

Jobst Finke

Personzentrierte Psychotherapie und Beratung

Störungstheorie
Beziehungskonzepte
Therapietechnik

2.
Auflage

PERSON ZENTRIERT



EV reinhardt



Jobst Finke

Personzentrierte Psychotherapie und Beratung

Störungstheorie – Beziehungskonzepte – Therapietechnik

Unter Mitarbeit von Heinke Deloch und Gerhard Stumm

2., aktualisierte Auflage

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“ (2. Aufl. 2020; ISBN 978-3-497-02974-7) sowie „Netzwerk der Gefühle“ (1. Aufl. 2023; ISBN 978-3-497-03152-8).

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 dürfen.

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 978-3-497-03263-1 (Print)

ISBN 978-3-497-61921-4 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61922-1 (EPUB)

ISSN 1860-5486

© 2024 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. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i.S.v. § 44b UrhG einschließlich Einspeisung/Nutzung in KI-Systemen ausdrücklich vor.

Printed in EU

Reihenkonzeption Umschlag: Oliver Linke, Hohenschäftlarn

Covermotiv: © bittedenkeschön/ 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	10
1.1	Intuition und Vielfalt gegen rationales Planen und klassifizierendes Ordnen	10
1.2	Das Menschenbild	15
1.2.1	Der „Organismus“ und die „Aktualisierungstendenz“.....	15
1.2.2	Die „fully functioning person“	18
2	Die personzentrierte Persönlichkeits- und Störungstheorie	19
2.1	Die Inkongruenz und ihre Folgen	19
2.1.1	Das organismische Erleben und seine Symbolisierung.....	19
2.1.2	Gefühle und Bedürfnisse als Aspekte des organismischen Erlebens ..	23
2.2	Das Selbstkonzept und das Beziehungskonzept	24
2.2.1	Die verschiedenen Aspekte des Selbstkonzeptes	25
2.2.2	Das Beziehungskonzept	29
2.2.3	Die Bindungstheorie	30
3	Die Kernmerkmale in der Personzentrierten Psychotherapie	33
3.1	Kernmerkmal Bedingungsfreie positive Beachtung	34
3.1.1	Die Schwierigkeiten des Bedingungsfreien positiven Beachtens	34
3.1.2	Die Funktionen des Bedingungsfreien positiven Beachtens	35
3.2	Kernmerkmal Einfühlendes Verstehen	36
3.2.1	Charakteristika des Einfühlenden Verstehens	36
3.2.2	Das Vorverständnis des Einfühlenden Verstehens.....	40
3.2.3	Das Verstehen des Unverständlichen	44
3.2.4	Die Funktionen des Einfühlenden Verstehens.....	46
3.3	Kernmerkmal Kongruenz/Echtheit	46
3.3.1	Charakteristika von Kongruenz/Echtheit	46
3.3.2	Funktionen von Kongruenz/Echtheit	48

4	Die Beziehungskonzepte in der Personzentrierten Psychotherapie ..	49
4.1	Die Alter-Ego-Beziehung	49
4.2	Die Dialog-Beziehung	50
4.3	Das Verhältnis von Beobachter- und Teilnehmer-Beziehung	51
5	Das Problem des „Nicht-Direktiven“.....	55
5.1	„Lenkung“ in der personzentrierten Gesprächsführung	56
5.2	Die Verantwortlichkeit des Therapeuten/Beraters	57
5.3	Die therapeutische Beeinflussung des Klienten	58
6	Personzentrierte Praxis: Die therapiepraktische Vermittlung der Kernmerkmale	60
6.1	„Therapietechnik“ gegen die Unmittelbarkeit der Begegnung? ..	60
6.2	Die drei Ebenen: Kernmerkmale, Beziehungskonzepte, Handlungsmuster	64
6.3	Einfühlen und Verstehen	65
6.3.1	Formen und Stufen des Einfühlenden Verstehens	65
6.3.2	Anwendungshinweise für das Einfühlende Verstehen	75
6.4	Beziehungsklären	81
6.4.1	Konzept-Beschreibung	81
6.4.2	Anwendungspraxis	85
6.4.3	Indikation und Funktion des Beziehungsklärens	96
6.4.4	Die therapeutische Beziehung: Risiken und Chancen	98
6.5	Selbstöffnen	101
6.5.1	Konzept-Beschreibung und -Begründung	101
6.5.2	Anwendungspraxis	103
6.5.3	Indikation	114
6.5.4	Risiken	115
6.6	Abwehr-Bearbeitung	116
6.6.1	Konzept-Beschreibung und -Begründung	116
6.6.2	Formen der Widersprüchlichkeit und ihre Bearbeitung	118

7	Weiter- und Parallelentwicklungen zur Personzentrierten Psychotherapie	123
7.1	Focusing	123
	<i>Von Heinke Deloch</i>	
7.1.1	E.T. Gendlins Theorie der Persönlichkeitsentwicklung und therapeutischen Veränderung.....	123
7.1.2	Focusing: Der Weg der Veränderung	131
7.1.3	Focusing-orientierte Beratung und Therapie	135
7.1.4	Beispiele aus Therapie-Gesprächen	150
7.1.5	Weiterentwicklungen der Focusing-orientierten Psychotherapie	157
7.1.6	Fazit	158
7.2	Existenzielle Aspekte in der Personzentrierten Psychotherapie .	159
	<i>Von Gerhard Stumm</i>	
7.2.1	Zur Entstehung von Inkongruenz aus existenzieller Sicht	160
7.2.2	Praxisperspektiven	162
7.2.3	Existenzielle Themen	164
7.2.4	Zur Integration existenzieller Aspekte in die personzentrierte Praxis: ein Resümee	170
8	Diagnostik, Indikation und Therapieziele	173
8.1	Die Diagnose in der Personzentrierten Psychotherapie	173
8.1.1	Das innere Bezugssystem und personzentrierte Diagnostik	174
8.1.2	Formen und Funktionen der Diagnostik	177
8.1.3	Kommunikation der Diagnose?	178
8.2	Indikation im Kontext der Wirksamkeitserwartung	179
8.2.1	Die Störungsform	179
8.2.2	Befindlichkeit und Persönlichkeitsstile	180
8.2.3	Ansprechbarkeit auf das Therapieangebot	180
8.3	Therapieziele	181
9	Personzentrierte Psychotherapie verschiedener Störungen	184
9.1	Die störungsbezogene Perspektive	184
9.2	Die Depression	187
9.2.1	Erscheinungsbild und Entstehungsbedingungen	187
9.2.2	Therapiepraxis.....	194

9.3	Angststörungen	211
9.3.1	Erscheinungsbild und Entstehungsbedingungen	211
9.3.2	Therapiepraxis	216
9.3.3	Besonderheiten des Störungsbildes und der therapeutischen Aufgabe	228
9.4	Somatoforme Schmerz-Störung	230
9.4.1	Erscheinungsbild und Entstehungsbedingungen	230
9.4.2	Therapiepraxis	235
9.5	Persönlichkeitsstörungen	243
9.5.1	Borderline-Persönlichkeitsstörung	246
9.5.2	Narzisstische Persönlichkeitsstörung	266
9.5.3	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	280
9.5.4	Paranoide Persönlichkeitsstörung	288
9.6	Paranoide Schizophrenie	296
9.6.1	Erscheinungsbild und Entstehungsbedingungen	296
9.6.2	Therapiepraxis	300
9.7	Alkoholabhängigkeit	307
9.7.1	Erscheinungsbild und Entstehungsbedingungen	307
9.7.2	Therapiepraxis	310
9.8	Essstörungen: Bulimie	321
9.8.1	Erscheinungsbild und Entstehungsbedingungen	321
9.8.2	Therapiepraxis	326
10	Gruppen-Psychotherapie	332
10.1	Grundmerkmale von Gruppenpsychotherapie	332
10.1.1	Historische Entwicklung	332
10.1.2	Personzentrierte Beiträge zu Forschung und Therapie	333
10.1.3	Therapie- versus Encounter-Gruppen	333
10.2	Stellung der personzentrierten Gruppenpsychotherapie innerhalb zentraler Gruppentherapie-Konzepte	335
10.2.1	Psychotherapie in der Gruppe	336
10.2.2	Psychotherapie durch die Gruppe	336
10.2.3	Psychotherapie der Gruppe	337
10.2.4	Die Perspektive verschiedener Therapiephasen	338
10.3	Therapiepraxis	339
10.3.1	Thema: Der Protagonist	340
10.3.2	Thema: Die Reaktion auf den Protagonisten	341
10.3.3	Thema: Die Reaktion des Protagonisten auf die anderen	342
10.3.4	Thema: Die Gruppe	343

10.4 Indikation der Gruppen-Psychotherapie	345
10.5 Gruppensetting: Ambulante und stationäre Gruppentherapie	347
11 Paar- und Familientherapie	349
11.1 Paartherapie	349
11.1.1 Ziele und Indikation der Paartherapie	349
11.1.2 Personzentrierte Beiträge zu Forschung und Therapie	350
11.1.3 Paarkonzept und Beziehungskonzept	351
11.1.4 Therapiepraxis	352
11.2 Familientherapie	357
11.2.1 Diagnostik und Indikation	357
11.2.2 Personzentrierte Beiträge zur Konzeptbeschreibung	358
11.2.3 Familienkonzept und Beziehungserleben	358
11.2.4 Therapiepraxis	359
12 Der Traum und das Traumverstehen.....	362
12.1 Der Traum in der Personzentrierten Psychotherapie.....	362
12.1.1 Personzentrierte Beiträge zur Arbeit mit Träumen	362
12.1.2 Die Funktionen des Träumens	364
12.1.3 Personzentrierte Verstehensmuster bei der Arbeit mit Träumen	367
12.2 Therapiepraxis	372
12.2.1 Die Imaginationsphase	373
12.2.2 Die Reflexionsphase	375
13 Personzentrierte Psychotherapie und Pharmakotherapie	379
13.1 Anwendungsbereiche und Art der Psychopharmaka	379
13.2 Kombinationstherapie: Pro und Kontra	381
13.3 Psychopharmakotherapie und die therapeutische Beziehung	383
Literatur.....	384
Nachwort.....	400
Sachregister	402

schon beschriebene „immediacy“ bzw. Beziehungsklären abzuleiten. Da hier ja ein Klären der therapeutischen Beziehung gemeint ist, muss sich der Therapeut selbst einerseits „mit den Augen des Klienten sehen“, andererseits aber auch den Klienten als den Anderen, als seinen Dialogpartner wahrnehmen.

Im folgenden Kapitel sollen die Einzelheiten der jeweiligen Handlungs- bzw. Anwendungsmustermuster erörtert werden.

6.3 Einfühlen und Verstehen

6.3.1 Formen und Stufen des Einfühlenden Verstehens

Das Einfühlende Verstehen ist jenes Kernmerkmal, das nicht nur eine Haltung, sondern tendenziell auch schon eine Handlung, also ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen anzeigt. Hier ist dementsprechend „Einfühlen und Verstehen“ im Sinne der Handlung, also therapeutischer Verstehensangebote gemeint.

Mit der zitierten Darstellung von einem Verstehen, das dem Klienten mal nachfolgt, mal mit ihm ist und ihm mal voraus ist, hat Rogers ein dreistufiges Schema des „empathic understanding“ zumindest angedeutet. Analog zum hier gemeinten Sinne beschrieben auch Mearns et al. (2016) ein dreistufiges, sowie Greenberg/Elliott (1997) ein sechsstufiges Schema. In der schon genannten Untersuchung des Therapeutenverhaltens von Rogers unterscheiden Lietaer/Gundrum (2019) in dieser Hinsicht zwei Kategorien, „reflexions of expressed feelings“ und „reflections of underlying feelings“, wobei sie mit letzteren das Erfassen von Gefühlen außerhalb oder am Rande des Gewahrseins meinen. Es handelt sich hier also um die Unterscheidung von reproduktivem und produktivem Verstehen (Kap. 3.2). Dies hatte Schleiermacher (1838/1977, 94/169) schon vorformuliert, wenn er dargelegte, dass es beim Verstehen darauf an käme, „die Rede zuerst ebenso gut und dann besser zu verstehen als ihr Urheber“ Ein solches „Ebenso-gut-Verstehen“, also das „Mit den Augen des Klienten sehen“ (Rogers 1962/1977, 116), das Nachvollziehen vor allem des emotionalen Gehalts der Klientenaussagen hatte Rogers auf der Anwendungsebene zunächst „reflecting of feelings“ genannt. Es ist gewissermaßen ein Markenkern personzentrierter Praxis. Aber auch das „Besser-Verstehen“ als ein Überschreiten des Verstehens-Horizontes oder des Bezugssystems des Klienten, also ein produktives Verstehen, ist von Rogers durchaus gemeint, etwa dann, wenn er für wichtig hält, dass der Therapeut „auch den [für den Klienten] noch nicht ins Bewusstsein getretenen Sinn von dessen Äußerungen versteht“ (Rogers 1962/1977, 20).

Ein solches „Besser-Verstehen“ ist schon deshalb nötig, weil die personzentrierte Störungstheorie, namentlich das Inkongruenz-Konzept, besagt, dass bestimmte Aspekte des Erlebens vom „Gewahrsein“ des Klienten ausgeschlossen sind bzw. nur „verzerrt symbolisiert“ werden, was bedeutet, dass der Klient, zumindest partiell, sich selbst missversteht und so in einem falschen Selbstverständnis befangen ist.

Diese hermeneutische Schrittfolge vom „ebenso gut verstehen“ zum „besser verstehen“ ist als Dreier-Schritt, also mit einem „Zwischen-Schritt“ zwischen „ebenso gut“ und „besser“, so auszuformulieren (Abb. 3).

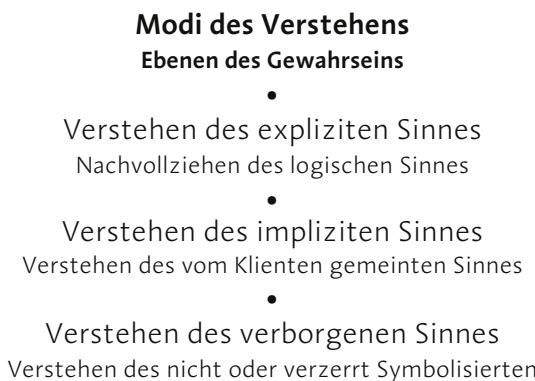


Abb. 3: Stufen des Verstehens

Auf Stufe 1, dem nachfolgenden bzw. dem reproduktiven Verstehen, geht es um ein Nachvollziehen des expliziten bzw. des rein logischen Sinnes der Klientenaußerung. Auf Stufe 2 versucht der Therapeut den impliziten Sinn, den vom Klienten gemeinten, aber nicht ausformulierten Sinn zu verstehen (= Zwischenstufe zwischen reproduktivem und produktivem Verstehen). Auf Stufe 3, dem vorausgehenden bzw. dem produktiven Verstehen, will der Therapeut einen dem Klienten verborgenen Sinn, d.h. einen Sinn außerhalb oder nur „am Rande“ seines Gewahrseins (awareness) verstehen, indem er den vom Klienten angesprochenen Sinngehalt um einen weiteren Sinn-Aspekt erweitert.

Im Folgenden soll ein Beispiel (s.u.) dies verdeutlichen: Auf Stufe 1 versucht der Therapeut, mit seinen Worten die Aussage der Klientin nachzuzeichnen. Durch die Art seiner Akzentsetzung erweitert der Therapeut aber selbst schon auf dieser Stufe den Bedeutungsgehalt der Klientenaussage um ein Geringes. Dabei werden zwei verschiedene Modi des Nachzeichnens dargestellt. Auf Stufe 2 spricht der Therapeut etwas an, was die Klientin zwar nicht gesagt, ihr aber

zumindest vage bewusst ist, nämlich ein Gefühl der Empörung, wobei auch hier wieder zwei Modi des gemeinten Sinnes beschrieben werden. Auf der 3. Stufe verbalisiert der Therapeut einmal ein Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit, das die Klientin bisher vermutlich bei sich noch nicht wahrgenommen, also nicht symbolisiert hatte. Als ein anderer Modus des Verstehens eines bisher verborgenen Sinnes stellt der Therapeut einen Sinnzusammenhang des gegenwärtigen Erlebens mit dem der Kindheit der Klientin her. Der Therapeut ist mit beiden Modi der Stufe 3 im Verstehen der Klientin also „voraus“. Im therapeutischen Prozess sollten diese Ebenen ständig einander abwechseln, wie Rogers das ja schon andeutete. Diese drei Schritte markieren also Aspekte, die sich von Stufe zu Stufe zunehmend außerhalb des Gewahrseins seitens des Klienten befinden. Auf jeder Stufe erfolgt darüber hinaus noch einmal eine Differenzierung der angesprochenen Inhalte. Es ergibt sich folgende Aufstellung:

- | Eine Klientin sagt: Als meine Mutter dann wieder ihre vorwurfsvolle Miene aufsetzte, war es, als müsste ich ausrasten. Ich bin einfach weggegangen.

Stufe 1: Verstehen des expliziten Sinnes – Verstehen des logischen Sinnes = reproduktives Verstehen

- Umakzentuierendes Wiederholen:
 - | T: Diese Vorwurfshaltung hat Sie fortgetrieben.
- Verdeutlichen des situativen Kontextes (konkretisieren):
 - | T: Was Sie so aus der Fassung brachte, war der anklagende Blick Ihrer Mutter.

Stufe 2: Verstehen des impliziten Sinnes – Verstehen des gemeinten Sinnes

- Ansprechen von nicht genannten, aber gemeinten Gefühlen:
 - | T: Sie hätten überschäumen können vor Wut.
- Ansprechen von selbstreflexiven Gefühlen:
 - | T: Dass Sie so schroff reagierten, war Ihnen hinterher auch etwas peinlich.

Stufe 3: Verstehen des verborgenen Sinnes – Verstehen des nicht symbolisierten Sinnes = produktives Verstehen

- Ansprechen von nicht symbolisiertem Erleben:
 - | T: Da wurde etwas in Ihnen getroffen, das Sie bei aller Wut auch total ohnmächtig und hilflos machte.
- Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontextes:
 - | T: Sie fühlten sich plötzlich wieder als das ganz kleine Mädchen, das es auch früher der Mutter nie recht machen konnte.

Die letztgenannte Therapeutenäußerung setzt übrigens voraus, dass die dort angesprochene Mutter-Kind-Beziehung in der Therapie schon einmal thematisiert wurde. Der in den verschiedenen Stufen jeweils angesprochene Sinngehalt unterscheidet sich also einmal inhaltlich und zum anderen auch hinsichtlich des Ausmaßes, in dem dieser Sinngehalt dem Klienten voll gegenwärtig und bewusst ist. Eine therapiepraktische Konsequenz eines solch hermeneutischen Stufenmodells liegt auch in der impliziten Aufforderung, im therapeutischen Prozess behutsam, also „gestuft“ vorzugehen, also auf Stufe 3 nicht schon unbedingt in den ersten Sitzungen zu intervenieren, sondern erst, wenn sich eine wenigstens halbwegs tragfähige therapeutische Beziehung entwickelt hat und der Klient auch schon einige Erfahrungen mit der therapeutisch gestützten Selbstexploration gemacht hat.

Es werden nun Bedeutung und Funktion der einzelnen Interventionsformen ausführlicher und teilweise mit anderen Beispielen erörtert.

Stufe 1: Verstehen des expliziten Sinnes

(Verstehen des logischen Sinnes = reproduktives Verstehen)

Umakzentuierendes Wiederholen: Hier spiegelt der Therapeut die Klientenausführung, d.h. er wiederholt deren logischen Sinn mit seinen eigenen Worten. Dadurch soll der Klient inspiriert werden, sich mit seiner eigenen Aussage auseinanderzusetzen. Dem Klienten soll gewissermaßen ein Spiegel vorgehalten werden und er soll sich fragen: War es das wirklich, was ich sagen wollte? Worauf hatte ich mit meiner Aussage hinweisen wollen? Gibt es da noch etwas, was in meiner Aussage gerade nicht zum Ausdruck kommt? Zu solchen Fragen soll der

Klient auch dadurch animiert werden, dass der Therapeut bei seinem „Wiederholen“ eine Akzentverschiebung vornimmt. Der Therapeut akzentuiert einen Aspekt der Klienten-Äußerung, z.B. ein Gefühl, das ihm wichtig erscheint. Der Therapeut wird dann im Sinne des „Paraphrasierens“ den Bedeutungshof des geäußerten Gefühls, z.B. Unzufriedenheit, mehrfach „umkreisen“, um den Klienten anzuregen, verschiedenen Bedeutungen nachzuspüren (womit schon eine Überleitung zur Stufe 2 erfolgt). Hatte diese Unzufriedenheit, so die Frage an den Klienten, auch etwas zu tun mit einem Gefühl von Ärger? Wie fühlt sich dieser Ärger an? Gab es da auch das Gefühl einer Enttäuschung, vielleicht auch einer Kränkung? Oder schwang da eher das Gefühl von Empörung mit? Der Therapeut will den Klienten anregen, dem Gefühl z.B. des Ärgers nachzuspüren, wie dieser sich anfühlt, was bei ihm in Bewegung kommt, wenn er an den Ärger in der geschilderten Situation denkt. Durch die Zentrierung auf ein Gefühl wird eine besondere Erlebnisnähe und Unmittelbarkeit jenseits rationaler Distanz hergestellt. Durch das Paraphrasieren soll also einmal gewissermaßen unterhalb der Ebene der klaren, aber in ihrer Bedeutung schon eingegrenzten Begriffe der Vielschichtigkeit des Ausdrucks im ursprünglichen Erleben nachgespürt werden. Es sollen hier Gehalte angesprochen werden, die vielleicht zunächst nur „diffus“, quasi bildhaft artikuliert werden können. Hier deuten sich Parallelen zum Focusing an und zwar nicht nur hinsichtlich der dortigen Technik des „saying back“, sondern auch hinsichtlich der Intention, unterhalb der Schicht des diskursiven, logisch strukturierten Denkens und Redens in Begriffen ursprünglich vorsprachliche Erlebensgehalte freizulegen (Kap. 7.1).

| K: Er sagte, ich solle es alleine versuchen. Na, das habe ich gemacht und war dann mit der Sache ziemlich unzufrieden.

| T: Unzufrieden –, wie fühlte sich das für Sie an? So ein ärgerlicher Widerstand, oder so etwas von behindert- oder eingeengt-werden vielleicht?

Hier versteht der Therapeut also die Unzufriedenheit als eine Art Ärger (Psychoanalytiker sprechen hier von „Affektdeutung“). Im weiteren Verlauf würde der Therapeut den Bedeutungshof von „Ärger“ paraphrasierend umkreisen. Wie fühlte sich der Ärger an? War er auch körperlich zu spüren? War es vielleicht schon eine regelrechte Wut? Schwang da auch ein Gefühl von Enttäuschung über den Partner mit? Hatte er sogar Rachegedanken? Der Klient soll so seinem Erleben immer genauer nachspüren.

Verdeutlichen des situativen Kontextes („Konkretisieren“): Diese Interventionsform wurde von frühen Rogers Schülern „Konkretisieren“ genannt und als eigenes Handlungsmerkmal vorgestellt (Carkhuff/Berenson 1967; Carkhuff 1969; auch Minsel 1974). Der Klient soll hier einmal zu einer konkreten, wenig abstrahierenden Erzählweise angeregt werden. Durch die möglichst plastische Situationsschilderung soll auch eine Aktivierung des Erlebens in der benannten Situation bewirkt werden.

- | K: Auch zuhause fühl ich mich so völlig heimatlos, nirgendwo hingehörig.
- | T: Die Wohnung, die Einrichtung Ihrer Zimmer, Ihre Möbel, Ihre Bücher dort, all das, was Ihnen so vertraut war, ist Ihnen fremd geworden.

Der Therapeut versucht hier zunächst stellvertretend für den Klienten, die vermutete räumliche Umgebung des Klienten zu imaginieren, um beim Klienten eine Aktivierung seines Wiedererlebens anzuregen.

Stufe 2: Verstehen des impliziten Sinnes

(Verstehen des gemeinten Sinnes)

Ansprechen von nicht genannten Gefühlen: Hier ist an Klienten zu denken, die etwa in einem gereizten, traurigen oder beklagenden Ton von Beziehungsepisoden berichten, die entsprechenden Gefühle aber nicht ausdrücklich ansprechen. Hierzu wurde manches schon bei Stufe 1 gesagt. Aber der Fokus der Aufmerksamkeit des Therapeuten ist hier doch etwas anders. Die Intention besteht hier nicht darin, den Aussagesinn der Klientenäußerung zu spiegeln bzw. nachzuvollziehen, sondern ein vom Klienten nicht ausdrücklich erwähntes, aber wohl implizit gemeintes Gefühl besonders anzusprechen und hervorzuheben (Sachse 1992). Dies kann dann auch hier zu einem Paraphrasieren mit der oben genannten Zielsetzung führen.

Damit regt der Therapeut den Klienten an, sich nicht nur mit den äußereren Fakten eines Ereignisses, etwa den Reaktionen seines Gesprächspartners, sondern vor allem mit dem emotionalen Widerhall in ihm selbst auseinanderzusetzen. Dieser Widerhall zeigt sich am unmittelbarsten in einem Gefühl, das wiederum seinerseits auf ein anderes Gefühl, auf ein Bedürfnis oder Motiv, auf eine Vorstellung, auf einen Handlungsimpuls oder eine Beziehungserwartung verweisen kann. Unzufriedenheit kann auf Ärger verweisen, Ärger auf eine Ent-

täuschung oder Kränkung, diese wiederum auf das Bedürfnis nach positiver Beachtung und Anerkennung. Es soll so letztlich ein bestimmter Verweisungszusammenhang von Gefühlen, Motiven und Bedürfnissen verstanden werden. Dabei soll der Klient auch inspiriert werden, seine Gefühle schließlich zu identifizieren und zu differenzieren und sie damit möglichst „exakt zu symbolisieren“.

- | K: Er sagte, dass er da gar nichts machen könne. Ich fand das nicht so gut, hab es dann aber eingesehen.
- | T: Etwas Ärger spüren Sie aber trotzdem noch?
- | K: Das gar nicht so. Ich hatte da einfach was anderes erwartet.
- | T: Sie waren von ihm etwas enttäuscht.

Der Klient will den Ärger, den er vermutlich verspürte, nicht symbolisieren, weil es für ihn peinlich ist, mit der Situation nicht anders umgegangen zu sein. Der Therapeut spricht deshalb sodann ein Gefühl an, das mit dem Ärger zwar in Verbindung steht, das der Klient sich aber vermutlich zunächst leichter zugestehen kann.

Ansprechen selbstreflexiver Gefühle: Ist unser Selbstkonzept, genauer unsere Selbstbewertungen, positiv, zeigt sich das in einem Gefühl des Stolzes oder einer Zufriedenheit mit uns selbst, unseren Leistungen bzw. dem Erleben von Selbstwirksamkeit. Sind unsere Selbstbewertungen negativ, entsteht vielleicht ein Gefühl der Scham, der Peinlichkeit, auch der Schuld oder des Ärgers über uns selbst, im schlimmsten Fall Selbsthass. Diese Gefühle verweisen auf das Bedürfnis sowohl nach sozialer Anerkennung wie nach Selbstachtung. Um eine Auseinandersetzung mit diesen Selbstbewertungen, sowie mit dem Selbstkonzept überhaupt, anzuregen, versucht der Therapeut, einen Zusammenhang herzustellen zwischen den Handlungen und Wünschen des Klienten einerseits und dessen Bezugssystem, also seinen selbstbezogenen Gefühlen und Selbstdilemen, andererseits. Die dabei angesprochenen und oben genannten selbstreflexiven Gefühle sind dem Klienten zunächst oft nur undeutlich bewusst, sie sind meist weder vom Klienten in seiner Aussage „gemeint“, noch sind sie ihm völlig verborgen. Da ihre volle Gewahrwerdung selbst wiederum Scham auslöst, muss der Therapeut entsprechend behutsam vorgehen.

BEISPIEL -

T: Dass Sie so heftig auf Ihre Mutter reagiert haben, ist Ihnen jetzt etwas peinlich. Das entspricht nicht den Erwartungen, die Sie an sich selbst haben.

K: Ja. Ich frage mich, warum ich da nicht gelassener reagieren kann. Aber das ist wohl, weil ich das schon so häufig erleben musste.

T: Ihre Mutter wegen ihrer häufigen Vorwurfshaltung auch einmal direkt zu kritisieren, würde das Ihrem Idealbild von einer guten Tochter widersprechen?

Die hier angesprochenen Bedürfnisse, einerseits dem Ideal einer „guten“ Tochter zu entsprechen, andererseits Selbstbehauptung zu zeigen, legen das Arbeiten mit verschiedenen Persönlichkeitsanteilen (Keil/Stumm 2018), bzw. ein „Partialisieren“ (Kap. 7.1) nahe.

Stufe 3: Verstehen des verborgenen Sinnes

(Verstehen des nicht/kaum symbolisierten Sinnes)

Ansprechen von dem Selbstkonzept stark widersprechendem Erleben: Die hier anzusprechenden eher negativen Gefühle sind oft zunächst kaum einer exakten Symbolisierung zugänglich, so dass eine längere Vorarbeit nötig ist, bis sie sich „am Rande der Gewahrwerdung“ (Rogers 1962/1977, 20) befinden und so sinnvoller Weise aufgegriffen werden können. Häufig handelt es sich um „untergründig“ bereits lange bestehende Emotionen wie Neid, Verbitterung, Misstrauen, Hass, auch Selbsthass, Resignation und ängstliche Verzagtheit. Solche Gefühle sind keineswegs immer von einer Symbolisierung völlig ausgeschlossen, jedoch sind sie oft sehr schambesetzt, so dass bei ihrem Ansprechen sehr behutsam vorzugehen ist. Ansonsten könnte man bei dem Klienten Widerstand gegen ein Erörtern dieser Thematik erzeugen (die Analytiker verstehen unter „Widerstand“ die durch und in der therapeutischen Situation erzeugte Abwehr). Diesem Verstehen entspricht auch das Konzept der „Tiefenreflexion“ bzw. der „depth reflection“, wie es von Mearns et al. (2016, 109) als Aspekt eines ebenfalls dreistufigen Schemas beschrieben wurde.

Natürlich wird das Erleben der wertschätzenden und bejahenden Grundhaltung des Therapeuten dem Klienten helfen, etwaige Widerstände zu überwinden. Hier kommt das ressourcenaktivierende Moment der PZT/GPT zum Tragen. Auch ist in dieser Hinsicht für den Klienten die vorausgehende positive Erfahrung im Reflektieren von Gefühlen wichtig. Ebenso kann es dem Klienten helfen, sich ein für ihn wenig akzeptables Gefühl oder eine problematische Einstellung einzustehen, wenn der Therapeut gelegentlich den ursprünglich po-

sitiven Aspekt eines Abwehrverhaltens bei der jeweiligen Problembewältigung anspricht und damit sein Verständnis für solches Verhalten deutlich macht.

T: In Ihrer Verbitterung hat Ihnen dieses Misstrauen vielleicht auch geholfen, zunächst einmal von allen Abstand zu halten. Das war wohl wichtig für Sie, um von der Angelegenheit nicht ganz überrollt zu werden.

Auch ist es für den Klienten leichter, sich mit „problematischen“, z. B. schambesetzten Einstellungen und Bedürfnissen auseinanderzusetzen, wenn der Therapeut einen positiven Ausweg, also Lösungsansätze andeutet und damit dem Klienten einen gewissen Änderungsoptimismus vermittelt. Hier käme der bewältigungsorientierte und ressourcenaktivierende Aspekt der PZT zum Zuge, der natürlich gegenüber dem problemaktivierenden und -klärenden Aspekt eine geringere Rolle spielt als in der Verhaltenstherapie (Grawe et al. 1994), aber keinesfalls völlig vernachlässigt werden sollte.

T: Auf die Dauer ist dieser Rückzug nicht die gute Lösung und ich höre Sie auch sagen, dass es für Sie eine Hilfe wäre, sich von guten Freunden in dieser Angelegenheit verstanden zu fühlen. Und Ihre Freunde würden Ihre Zuwendung doch wohl auch zu schätzen wissen.

Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontextes: Ein Weg eines behutsamen Vorgehens beim Ansprechen von oft zunächst verborgenen, auf jeden Fall schambesetzten Gefühlen, Einstellungen und Bedürfnissen besteht darin, dass der Therapeut sich im Sinne der „hermeneutischen Empathie“ (Keil/Stumm 2018) „Verstehenshypothesen“ in Bezug auf die Entstehungsgeschichte solcher Gefühle und Einstellungen bildet. Die Vergegenwärtigung einer solchen Entstehungsgeschichte kann einmal für den Therapeuten eine Hilfe bei der Ermöglichung eines bedingungsfreien Akzeptierens und Anerkennens bestimmter Haltungen oder Verhaltensweisen des Klienten sein. Denn wenn der Therapeut das „Gewordensein“ problematischer Einstellungen und Verhaltensmuster verstehend nachvollziehen kann, wird dies seine Möglichkeit von positiver Beachtung und Wertschätzung erhöhen, dies im Sinne der Parole: Akzeptieren durch Verstehen. Außerdem erleichtert es die vertiefte Selbstexploration des Klienten, wenn er das echte Interesse an seiner Lebensgeschichte und damit an einem wichtigen „Teil“ seiner Person spürt.

Der Therapeut kann ein Gespräch über den lebensgeschichtlichen Kontext „schwer sagbarer Dinge“ einleiten etwa mit der Formulierung:

-BEISPIEL-

T: Etwas von dieser Angst haben Sie in solchen Situationen vielleicht schon als kleiner Junge erlebt.

K: Hm, das könnte schon sein, aber so richtig erinnern kann ich mich daran jetzt nicht.

T: Lassen Sie den kleinen Jungen von damals mal wieder lebendig werden. Sicher steigen dabei zumindest einzelne Bilder wieder in Ihnen auf.

In der PZT/GPT ist es Brauch, gegenüber einem lebensgeschichtlich orientierten Verstehen zurückhaltend zu sein. Es wird dabei ja geltend gemacht, dass ein Verstehen aus der Groß-Perspektive eines ganzen Lebenszusammenhangs in der Gefahr stünde, zu intellektualistisch zu sein und das unmittelbare Erleben im Hier und Jetzt aus den Augen zu verlieren. Natürlich kann sich diese Gefahr ergeben, sie muss es aber nicht. Außerdem ist an die Forderung von Rogers zu erinnern, den Klienten aus seinem inneren Bezugssystem, aus seiner inneren Welt heraus zu verstehen. Dieses Bezugssystem, diese innere Welt ist dem Therapeuten aber nicht unmittelbar gegeben, sondern er muss sie aus vielen Hinweisen erschließen. Solche Hinweise ergeben sich aber nicht nur aus dem Hier und Jetzt, sondern auch aus dem Dort und Damals. Denn die Auseinandersetzung des jungen Klienten mit den Bewertungsbedingungen seiner Eltern, die Art der Verinnerlichung dieser Bewertungen, das Ausmaß, in dem das Bedürfnis nach positiver Beachtung in seinen späteren Partnerschaften und Freundschaften erfüllt oder eben nicht erfüllt wurde, das Scheitern von früheren Lebensentwürfen und deren jeweilige Neuausrichtung, all dies geht in das Bezugssystem des Klienten ein. Die auf diesem Hintergrund gebildeten umfassenden „Verstehenshypothesen“ wird der Therapeut seinem Klienten meist nicht unmittelbar mitteilen, aber sie geben seinem Verstehen in der therapeutischen Situation eine Orientierung vor, die im Therapieprozess allerdings auf ihre Angemessenheit immer wieder zu überprüfen ist. Auch ist das Dort und Damals nicht immer erlebnisfern, denn es gibt eine Art des Erinnerns, die das Vergangene gegenwärtiger sein lassen kann, als es jemals gewesen war.