

Jobst Finke

Personzentrierte Psychotherapie und Beratung

Störungstheorie
Beziehungskonzepte
Therapietechnik

PERSONZENTRIERT



 reinhardt

 reinhardt

Personzentrierte Beratung & Therapie; Band 16 Herausgegeben von der Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V., Köln

Jobst Finke

Personzentrierte Psychotherapie und Beratung

Störungstheorie – Beziehungskonzepte – Therapietechnik

Unter Mitarbeit von Heinke Deloch und Gerhard Stumm

Ernst Reinhardt Verlag München

Dr. med. Jobst Finke, Essen, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Neurologie-Psychiatrie, ist in eigener Praxis, Supervision und als Ausbilder u. a. für Gesprächspsychotherapie (GwG, ÄGG) tätig. Vom Autor außerdem im Reinhardt Verlag lieferbar: „Träume, Märchen, Imaginationen. Personzentrierte Psychotherapie und Beratung mit Bildern und Symbolen“ (1. Aufl. 2013; ISBN 978-3-497-02371-4).

Hinweis: Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. — Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

ISBN 978-3-497-02896-2 (Print)

ISBN 978-3-497-61277-2 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61287-1 (EPUB)

ISSN 1860-5486

© 2019 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in EU

Reihenkonzeption Umschlag: Oliver Linke, Hohenschäftlarn

Covermotiv: © bittedankeschön/ Fotolia.com

Satz: Bernd Burkart; www.form-und-produktion.de

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de

E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

1 Zu den ideengeschichtlichen Voraussetzungen der Personzentrierten Psychotherapie

- 1.1 Intuition und Vielfalt gegen rationales Planen und klassifizierendes Ordnen
- 1.2 Das Menschenbild
 - 1.2.1 Der „Organismus“ und die „Aktualisierungstendenz“
 - 1.2.2 Die „fully functioning person“

2 Die personzentrierte Persönlichkeits- und Störungstheorie

- 2.1 Die Inkongruenz und ihre Folgen
 - 2.1.1 Das organismische Erleben und seine Symbolisierung
 - 2.1.2 Gefühle und Bedürfnisse als Aspekte des organismischen Erlebens
- 2.2 Das Selbstkonzept und das Beziehungskonzept
 - 2.2.1 Die verschiedenen Aspekte des Selbstkonzeptes
 - 2.2.2 Das Beziehungskonzept
 - 2.2.3 Die Bindungstheorie

3 Die Kernmerkmale in der Personzentrierten Psychotherapie

3.1 Kernmerkmal Bedingungsfreie positive Beachtung

- 3.1.1 Die Schwierigkeiten des Bedingungsfreien positiven Beachtens
- 3.1.2 Die Funktionen des Bedingungsfreien positiven Beachtens

3.2 Kernmerkmal Einfühlerndes Verstehen

- 3.2.1 Charakteristika des Einfühlernden Verstehens
- 3.2.2 Das Vorverständnis des Einfühlernden Verstehens
- 3.2.3 Das Verstehen des Unverständlichen
- 3.2.4 Die Funktionen des Einfühlernden Verstehens

3.3 Kernmerkmal Kongruenz/Echtheit

- 3.3.1 Charakteristika von Kongruenz/Echtheit
- 3.3.2 Funktionen von Kongruenz/Echtheit

4 Die Beziehungskonzepte in der Personzentrierten Psychotherapie

- 4.1 Die Alter-Ego-Beziehung
- 4.2 Die Dialog-Beziehung
- 4.3 Das Verhältnis von Beobachter- und Teilnehmer-Beziehung

5 Das Problem des „Nicht-Direktiven“

- 5.1 „Lenkung“ in der personenzentrierten Gesprächsführung
- 5.2 Die Verantwortlichkeit des Therapeuten/Beraters
- 5.3 Die therapeutische Beeinflussung des Klienten

6 Personenzentrierte Praxis: Die therapiepraktische Vermittlung der Kernmerkmale

- 6.1 „Therapietechnik“ gegen die Unmittelbarkeit der Begegnung?
- 6.2 Die drei Ebenen: Kernmerkmale, Beziehungskonzepte, Handlungsmuster

6.3 Einfühlen und Verstehen

- 6.3.1 Formen und Stufen des Einfühlenden Verstehens
- 6.3.2 Anwendungshinweise für das Einfühlende Verstehen

6.4 Beziehungklären

- 6.4.1 Konzept-Beschreibung
- 6.4.2 Anwendungspraxis
- 6.4.3 Indikation und Funktion des Beziehungklärens
- 6.4.4 Die therapeutische Beziehung: Risiken und Chancen

6.5 Selbstöffnen

- 6.5.1 Konzept-Beschreibung und -Begründung
- 6.5.2 Anwendungspraxis
- 6.5.3 Indikation
- 6.5.4 Risiken

6.6 Abwehr-Bearbeitung

- 6.6.1 Konzept-Beschreibung und -Begründung
- 6.6.2 Formen der Widersprüchlichkeit und ihre Bearbeitung

7 Weiter- und Parallelentwicklungen zur Personenzentrierten Psychotherapie

- 7.1 Focusing *Von Hanke Deloch*
 - 7.1.1 E. T. Gendlins Theorie der Persönlichkeitsentwicklung und therapeutischen Veränderung
 - 7.1.2 Focusing: Der Weg der Veränderung
 - 7.1.3 Focusing-orientierte Beratung und Therapie
 - 7.1.4 Beispiele aus Therapie-Gesprächen
 - 7.1.5 Weiterentwicklungen der Focusing-orientierten Psychotherapie
 - 7.1.6 Fazit
- 7.2 Existenzielle Aspekte in der Personenzentrierten Psychotherapie *Von Gerhard Stumm*
 - 7.2.1 Zur Entstehung von Inkongruenz aus existenzieller Sicht
 - 7.2.2 Praxisperspektiven
 - 7.2.3 Existenzielle Themen

- 7.2.4 Zur Integration existenzieller Aspekte in die personenzentrierte Praxis:
ein Resümee

8 Diagnostik, Indikation und Therapieziele

- 8.1 Die Diagnose in der Personenzentrierten Psychotherapie
 - 8.1.1 Das innere Bezugssystem und personenzentrierte Diagnostik
 - 8.1.2 Formen und Funktionen der Diagnostik
 - 8.1.3 Kommunikation der Diagnose?
- 8.2 Indikation im Kontext der Wirksamkeitserwartung
 - 8.2.1 Die Störungsform
 - 8.2.2 Befindlichkeit und Persönlichkeitsstile
 - 8.2.3 Ansprechbarkeit auf das Therapieangebot
- 8.3 Therapieziele

9 Personenzentrierte Psychotherapie verschiedener Störungen

- 9.1 Die störungsbezogene Perspektive
- 9.2 Die Depression**
 - 9.2.1 Erscheinungsbild und Entstehungsbedingungen
 - 9.2.2 Therapiepraxis
- 9.3 Angststörungen**
 - 9.3.1 Erscheinungsbild und Entstehungsbedingungen
 - 9.3.2 Therapiepraxis
 - 9.3.3 Besonderheiten des Störungsbildes und der therapeutischen Aufgabe
- 9.4 Somatoforme Schmerz-Störung**
 - 9.4.1 Erscheinungsbild und Entstehungsbedingungen
 - 9.4.2 Therapiepraxis
- 9.5 Persönlichkeitsstörungen**
 - 9.5.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung
 - 9.5.2 Narzisstische Persönlichkeitsstörung
 - 9.5.3 Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
 - 9.5.4 Paranoide Persönlichkeitsstörung
- 9.6 Paranoide Schizophrenie**
 - 9.6.1 Erscheinungsbild und Entstehungsbedingungen
 - 9.6.2 Therapiepraxis
- 9.7 Alkoholabhängigkeit**
 - 9.7.1 Erscheinungsbild und Entstehungsbedingungen
 - 9.7.2 Therapiepraxis
- 9.8 Essstörungen: Bulimie**
 - 9.8.1 Erscheinungsbild und Entstehungsbedingungen
 - 9.8.2 Therapiepraxis

10 Gruppen-Psychotherapie

- 10.1 Grundmerkmale von Gruppenpsychotherapie

- 10.1.1 Historische Entwicklung
- 10.1.2 Personzentrierte Beiträge zu Forschung und Therapie
- 10.1.3 Therapie- versus Encounter-Gruppen
- 10.2 Stellung der personzentrierten Gruppenpsychotherapie innerhalb zentraler Gruppentherapie-Konzepte
 - 10.2.1 Psychotherapie in der Gruppe
 - 10.2.2 Psychotherapie durch die Gruppe
 - 10.2.3 Psychotherapie der Gruppe
 - 10.2.4 Die Perspektive verschiedener Therapiephasen
- 10.3 Therapiepraxis
 - 10.3.1 Thema: Der Protagonist
 - 10.3.2 Thema: Die Reaktion auf den Protagonisten
 - 10.3.3 Thema: Die Reaktion des Protagonisten auf die anderen
 - 10.3.4 Thema: Die Gruppe
- 10.4 Indikation der Gruppen-Psychotherapie
- 10.5 Gruppensetting: Ambulante und stationäre Gruppentherapie

11 Paar- und Familientherapie

- 11.1 Paartherapie
 - 11.1.1 Ziele und Indikation der Paartherapie
 - 11.1.2 Personzentrierte Beiträge zu Forschung und Therapie
 - 11.1.3 Paarkonzept und Beziehungskonzept
 - 11.1.4 Therapiepraxis
- 11.2 Familientherapie
 - 11.2.1 Diagnostik und Indikation
 - 11.2.2 Personzentrierte Beiträge zur Konzeptbeschreibung
 - 11.2.3 Familienkonzept und Beziehungserleben
 - 11.2.4 Therapiepraxis

12 Der Traum und das Traumverstehen

- 12.1 Der Traum in der Personzentrierten Psychotherapie
 - 12.1.1 Personzentrierte Beiträge zur Arbeit mit Träumen
 - 12.1.2 Die Funktionen des Träumens
 - 12.1.3 Personzentrierte Verstehensmuster bei der Arbeit mit Träumen
- 12.2 Therapiepraxis
 - 12.2.1 Die Imaginationsphase
 - 12.2.2 Die Reflexionsphase

13 Personzentrierte Psychotherapie und Pharmakotherapie

- 13.1 Anwendungsbereiche und Art der Psychopharmaka
- 13.2 Kombinationstherapie: Pro und Kontra
- 13.3 Psychopharmakotherapie und die therapeutische Beziehung

Literatur

Nachwort

Sachregister

1 Zu den ideengeschichtlichen Voraussetzungen der Personzentrierten Psychotherapie

1.1 Intuition und Vielfalt gegen rationales Planen und klassifizierendes Ordnen

„Keine Theorie kann ohne Kenntnis ihrer kulturellen und persönlichen Grundlage richtig verstanden werden“ ([Rogers 1959/1987](#), 11). Dieser Aussage von Carl R. Rogers, dem Begründer der Personzentrierten Psychotherapie (PZT) bzw. der Gesprächspsychotherapie (GPT), nachdrücklich zustimmend, sollen vor allem einige dieser kulturellen Grundlagen hier skizziert werden.

Das uns hier interessierende Verfahren wurde von Rogers (1902 – 1987) zunächst „Nicht-direktive Beratung“, dann aber bald „Klienten-zentrierte Therapie“ ([Rogers 1951/1973a](#)) genannt. Mit diesen Namen wollte Rogers jeweils auch eine „Gegenzentrierung“ ([Waldenfels 1991](#)) zu jenen Ansätzen anzeigen, die er als direktiv, d. h. den Klienten nach den Zielvorstellungen des Therapeuten/Beraters lenkend, also als „Therapeuten-zentriert“ ansah. Nicht nur in der Psychoanalyse der 1920er bis 1950er Jahre, sondern auch in der damals sich gerade entwickelnden Lebens- und Erziehungsberatung ([Rogers 1942/1972](#)), bestand noch eine starke Orientierung am Leitbild der modernen Wissenschaft, wie es sich

besonders in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts herausgebildet hatte. Diese Orientierung implizierte auch das Leitbild des unbeirrbar, souveränen Forschers, des ebenso umsichtig wie objektiv und kompetent operierenden Experimentators. Diesem Ideal hatte in der Psychotherapie bzw. der Beratung der Therapeut bzw. der Berater insofern zu entsprechen, als von ihm erwartet wurde, dass er ebenso professionell wie souverän den vermeintlich in Ratlosigkeit und Irrtum befangenen Patienten zu Einsicht und angemessenem Verhalten führt. Der Therapeut/Berater wird also in der frühen Beratungspraxis der 1930er und 1940er Jahre (!) ganz selbstverständlich in der Rolle des allwissenden Experten gesehen, der die Problematik des Patienten systematisch analysiert und daraus fundierte Ratschläge oder erhellende Deutungen ableitet.

Bei der Frage, was nun im Ansatz von Rogers das Revolutionäre, das umwälzend Neue in den psychotherapeutischen Diskursen war, muss man sich diese Zeitumstände vor Augen halten. Die Entschlossenheit von Rogers, so etwas wie die Empathie zum zentralen Moment eines psychotherapeutischen Unternehmens zu machen, bedeutete beim Erscheinen seines Schlüsselwerkes „Client-Centered Therapy“ ([Rogers 1951/1973a](#)) etwas geradezu Unerhörtes. Die Vorstellung, dass nicht kenntnisreiche Ratschläge oder umfassende Interpretationen eines vermeintlich objektiv beobachtenden und mit einem unbeirrbar Wahrheitsanspruch analysierenden und urteilenden Experten Heilung bringen sollten, sondern dass nur das intensive Sich-Einfühlen in die innere Welt des Klienten, das Nachempfinden seines Erlebens der entscheidende Wirkfaktor von Psychotherapie sein sollte, widersprach allen Denkgewohnheiten von wissenschaftlich begründeter Therapie. Ja, wurde nicht hierdurch auch die Bedeutung von objektiv urteilender Vernunft und rationalem Wissen zumindest für die Psychotherapie infrage gestellt? Wenn der Therapeut sich darauf

beschränkt, nur das nacherlebende Alter Ego seines Klienten zu sein ([Rogers 1951/1973a](#)), wenn er nur aus der Rolle eines einfühlsamen, Anteil nehmenden Doppelgängers seines Klienten fungiert, kann dann der letztere davon überhaupt profitieren? Erfordert nicht die Korrektur dysfunktionaler Einstellungen und maladaptiver Interaktions- und Verhaltensmuster eine objektiv urteilende Distanznahme zum Erleben des Klienten?

Rogers würde diese Bedenken vielleicht mit der Begründung zurückweisen, dass zahlreiche Therapiestudien, seine eigenen und die seiner Schüler und Anhänger (Zusammenstellungen z. B. bei [Frohburg 2009](#); [Bierman-Ratjen/Eckert 2017](#)), die Wirksamkeit seines Konzeptes belegen, in dem der Therapeut nicht als der allwissende Experte und der objektiv urteilende Beobachter fungiert, sondern als der anteilnehmende Begleiter des inneren Erlebens seines Patienten, den er lieber „Klient“ nennen möchte, um so auf dessen Autonomie und Selbstbestimmtheit zu verweisen. Damit weist Rogers implizit auch die tradierte Rollenaufteilung zwischen Therapeut und Patient zurück, die als eine Subjekt-Objekt-Beziehung das Paradigma der neuzeitlichen, „modernen“ Wissenschaft spiegelt: Das Subjekt (Therapeut) als Denkendes und das Objekt (Klient) als Gedachtes ([Engelmann 1991](#)). Die Kritik an solchen Denkmustern moderner Wissenschaft wird seit [Lyotard \(1979/1986\)](#) die „Postmoderne“ genannt, manchmal ist auch, besonders in Frankreich, vom „Poststrukturalismus“ die Rede.

Auch einen gewissen Anti-Rationalismus bzw. Anti-Kognitivismus könnte man manchmal bei Rogers herauslesen, wenn er seine Skepsis gegenüber einer wissensbasierten Erkenntnisvermittlung in der Psychotherapie deutlich macht:

„Das Misslingen eines jeden solchen intellektuellen Ansatzes hat mich zu der Erkenntnis gezwungen, dass wirkliche Veränderung durch Erfahrung in einer Beziehung zustande kommt“ (Rogers 1961/1973b, 46).

Rogers sieht das Wirkprinzip von Psychotherapie also nicht so sehr in der scharfsinnigen Analyse von Problemen, sondern er sieht es vor allem in der korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrung, wie dies der Analytiker Alexander nannte (Alexander/French 1946). Einem solch rationalitätskritischen Ansatz entsprechend beschreibt Rogers auch sein eigenes therapeutisches Vorgehen:

„Ich lasse mich ein in die Unmittelbarkeit der Beziehung; mein ganzer Organismus, nicht nur mein Bewusstsein, übernimmt die Beziehung und sensibilisiert sich darauf hin. Ich reagiere nicht bewusst auf eine planvolle oder analytische Art, sondern einfach unreflektiert auf das andere Individuum“ (Rogers 1961/1973b, 199).

Rogers will als Therapeut also nicht reflexions-, sondern intuitionsgeleitet reagieren.

Diese Zitate zeigen an, dass Rogers den Geist der Postmoderne in der Psychotherapie um 20 bis 30 Jahre vorweggenommen hat, bevor diese Bewegung in den 1970er und 1980er Jahren in den philosophischen und überhaupt geisteswissenschaftlichen Diskursen bestimmend wurde. (Einige Philosophen, so etwa Heidegger sowie Horkheimer und Adorno, haben freilich schon spätestens seit den 1940er Jahren im Sinne einer Modernitätskritik argumentiert.) Bei der Postmoderne handelt es sich um die Kritik am modernen Zweckrationalismus mit seiner Tendenz zur Instrumentalisierung der Vernunft; einer Vernunft, die die Tendenz zeigt, die Welt als Totalität zu durchschauen, um sie letztlich beherrschbar zu machen. Wegen dieser der Vernunft unterstellten Machtförmigkeit wurde in den postmodernen Diskursen auch vom repressiven Charakter der Vernunft gesprochen (Horkheimer/Adorno 1944/1969;

[Habermas 1996](#)). Mit der Anwendung solcher Vernunft geht auch eine die Moderne kennzeichnende Subjekt-Objekt-Spaltung einher. Durch diese Spaltung, so die Kritik der Postmoderne, werde nicht nur die äußere, sondern auch die innere Natur des Menschen, also seine Psyche, zum Objekt emotional teilnahmsloser Beobachtung und kühl-distanzierter Forscherhaltung wie aber auch technischer Zurichtung und repressiver Überwältigung gemacht ([Foucault 1969/1973](#)).

Bei Rogers finden wir diese Züge der Postmoderne, anders als in seiner Persönlichkeits- und Störungstheorie, in seiner Therapietheorie, schon insofern er hier ein Grundaxiom der modernen Wissenschaft zumindest für die Psychotherapie zurückweist, nämlich das Axiom, dass man die zu ändernden Phänomene in ihrem Bedingungsgefüge erst durchschaut bzw. intellektuell erfasst haben müsse, um sie verändern zu können. Aus dieser Kontra-Position ergibt sich dann auch der Verzicht auf eine Diagnostik (im Sinne einer „Status-Diagnostik“) und andere Urteils- und Ordnungsbildungen in der Psychotherapie. Rogers befürchtete, dass die Einmaligkeit des Klienten hinter dem diagnostischen Etikett verschwinden, d. h. durch die klassifizierende Gruppenzuordnung des Individuums nivelliert würde. Das Denken der wissenschaftlichen Moderne bedeutet nach [Lyotard \(1979/1986\)](#) einen Ausschluss von Heterogenität, bedeutet eine Reduktion von Vielheit zu Gunsten von Allgemeinheit und rational fassbarer Regelmäßigkeit. Denn der modernen Wissenschaft gehe es immer um die Gültigkeit von „allgemeinen“ Sätzen und Regeln, wobei das Individuelle, Vielgestaltige in Forschungsprojekten so zugerichtet werden müsse, dass es sich schließlich den auf Allgemeinheit zielenden wissenschaftlichen Erfassungsprozeduren füge und zu „verallgemeinerbaren“ Aussagen führe. Dies zeigt sich in dem für die Moderne typischen Klassifizieren und Kategorisieren vieler

Phänomene. In Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie ist hier auf die jeweils eine umschriebene Allgemeinheit herstellende Gruppenzugehörigkeit der einzelnen Störungsdiagnosen sowie auf die entsprechenden genannten Vorbehalte von Rogers zu verweisen. Auch in der Zurückhaltung von Rogers gegenüber dem Nutzen eines geplanten, durchdachten und regelgeleiteten Vorgehens, dies auch im Sinne von definierten Handlungskonzepten, ist ein Signum der Postmoderne zu sehen. Denn deren Markenkern war ja u. a. die „Dekonstruktion“ von tradierten Ordnungs- und Regelkonstruktionen. Dies zeigte sich in besonders krasser Form in der so genannten Anti-Psychiatrie der 1970er und 1980er Jahre, in der nicht nur die psychiatrische Diagnostik als ein vermeintlich willkürliches Etikettieren verworfen, sondern auch die Konzeption psychischer Krankheiten als pure Konstruktion der traditionellen psychiatrischen Wissenschaft denunziert wurde, eine Konstruktion, die es zu „dekonstruieren“ galt.

Wir können diese eigentlich gegen die Grundtendenz der modernen Wissenschaft gerichtete Position auch als anti- bzw. postcartesianisch bezeichnen und würden damit auf den Philosophen René Descartes (1596 — 1650) Bezug nehmen, auf den die so genannte Subjekt-Objekt-Spaltung als Grundmerkmal dieser modernen Wissenschaft zurückgeführt wird. Gemäß diesem Wissenschaftsideal verbürgt erst die strikte emotionale und interaktionale Distanz des beobachtenden Subjekts gegenüber dem zu untersuchenden Objekt jene „Objektivität“, in der bekanntlich eine Voraussetzung der modernen Wissenschaft gesehen wird. Ein diesem Ideal der Moderne widersprechender Ansatz hat sich 30 Jahre nach Rogers, nämlich seit den 1980er Jahren, übrigens auch innerhalb der Psychoanalyse entwickelt in Form der Relationalen Psychoanalyse und der Intersubjektiven Selbstpsychologie ([Mertens 2011](#)). In diesen relativ neuen psychoanalytischen

Strömungen kann man eine recht große Nähe zu manchen zentralen Aspekten der Personzentrierten Therapie sehen. Aber auch in den noch stärker an Freud und seiner „Metapsychologie“ (u. a. die Triebtheorie) orientierten Richtungen scheint in mancher Hinsicht die „postmoderne Wende“ nicht ganz ohne Wirkung geblieben zu sein.

Zu dem, was es für die Postmoderne zu dekonstruieren galt, gehörten auch die „großen Erzählungen“, mit denen Nationen, politische und wissenschaftliche wie künstlerische Bewegungen sich selbst feiern. In der programmatischen Absicht, auch diese großen Erzählungen zu dekonstruieren, sprach die Postmoderne auch vom „Tod der Geschichte“. Dieser war zu fordern, weil die großen Erzählungen dieser Geschichte interessegeleitet konstruiert und so völlig unglaubwürdig seien. Eine zumindest entfernte Korrespondenz dieser postmodernen Geschichtsskepsis zum Personzentrierten Ansatz (PZA) könnte man in dem weitgehenden Vermeiden systematischer Reflexionen zur Biografie der Klienten sehen. Solche lebensgeschichtlichen Bezugnahmen werden bzw. wurden im PZA leicht als ein therapeutisch unfruchtbares Ausweichen vor dem Hier und Jetzt in ein letztlich unbestimmbares Dort und Damals verstanden. Durch die starke Fokussierung auf ein Hier und Jetzt in der therapeutischen Situation könnte es vor allem für Außenstehende manchmal so scheinen, als würde im PZA das Leben eines Menschen nur aus Hier-und-Jetzt-Momenten bestehend gesehen, Momente, die völlig unverbunden durch mögliche Sinnlinien nebeneinander stehen.

Ich sprach eingangs von der „Gegenzentrierung“, die Rogers gegenüber den genannten Ansätzen seiner Zeit vorgenommen hat. So wichtig eine solche Gegenbewegung heute, besonders aus der Sicht eines personzentrierten Therapeuten, auch erscheint, so ist doch darauf zu achten,

dass eine solche Entgegensetzung nicht auch zu Ungereimtheiten innerhalb der Theoriebildung oder in Bezug auf die eigene Praxis führt. Wie radikal darf eine anticartesianische bzw. postmoderne Position sein, ohne mit wichtigen Belangen einer Psychotherapie als einem Heilverfahren in Widerspruch zu geraten? Die Antworten auf diese Frage sollen im Folgenden an einigen Stellen erörtert werden, so bei der Darstellung der personzentrierten Beziehungskonzepte, der Aufgabe und Ziele des *einfühlenden Verstehens*, des Problems der Diagnostik und der Therapietechnik. Diese Erörterungen sollen einmal der Vertiefung der Theoriediskussion dienen, zum anderen aber auch der Klärung von Missverständnissen, die innerhalb wie außerhalb der Personzentrierten Psychotherapie bestehen. Dabei soll sich zeigen, dass das Verhältnis von „modernen“ und „postmodernen“ Positionen als das einer dialektischen Polarität zu verstehenden ist, die man nicht undialektisch auseinanderfallen lassen sollte, indem man einseitig nur der einen oder der anderen Position Geltung zuschreibt. Vielmehr sollte der personzentrierte Therapeut/Berater, wie zu zeigen sein wird, auch in seiner Anwendungspraxis beide Positionen berücksichtigen und die Mehrdeutigkeit therapietheoretischer Kriterien beachten (s. Kap. 5). Zwar ist die Postmoderne als ideengeschichtliche Epoche inzwischen verklungen, und die Moderne ist in Form der „Spätmoderne“ zurückgekehrt, aber so, dass in sie (auch bei anderen Psychotherapieverfahren) manche Gedanken der Postmoderne eingeflossen sind. Für die Personzentrierte Psychotherapie sollte das bedeuten, sich für eine präreflexive Unmittelbarkeit und kreative Intuition offenzuhalten, ohne dies mit einer Entdifferenzierung der Konzeptbildung und einer Absage an rationale Reflexivität zu verbinden. Im Sinne eines solchen Sowohl-Als-Auch versteht sich das vorliegende Buch.

1.2 Das Menschenbild

Auf die in Kap. 1.1 angesprochene antirationalistische, auf ein intuitives Erfassen von Ganzheitlichkeit abzielende Tendenz des PZA treffen wir auch schon bei Bewegungen aus dem Beginn des 20. Jahrhunderts — die Lebensphilosophie und der Vitalismus —, Bewegungen, die Rogers sehr geprägt haben (und die ihn gewissermaßen zu einem der Begründer des postmodernen Denkens in der Psychotherapie werden ließen). So verwundert es nicht, dass sein Menschenbild und die Begrifflichkeit, mit der er es zeichnet, diese lebensphilosophisch-vitalistische Prägung zeigen.

1.2.1 Der „Organismus“ und die „Aktualisierungstendenz“

Die beiden hier genannten zentralen Begriffe im Denken von Rogers entsprechen weniger der heute üblichen psychologischen Begrifflichkeit, so dass man vor diesem Hintergrund sagen kann, dass sie keine eigentlich psychologischen Konzepte benennen, sondern eher anthropologisch-philosophische ([Stumm 2010](#)), deren Bedeutung sich heute erst vor ihrem ideengeschichtlichen Hintergrund erschließt. Rogers scheint mit dem Begriff „Organismus“ so etwas wie den emotional-dynamischen Kern der Person zu meinen ([Stumm et al. 2003](#)). Dies zeigt sich, wenn er etwa sagt, dass der „totale Organismus oft klüger als das Bewusstsein ist“ ([Rogers 1961/1973b](#), 191). Er zielt dabei wohl auf etwas, das man Instinkt, Intuition, Inspiration, überhaupt die eher präreflexiven, schöpferischen Kräfte im Menschen nennen könnte, ein Zwischending zwischen der biologisch-physiologischen und der psychischen Ebene, eine Art „Körperseele“.

Dieser Versuch, Körper und Seele/Geist als Einheit, als Ganzheit zu denken, hat Vorläufer zunächst in der romantischen Naturphilosophie. Um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert entstand mit dieser „Naturphilosophie“ eine Gegenbewegung zur Körper-Seele-Spaltung sowohl bei Descartes (der den Körper als eine Art Maschine dachte), als sodann auch im Rationalismus der Aufklärung. Als Gegenmodell zur Maschine wurde in dieser romantischen Gegenbewegung der „Organismus“ angesehen, dem Selbstorganisation, Selbststeuerung und Selbsterzeugung, also Autopoiese, zugeschrieben und der so nicht nur als geistlose Materie gesehen wurde. „Die Organisation [des Organismus] aber producirt [sic!] sich selbst, entspringt aus sich selbst“, und dieser Organisation ist der Aufstieg zu immer komplexeren Zuständen inhärent ([Schelling 1797/1995](#), 130). Durch den Organismus sollten Materie und Geist zur Synthese geführt werden: Im Sinne dieses Denkens (mit dem Rogers wohl durch Emerson bekannt wurde, [Korunka 2001](#); [Finke 2004](#)) verstand eben auch Rogers den Organismus. In unserer Zeit hat die Grundidee vom selbstregulativen Organismus ihre Ausformulierung im eher naturwissenschaftlichen Gewand der Systemtheorie gefunden ([Kriz 2004](#)).

Gegen die streng rationalistische und positivistische Ausrichtung der aufblühenden Naturwissenschaften entstanden ca.100 Jahre nach der Romantik die „Lebensphilosophie“ und der Vitalismus, in denen sich manche Grundgedanken der Romantik und das enthusiastische, Neues erschließende Lebensgefühl wiederfanden. „Leben“ bedeutete hier die Einheit von Psyche und Körper, bedeutete Dynamik, Kreativität und ewiges Werden und war ein Kampfbegriff gegen Materialismus, mechanistischen Positivismus und den Zweckrationalismus der aufstrebenden Industriegesellschaft wie der Naturwissenschaften. Intuition wurde gegen rationale Analyse, Erleben gegen

Verstandeserkenntnis gestellt, wobei man sich gerne auch auf Nietzsche berief.

Das Aufbruchshafte, Ungestüme und Vorwärtsdrängende, das man damals mit dem Leitbegriff „Leben“ verband, erhielt seine philosophische Gestalt besonders im „elan vital“ [Henry Bergsons \(1912\)](#). Dieser „elan vital“ ist eine Lebenskraft, ein vorwärtsstürmender, auf Entfaltung drängender, daseinssteigernder Lebensschwung, in dem man einen begrifflichen Vorläufer der „Aktualisierungstendenz“ von Rogers sehen kann. Natürlich teilt auch der „Organismus“, dem ja bei Rogers die Aktualisierungstendenz inhärent ist, manche Bedeutungsgehalte mit dem „Leben“ der Lebensphilosophie: Der Mensch findet erst dann zu sich selbst, wenn er sich seinem organismischen Erleben, seinem dunklen Lebensgrund, dem tieferen Wissen und instinktsicheren Ahnen des Lebens anvertraut. Das „Erleben“ wird für [Dilthey \(1927/1958\)](#) zu einem Weg des philosophischen Erschließens der Welt. Die dynamistische Vorstellung Bergsons vom Leben als einem Prozess, einer ständigen Entwicklung, einem unaufhaltsamen Werden findet sich ebenso beim Organismus-Konzept von Rogers. Sie prägte sein Menschenbild und führte ihn zu der Vorstellung eines in der gesamten Natur und so auch im Menschen waltenden Prinzips einer aktualisierenden bzw. „formativen Tendenz“ ([Rogers 1980/1981](#)). Sie impliziert das ständige Streben des Menschen nach Weiterentwicklung, Ausdifferenzierung und Entfaltung all seiner Möglichkeiten ([Rogers 1959/1987](#); [Stumm 2010](#)). Bei Rogers bedeutet die Aktualisierungstendenz auch die Berechtigung eines therapeutischen Änderungsoptimismus, da der Therapeut der Möglichkeit zur konstruktiven Entwicklung seines Klienten vertrauen darf, sofern er nur der Aktualisierungstendenz die Entfaltung ihrer Möglichkeiten erleichtert. Hiermit hat Rogers schon früh die heute vielberedete Ressourcenorientierung in der

Psychotherapie angesprochen. Allerdings sollte man, wenn man auch die Leiden der Menschen verstehen will, dabei eine „Defizit-Perspektive“, in der nach den Gründen und der Verwobenheit dieses Leidens mit der Lebensgeschichte gefragt wird, nicht ganz unberücksichtigt lassen.

Hinsichtlich der Bezugnahme auf die Lebensphilosophie und den Vitalismus verwies Rogers selbst vor allem auf den aus Deutschland emigrierten Neurologen und Psychotherapeuten [Goldstein \(2014\)](#), der den Ideen der Lebensphilosophie nahestand. Von ihm hat Rogers den Begriff „Aktualisierungstendenz“ übernommen und auch bei ihm spielen der Begriff „Organismus“ und das Konzept der Selbstentfaltung sowie der Anerkennung des Patienten und der Gegenseitigkeit in der therapeutischen Situation eine zentrale Rolle. Über Driesch, dessen Seeigelexperimente er ausführlich erwähnt ([Rogers 1962/1977](#)) hatte er auch eine Beziehung zum Vitalismus, der ja ohnehin manche Parallelen zur Lebensphilosophie aufweist. Das Phänomen und das Geheimnis des „Lebens“ hatten Rogers schon als jungen Mann interessiert, studierte er doch zunächst Landwirtschaft ([Rogers 1959/1987](#)), und ihn faszinierte als Grundzug des Lebens das Phänomen des Wachstums. Er sah darin eine vorwärts und nach Entfaltung und Ausdifferenzierung drängende, aber auch auf Erhalt angelegte, bewahrende Kraft, eben die „Aktualisierungstendenz“ des Organismus ([Rogers 1959/1987](#)).

„Das Leben“ ebenso „der Organismus“ und „die Aktualisierungstendenz“ sind allerdings für eine Humanistische Psychologie, zu der sich der PZA rechnet, nicht ganz unproblematische Metaphern. Denn das Kernmerkmal des Humanismus ist die Betonung der Sonderstellung des Menschen gegenüber allen anderen Lebewesen. Diese Sonderstellung wird aber durch die genannten Metaphern gerade nicht angesprochen. Andererseits hat Rogers dem Menschen auch Merkmale

zugesprochen, die für die genannte Sonderstellung kennzeichnend sind und unmittelbar auf eine humanistische Position verweisen, nämlich Selbstbestimmung, Selbstbeherrschung, Selbstverantwortlichkeit und die freiheitliche Wahl eigener Lebensziele ([Rogers 1951/1973a](#)).

1.2.2 Die „fully functioning person“

Als Ziel menschlicher Entwicklung und Entfaltung, auch mit Blick auf den psychotherapeutischen Prozess, entwarf Rogers das Bild der „fully functioning person“, des voll sich entfaltenden Menschen. Diesen fiktiven Menschen zeichnet er als völlig offen gegenüber seinem eigenen Erleben, also ohne Abwehr und somit für sich selbst durchsichtig und kongruent. Deshalb verfügt dieser Mensch auch über eine hohe innere Freiheit, Selbstverfügbarkeit und Autonomie. Dieser Entwurf spiegelt natürlich das Menschenbild der Moderne bzw. das Ideal der Aufklärung vom souveränen Subjekt, das sich von allen inneren Abhängigkeiten emanzipiert hat und so frei genug ist, sich selbst zu wählen, sich selbst zu „setzen“ und zu verwirklichen, indem es sich entscheidet für „das Selbst, das man in Wahrheit ist“ ([Rogers 1961/1973b](#), 167). Rogers entspricht hier also, anders als in seiner Therapietheorie, dem Menschenbild der Moderne, ein Bild übrigens, das von einigen postmodernen Autoren als die vermeintliche Tendenz zu ständiger Selbstermächtigung und Selbsterhöhung, ja Selbstvergottung des Menschen kritisiert wurde ([Böhme/Böhme 1996](#)). Hier muss man zumindest für den Bereich der Psychotherapie jedoch die Kritik seitens der Postmoderne relativieren. Denn in der Psychotherapie, und Rogers anthropologische Perspektive ist natürlich von seinem Beruf geprägt, geht es ja häufig um Menschen, die gerade deshalb leiden, weil sie überangepasst zu sehr die

Normen, Lebensziele und Werte anderer verinnerlicht haben und so nicht wagen, sie selbst zu sein. Deswegen muss es in der Psychotherapie auch ein Ziel sein, den Klienten zu ermutigen, nach sich selbst, nach seinen eigenen Gefühlen und Bedürfnissen zu fragen, um sich so mit verinnerlichteten Normen und Wertungen anderer auseinandersetzen zu können. Diese aus einer psychotherapeutischen Perspektive formulierte Zielsetzung ist nur dann infrage zu stellen, wenn sie zu einem *absoluten* „Nicht-Beeinflussungs-Paradigma“ führt, wie man das manchmal bei Rogers herauslesen könnte. Ein solches „Paradigma“, nachdem der Therapeut nur der „Faszilitator“ der in der therapeutischen Situation sich vollziehenden Selbstentfaltung des Klienten wäre, würde verkennen, dass der Mensch als ein neugeborenes Wesen kein Samenkorn ist, das wie das eines Baumes alles Wesentliche, alles „Baumhafte“ schon in sich trägt und zum voll sich entfaltenden Wachstum nur ein halbwegs günstiges Klima braucht. Vielmehr ist der Mensch ein genuin vergesellschaftetes Wesen, das zu seiner Entwicklung Austausch- und Beeinflussungsprozesse in jeder Lebensphase braucht ([Zurhorst 2007](#)), was übrigens auch eine Grundidee des klassischen Humanismus ist. Die Aufgabe des Therapeuten ist es jedoch, seine kommunikationsbedingte Einflussnahme zu reflektieren und so zu kontrollieren, dass sie der Förderung dessen dient, was der Klient als sein Eigenes erlebt.

2 Die personzentrierte Persönlichkeits- und Störungstheorie

2.1 Die Inkongruenz und ihre Folgen

„Wenn der Organismus bestimmte Erfahrungen der Gewährwerdung verweigert oder deren bewusste Wahrnehmung so stört, dass diese nicht exakt symbolisiert [...] werden können, entsteht Inkongruenz zwischen dem Selbst und der Erfahrung“ (Rogers 1959/1987, 30).

Störungs- und Persönlichkeitstheorie sind in der PZT sehr verschränkt, denn die störungstheoretischen Vorstellungen (Rogers 1959/1987) basieren auf Annahmen über die Grundmerkmale einer Person, so dass bestimmte Störungskonzepte auf Vorstellungen über die Grundcharakteristika menschlichen Erlebens und Verhaltens zurückverweisen. Der zentrale Begriff der Störungstheorie der PZT ist die „Inkongruenz“. Damit ist gemeint ein Mangel an Übereinstimmung zwischen dem „Selbstkonzept“ (Kap. 2.2) und dem, was Rogers (1959/1987, 23) die „organismische Erfahrung“ bzw. das organismischen Erleben nennt. (Da im Deutschen der Begriff „Erfahrung“ stärker kognitiv bestimmt ist im Sinne des Auswertens von Beobachtungen, auch des eigenen Erlebens, ist der Begriff „experience“ in diesem Zusammenhang treffender mit „Erleben“ zu übersetzen, insofern damit stärker die unreflektierte Unmittelbarkeit des psychischen Vorgangs angesprochen wird.)

2.1.1 Das organismische Erleben und seine Symbolisierung

Rogers (1959/1987, 23) spricht im Zusammenhang mit dem organismischen Erleben auch von „sensorischen und viszerale Erfahrungen“. Wir können auch sagen, dass es sich hier um ein sehr ursprüngliches, körpernahes, oft nur diffus bewusstes Spüren, Fühlen, Ahnen, Anmuten und Wünsen handelt. Sofern diese Aspekte mit dem Selbstkonzept, d. h. mit dem Selbstbild und dem Selbstideal einer Person nicht vereinbar sind, werden sie u. U. ganz von der Wahrnehmung ausgeschlossen. Sie werden, wie Rogers sagt, gar nicht oder verzerrt symbolisiert, also nicht oder nur in entstellter Form auf den Begriff gebracht, und damit der eindeutigen Versprachlichung und so dem Bewusstsein vorenthalten. Wenn das organismische Erleben völlig von jeglicher Symbolisierung ausgeschlossen ist, kann die betreffende Person weitgehend beschwerde- bzw. symptomfrei sein, sie ist aber oft auch, wie Rogers sagt, „verletzlich“. Wenn in diesem Falle in bestimmten Krisensituationen das organismische Erleben die Schwelle zur Gewährwerdung annähernd erreicht, wird die Person vielleicht eine innere Unruhe und ängstliche Spannung verspüren, da ihr Selbstkonzept durch dieses nun dunkel gespürte „unterschwellige“ Erleben „am Rande der Gewährwerdung“ infrage gestellt wird. Wenn die dann verstärkt einsetzende Abwehr erfolgreich verläuft, wird die Person keinen direkten Leidensdruck mehr haben, sie wird aber, da im Zustand der Inkongruenz lebend, weiterhin „verletzlich“ bzw. leicht irritierbar sein, ohne um den Grund hierfür wissen zu können. Wird dagegen im zweiten Fall die genannte Spannung und Angst verzerrt symbolisiert, so könnte diese Angst etwa in Form einer Platzangst ihren (verzerrten) Ausdruck finden. Bei einem

solchen Klienten würde vielleicht eine Agoraphobie mit oder ohne Panikattacken diagnostiziert. Im Therapieprozess könnte sich dann ergeben, dass der Klient schon seit einiger Zeit in seiner Partnerschaft insgeheim von diffusen Trennungsphantasien heimgesucht wurde, die aber mit seinem Selbstkonzept (z. B. seinen Vorstellungen von Bindung und Treue, aber auch seinen Bedürfnissen nach Sicherheit und Geborgenheit) unvereinbar waren. Durch sein Symptom, der Platzangst, war der Klient sodann verstärkt auf die Unterstützung seines/r Partnerin angewiesen und er konnte in diesem Erleben von Angewiesensein seine Trennungsphantasien erfolgreich abwehren.

Inkongruenz ist nicht Ambivalenz

Aus dem Gesagten geht auch hervor, dass man von „Inkongruenz“ nur reden sollte, wenn der hier gemeinte Widerspruch bzw. Zwiespalt nicht bewusst ist. Wenn jemand sagt, „einerseits liebe ich sie, andererseits habe ich aber oft auch Wut auf sie“, so liegt hier keine Inkongruenz vor, sondern eben Kongruenz, d. h. die ausdrückliche Wahrnehmung und Anerkennung einer Ambivalenz, eines emotionalen Zwiespalts, der nach [Rogers \(1961/1973b\)](#) zur Komplexität der Person gehört. Wenn dagegen jemand immer wieder beteuert, wie sehr er sie doch liebe, so will er mit dieser u. U. penetrant erscheinenden Beteuerung möglicherweise seine „unterschwellig“ gespürten, aber nicht bewussten Aversionen an der akkuraten Symbolisierung, d. h. an der vollen Gewährwerdung hindern. Damit schützt er sein Selbstkonzept vor peinlicher Infragestellung (und seinen „Seelenfrieden“) um den Preis der Inkongruenz.

Die Inkongruenz ist typischerweise für Außenstehende oft eher erfahrbar als für den Betreffenden selbst ([Rogers](#)