herausfinden können, wer sie sind und sein wollen. Diese Spannung lässt sich nicht auflösen. Sie markiert aber genau die Grenze, an der gesellschaftliche Kritik und therapeutische Zurückhaltung in ein produktives Verhältnis zu bringen sind. Ich selbst plädiere dafür, die Diagnose gesellschaftlicher Bedingungen als therapeutisches Hintergrundwissen zu beachten – aber nicht als Vorhaltungen in die Therapie einzubringen.

5. Die Gesellschaft als Referenzwerkzeug beim Symbolisieren

Als Menschen begegnen wir auf zweierlei Weise der Welt (einschließlich uns selbst): Zum einen als Spezies, die einen Organismus hat, der sich gar nicht so sehr von anderen – besonders dem anderer Säugetiere – unterscheidet. Mit unseren Sinnesorganen erfassen wir über Wahrnehmung einige objektive Gegebenheiten der Welt und können in diese Welt hinein handeln. Die erstaunlich koordinierte Abstimmung zwischen Wahrnehmung und Handlung wird durch die spezifische Architektur unseres Gehirns gewährleistet, dessen Grundstruktur sich im Laufe der Evolution entwickelt hat. Lange Zeit wurde in der Psychologie unterschätzt, in welch großem Maße wir zu „über-sinnlicher" Wahrnehmung fähig sind (Mausfeld, 2005). Hitze, Helligkeit, Lautstärke, Tonhöhe, Druck etc. sind Kategorien unserer Sinnesorgane; aber „Nahrung", „Feind", „Paarungspartner", „essbar", „gefährlich", „belebt", „unbelebt" und vieles mehr sind Bedeutungskategorien, die auf evolutionär entwickelte Zusammenschaltungen von Sinnesorganen in der Architektur unseres zentralen Nervensystems zurückgehen, und – das ist wichtig – sie haben nichts mit Denken oder gar Schlussfolgern zu tun. Die klassische Gestalttheorie hat einige solcher organismischen Bedeutungskategorien unserer Wahrnehmung untersucht – zum Beispiel soziale Beziehungen (zwischen unbelebten Objekten!), Kausalität usw. Aber erst durch die heutige Säuglingsforschung wird das ungeheure Ausmaß solcher organismischen Strukturierungen zunehmend entdeckt (was sich dann in den Diskursen als „Bindung" und „Bindungsmuster", „Protokommunikation", „soziales Gehirn" etc. niederschlägt – vgl. einige Ausführungen dazu und weitere Beispiele in Kriz, 2017, 2023).

Dieser überaus große Bereich an Bedeutungsgebung des menschlichen Organismus (dessen Größe wir mit „höheren" Tieren teilen, aber nur partiell dessen Strukturen) kommt uns (und den Tieren) nicht zu Bewusstsein. Es werden eben Wahrnehmungen und entsprechende Handlungen koordiniert. Typisch menschlich ist das reflexive Bewusstsein, das – darüber herrscht hinreichend Einigkeit – an Sprache (zumindest weitgehend) gebunden ist (genauer: an die Verwendung von künstlich geschaffenen und sozial abgestimmten Symbolen). Daher spricht Cassirer vom Menschen als dem „animal symbolicum" (Cassirer, 1960, S. 40), das sein Weltverständnis eben nicht nur auf Basis der biologisch verankerten *Zeichen* gestaltet, sondern durch einen unbegrenzten Raum an *Symbolen* erweitert. Selbst die ureigensten Empfindungen des Subjekts (sog. „Erste-Person-Perspektive") können nur selbst verstanden und anderen verständlich gemacht werden, wenn man die Kulturwerkzeuge (u. a. Sprache mit ihren Begriffen, Metaphern, Erklärungen, Erklärungsprinzipien usw.) auf sich selbst anwendet (Kriz, 2017, 2023).

Die Welt (rein körperlich) zu *erleben* und sie zu *beschreiben* sind unterschiedliche Perspektiven. Beide Weisen „in der Welt zu sein" müssen in jedem Moment unseres Lebens zusammengebracht werden. Das ist keineswegs immer einfach, zumal unsere immer komplexer werdenden Gesellschaftsformen und ihre vielfältigen Symbolsysteme ebenso vielfältige Abstraktionsleistungen und Perspektiven erfordern – beispielsweise um überhaupt Ironie oder nicht-wörtliche Bedeutungen erkennen zu können. Daher bringen etliche Kliniker, die über eine oberflächliche DSM- oder ICD-Klassifikation hinaus an einem prozessualen Verständnis von psychopathologischen Phänomenen interessiert sind, viele Symptome in Zusammenhang mit einem Verlust des adäquaten Gebrauchs von symbolischen Strukturierungen unserer Erfahrung (vgl. Andersch & Barfi, 2008; Andersch, 2014). Dies ist für ein nicht oberflächlich klassifizierendes, sondern ätiologisch fundiertes Verständnis von „Störungen" sehr wichtig, würde aber hier den Rahmen sprengen, da dies genauer erläutert werden müsste (vgl. Kriz, 2023).

Zudem lassen sich beide Weisen „in der Welt zu sein" keineswegs immer kongruent und stimmig aufeinander beziehen. Wenn wir unsere organismischen Prozesse und das damit verbundene „implizite Wissen" nicht „zur Sprache" bringen, d. h. die Kulturwerkzeuge nicht (auch) auf uns selbst anwenden, können wir uns selbst nicht verstehen, geschweige denn uns anderen erklären. Daraus ergeben sich erhebliche Spannungsfelder in unseren Lebensszenen. Andererseits, wenn wir nur in „abgehobenen Sprechblasen" über die Welt und unser (vermeintliches) Befinden reden, sind wir von unserer eigentlichen Lebensbasis ent-

fremdet. Unsere Bedürfnisse, Emotionen und unser „leibhaftiger“ Kontakt zur Welt werden dann nicht einmal von uns selbst achtsam registriert. Stattdessen stülpen wir unseren Körperprozessen fremde Erklärungen, Beschreibungen und Bedeutungen über (beispielsweise „Introjekte“). Mit dieser mangelnden Stimmigkeit (bzw. Inkongruenz) tun wir unserem Organismus Gewalt an und missachten unsere Bedürfnisse und Empfindungen. Kein Wunder, wenn wir dann als Gesamtsystem „Mensch“ mit unserem Körper und/oder Geist ggf. längerfristig nicht gut in die Welt passen und/oder uns unpassend in der Welt fühlen – also das entwickeln, was als „Symptome“ beschrieben wird.

Ein beträchtlicher – wenn nicht gar der größte – Teil sowohl der organismischen wie auch der symbolischen Strukturierungsvorgänge läuft fern des Bewusstseins ab. Dabei wäre es wichtig, zwischen den strukturierenden Kräften und deren inhaltlich benennbarem Ergebnis zu unterscheiden: So können wir beispielsweise das, was wir „Ärger“ nennen, bei achtsamer Aufmerksamkeit auf unser inneres Geschehen (ergänzt um die Selbstbeobachtung unserer Verhaltensweisen) als „Ärger“ symbolisieren. Damit haben wir das Geschehen *inhaltlich* beschrieben und als solches dem Bewusstsein zugeführt. Wie und in welchem Ausmaß dieser „Ärger“ allerdings als *Operator* unsere Wahrnehmung, unser Denken, Entscheiden und Handeln beeinflusst sowie ggf. weitere Gefühle stimuliert, können wir mit unserem Bewusstsein noch weit weniger erfassen als den inhaltlichen Aspekt. Interpersonell kann mimischer Ausdruck zudem statt als Ausdruck innerer Befindlichkeit als appellativer Operator unseres „social brains“ eingesetzt werden (Benecke, 2000).

6. Störung als Transformationsproblem: Die gestalttheoretische Perspektive

Wie schon Rogers mit seiner Aktualisierungstendenz und die Personzentrierte Systemtheorie mit dem Fokus auf gelungene Ordnungs-Ordnungs-Übergänge betont auch Stemberger aus gestalttheoretischer Perspektive, dass Leben grundsätzlich als ständiger Transformationsprozess zu sehen ist (Stemberger, 2025). Aus dieser Perspektive sind psychopathologische Erscheinungen keine unverständlichen Entgleisungen der menschlichen Psyche, sondern Antworten auf die Herausforderungen von Transformationsprozessen im Leben des Menschen oder auf die Unterbrechung und Beeinträchtigung dieser Prozesse.

Denn die Antwort auf die Frage, wer man in welcher Welt ist – für sich selbst und für andere –, verändert sich über die Lebensspanne ständig. Pubertät, das Erwachsenwerden, Beziehungsveränderungen, Arbeitslosigkeit, Alter: All dies sind Situationen, in denen eine Neuorientierung des Ich-Welt-Verhältnisses gefordert ist. Diese Transformationen können eine Ressourcenüberforderung darstellen, insbesondere wenn die mit-menschliche Unterstützung ausbleibt oder gar in ihr Gegenteil verkehrt wird. Stemberger unterscheidet zwischen Schwierigkeiten auf dem Lebensweg, die gelöst werden wollen, und Störungen, die erst aus untauglichen Bewältigungsversuchen angesichts der Schwierigkeiten oder durch Eingriffe von außen entstehen, indem die Wege der Transformation versperrt oder die dafür nötigen Ressourcen abgeschnitten werden. Gestört ist dann jedenfalls nicht die Person, sondern der Transformationsprozess, was dann auch in einem gestörten Ich-Welt-Verhältnis seinen Niederschlag findet. Dies entspricht dem Credo der gesamten Humanistischen Psychotherapie mit ihren unterschiedlichen Ausformulierungen.

Stemberger betont auch, dass dies für die Frage nach einer Diagnostik sowohl therapeutisch wie auch ethisch bedeutsam ist: Wenn nicht die Person gestört ist, sondern der Prozess, in dem sie sich befindet, dann geht es in der Therapie darum zu verstehen, an welchem Punkt des Transformationsprozesses sich ein Mensch befindet, was die Situation erfordert und welche Ressourcen – innere wie äußere – zur Verfügung stehen oder mobilisiert werden müssen.

7. Das Somatische nicht ausblenden: Gegen eine einseitige Dekontextualisierung

An diesem Punkt ist eine kritische Reflexion nötig, die im psychotherapeutischen Diskurs von humanistischer und systemischer Seite gelegentlich unterbleibt: Das Unterfangen, das Psychische vom Sozialen und Subjektiven her zu verstehen, kann in eine einseitige Dekontextualisierung kippen, wenn dabei somatische und neurobiologische Prozesse systematisch völlig ausgeblendet werden.

Beispielsweise hinterlassen Traumatisierungen zweifelsfrei neurobiologische Spuren. Und Affektregulationsprobleme, die wir beispielsweise mit „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ kategorisieren und die bei vielen Menschen mit komplexen Störungsbildern auftreten, haben ebenso eine somatisch verankerte Dimension. Dieses somatische Geschehen kann durch soziale Kontextualisierung allein nicht aufgelöst werden (Wagner, Eckert & Hiesberger-Kamleitner, 2023).

Für ein Störungskonzept bedeutet das: Eine angemessene Alternative zu biomedizinischem Reduktionismus ist nicht der Verzicht auf Biologie, sondern ihre Integration in ein mehrebenenorientiertes Verständnis. Psychische Prozesse, interpersonelle Dynamiken, kulturelle Bedeutungssysteme und somatische Vorgänge stehen in einer komplexen wechselseitigen Abhängigkeit.

Keines dieser Systeme ist das primäre, keines kann ignoriert werden. Ein Störungskonzept, das dem gerecht wird, ist notwendig ein plurales – nicht im Sinne einer additiven Sammlung von Modellen, sondern im Sinne eines integrativen Verständnisses, das die verschiedenen Ebenen als komplementäre Perspektiven auf dasselbe Geschehen begreift.

8. Das Spannungsfeld mit dem Gesundheitssystem

All das klingt überzeugend im Raum theoretischer Erwägungen. Doch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten nicht im Raum von theoretischen Konzepten, sondern in einem Gesundheitssystem, das ohne diagnostische Klassifikation nicht funktioniert. Der Bundesausschuss, die Krankenkassen, die Zulassungsverfahren: Sie alle setzen voraus, dass psychotherapeutisches Handeln an einen ICD-Code geknüpft ist.

Dies führt zu einem pragmatischen Umgang mit der Diagnostik von „Störungen": Die Diagnose als Verwaltungsakt, als „Eintrittskarte" in das Versorgungssystem, muss unterschieden werden von der Diagnose, die der therapeutischen Arbeit und Klärung dienen soll. Auch Levold (2017) betont diesen Doppelstatus: Eine ICD-Kodierung ist aus ökonomischen Gründen zwingend – das ist die eine Ebene. Aber es bleibt die Frage, ob damit eine gute Beschreibung der Problemlage dieses Menschen gegeben wird. Denn die Bedeutung der Diagnose verblasst im Verlauf des therapeutischen Prozesses immer mehr: „In der Therapie sehen wir zunehmend den Menschen hinter der Diagnose" (ebd.).

Diese doppelte Buchführung – formale Diagnose für das System, phänomenologisches Verstehen für die Therapie – ist kein wirklich befriedigender Zustand. Sie ist aber möglicherweise der ehrlichste Umgang mit einer strukturellen Spannung, die nicht durch konzeptionelle Eleganz allein aufzulösen ist, sondern einer veränderten gesundheitspolitischen Grundlage bedarf. Hier kommt Fromms gesellschaftskritische Perspektive erneut ins Spiel: Die strukturellen Kräfte, die ein System ausübt, das menschliches Wachstum nur dann finanziert, wenn es als Reparatur einer Störung deklariert wird, sind keine Naturgewalt. Sie sind das Ergebnis politischer Entscheidungen – und können durch politisches Engagement verändert werden (auch wenn dieser Prozess mühsam und langwierig ist).

9. Resümee

Die erörterten Perspektiven konvergieren in einer gemeinsamen Forderung: Der diagnostische Blick muss sich weiten – von der Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung, vom Individuum zum Kontext, vom Symptom zum Prozess. Wir sollten uns fragen: Was wollen wir beim Klienten finden? Seine Defizite, die wir als Symptome beschreiben und zu Diagnosen zusammenfassen? Oder vielleicht seine Möglichkeiten und Ressourcen, seine Interaktionsmuster, mit denen wir dann in der Therapie arbeiten können (vgl. Levold, 2017)? Eine Diagnostik, die sich auf Ressourcen konzentriert, fragt nicht, was die Probleme und Defizite sind, sondern welche Ideen und Möglichkeiten die Klienten für Lösungen mitbringen.

Diese ressourcenorientierte Diagnostik ist keine Romantisierung des menschlichen Leidens, kein Wegsehen von echter Not. Sie ist der Versuch, das therapeutisch Relevante in den Blick zu bekommen: die Selbstheilungskräfte, die immer auch in einem gestörten Transformationsprozess vorhanden sind. Stemberger betont dabei, dass Selbstheilungskräfte auch die Kräfte des Menschen einschließen, die es ihm ermöglichen, die Hilfe seiner Mitmenschen anzufordern und anzunehmen. „Störung" und Heilung sind keine Gegensätze, sondern Momente eines Prozesses.

Eine Diagnostik von „Störungen", die diesen Anforderungen gerecht wird, wäre zunächst phänomenologisch statt nosologisch: Sie beschreibt nicht, welchem Cluster von Symptomen ein Mensch zugehört, sondern was er erlebt, wie er seine Situation versteht und was in seinem Leben gerade einer Transformation bedarf. Sie wäre kontextuell: Sie hat auch beim Fokus auf den inneren Bezugsrahmen im Blick, wie die sozialen, kulturellen und materiellen Bedingungen beschaffen sind, unter denen das Leid entstanden ist und aufrechterhalten wird. Sie wäre prozessorientiert: Sie interessiert sich nicht für den statischen Zustand, sondern für die Dynamik: Wo im Transformationsprozess befindet sich dieser Mensch, was ist der nächste Schritt, was hält im ständigen Aktualisierungsprozess im Leben dieses Menschen die Dynamik dennoch so überstabil, dass zentrale Lebensvorgänge zu den neu konstellierten Entwicklungsaufgaben im Leben nicht mehr passen?

Dieser umfassendere diagnostische Blick auf „Störungen" würde aber auch die somatische Dimension nicht ausblenden, sondern als komplementäre Ebene integrieren. Eine Diagnostik, die beides im Blick behält – die symbolische Integrationsfähigkeit und ihre biologischen Grundlagen –, ist komplexer als eine reine Symptomliste, aber sie ist auch wesentlich näher an dem, was therapeutisch relevant ist. Psychotherapie handelt ja auch wesentlich davon, die „privaten Krankheitskonzepte" des Klienten zutage zu fördern und in den Prozess einzubeziehen. Denn es kann letztlich nur getan werden, was dieser, im günstigen Fall veränderten, Vorstellung entspringt.

Und eine solche Diagnostik würde – das ist kein kleines Zugeständnis an die Notwendigkeit – dort, wo das Gesundheitssystem es verlangt, eine formale Einordnung bereithalten, ohne diese mit der therapeutischen „Wahrheit" gleichzusetzen. Formale Diagnose und phänomenologisches Verstehen wären nicht Gegensätze, sondern fokussierte Antworten auf unterschiedliche Anfragen.

Literatur:

Andersch, N. (2014). Symbolische Form und psychische Erkrankung: Argumente für eine ‚Neue Psychopathologie'. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Andersch, N. & Barfi, D. (2008). Cassirer, Goldstein, Kronfeld, Lewin: Verschüttete Ansätze einer „Neuen Psychopathologie" und ihre Fortschreibung. In G. Keil & B. Holdorff (Hrsg.), *Schriftenreihe der DGGN*, 14, 215–242.

Auckenthaler, A. (2012). *Kurzlehrbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie: Grundlagen, Praxis, Kontext*. Stuttgart: Thieme.

Benecke, C. (2000). *Mimischer Affektausdruck und Sprachinhalt. Interaktive und objektbezogene Affekte im psychotherapeutischen Prozess*. Bern: Peter Lang.

Cassirer, E. (1960). *Was ist der Mensch? Versuch einer Philosophie der menschlichen Kultur*. Stuttgart: Kohlhammer.

ZUR DISKUSSION

Ebinger, S. & Gahleitner, S. B. (2025). Personzentrierte Soziale Arbeit mit geflüchteten jungen Menschen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 4/25, 18–23.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129–136.

Finke, J. (2025). Zwei Sprachen – ein Verstehen: Die Personzentrierte Psychotherapie und die Emotionsfokussierte Therapie im Vergleich. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 2/25, 6–17.

Finke, J. (2026). Beitrag zur Diskussion über den Störungsbegriff. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1/26.

Fromm, E. (1947). *Psychoanalyse und Ethik*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Fromm, E. (1955). *Wege aus einer kranken Gesellschaft*. Frankfurt/M.: Europäische Verlagsanstalt.

Fromm, E. (1976). *Haben oder Sein*. Stuttgart: DVA.

Klein, A. (2025). Die Entstörung des Personzentrierten Ansatzes. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 4/25.

Kriz, J. (2017). Subjekt und Lebenswelt. Personzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kriz, J. (2023). Humanistische Psychotherapie. Grundlagen – Richtungen – Evidenz. Stuttgart: Kohlhammer.

Levold, T. (2017). „Wir dürfen ‚Sinn' nicht medikalisieren." Interview. *Deutsches Ärzteblatt PP*, Heft 1, Januar 2017, 16–17.

Locher, M. & Stützle, S. (2025). Der Personzentrierte Ansatz und das Bundesteilhabegesetz in der Sozialpsychiatrie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 4/25, 29.

Mausfeld, R. (2005). Vom Sinn in den Sinnen. Wie kann ein biologisches System Bedeutung generieren? In N. Elsner & G. Lüer (Hrsg.), ...„sind eben auch nur Menschen" – Verhalten zwischen Zwang, Freiheit und Verantwortung. Göttingen: Wallstein, 47–79.

Stemberger, G. (2025). Ein Leben in Transformation. Gestalttheoretische Grundgedanken zur Psychopathologie für die Praxis. *Phänomenal – Zeitschrift für Gestalttheoretische Psychotherapie*, 2/25, 7–17.

Wagner, E., Eckert, C. & Hiesberger-Kamleitner, K. (2023). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Rezensiert von J. Kriz. [Manuskriptauszug]

Woolfolk, R. L. (2016). *On the social and cultural value of psychotherapy: Farewell to laboratory-only psychotherapy and synapse psychiatry*. München: CIP Media.

Zaumseil, M. & Frank, S. (2023). Wandlungen der Sozialpsychiatrie und gegenwärtige Widersprüche. In A. Behzadi, A. Lenz, O. Neumann, I. Schürmann & M. Seckinger (Hrsg.), *Handbuch Gemeindepsychologie. Community Psychology in Deutschland*. Tübingen: dgvt, S. 137–172.



Prof. Dr. Jürgen Kriz, Psychologe, Psychotherapeut und emeritierter Professor für Psychotherapie und Klinische Psychologie an der Universität Osnabrück; Gastprofessuren in Wien, Zürich, Berlin, Riga, Moskau und den USA; Begründer der Personzentrierten Systemtheorie; jahrzehntelanges Engagement im Wissenschaftlichen Beirat der GwG und Ehrenmitglied des Verbands.

Kontakt: kriz@uos.de