

Jobst Finke

Personzentrierte Psychotherapie und Beratung

Störungstheorie
Beziehungskonzepte
Therapietechnik

2.
Auflage

PERSON ZENTRIERT

GwG



 reinhardt

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

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 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 978-3-497-03263-1 (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: © 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	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 Einführendes Verstehen	36
3.2.1	Charakteristika des Einführenden Verstehens	36
3.2.2	Das Vorverständnis des Einführenden Verstehens	40
3.2.3	Das Verstehen des Unverständlichen	44
3.2.4	Die Funktionen des Einführenden 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	Esstörungen: 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

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 unbeirrbaren 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, sein eigenes Selbst beiseite stellend (Rogers 1951/1973b, 47), 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, wie er für die Postmoderne typisch werden sollte, 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 1988).

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. Analoges findet sich auch in den postmodernen Diskursen zur Psychiatrie. 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 Regelhaftigkeit. 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 (Foucault 1988), 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 der 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 Intersub-

jektiven 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 *empfindenden 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 undialek-

tisch auseinanderfallen lassen sollte, indem man einseitig nur der einen oder der anderen Position Geltung zuschreibt. Vielmehr sollte der personenzentrierte 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 Bedeutungsinhalte 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). Von ihm hat Rogers den Begriff „Aktualisierungstendenz“ übernommen und auch bei ihm spielten 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 ebenfalls 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 nicht ganz unproblematische Metaphern. Denn ein Kernmerkmal des Humanismus ist die Betonung der Sonderstellung des Menschen gegenüber allen anderen Lebewesen. Diese Sonderstellung wird aber durch die genannten Metaphern eher infrage gestellt. Andererseits hat Rogers dem Menschen auch Merkmale zugesprochen, die für die genannte Sonderstellung kennzeichnend sind und unmittelbar auf eine humanistische Position verweisen, nämlich Selbstbestimmung, 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 Menschbild 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 eigensten 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 Gewahrnehmung 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 Wünschen handelt. Sofern diese Aspekte mit dem Selbstkonzept, d. h. mit dem Selbstbild und dem Selbst-

ideal 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 (Finke 2023).

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 1959/1987). Denn sie geht, so lange die Abwehr ihre Funktion erfüllt, zunächst gerade nicht mit einem subjektiven Erleben von „Inkongruenz“ einher. Dieses Erleben kann nur in jenen krisenhaften Situationen eintreten, in denen das bisher erfolgreich Abgewehrte an „den Rand des Gewahrseins“ (Rogers) drängt. Aber hier spürt der Betreffende nur eine gewisse Spannung oder Angst, ohne um deren Gründe zu wissen. Nur wenn es der dann meist verstärkt einsetzenden Abwehr nicht gelingt, die volle Gewährwerdung zu verhindern, wird die Person beginnen, unter einem quälenden Zwiespalt bis hin zur „Desorganisation“ zu leiden. Aber damit ist auch so etwas wie Inkongruenz als ein der Selbstwahrnehmung entzogener Selbstwiderspruch nicht mehr gegeben, da sich jetzt die Person ihres inneren Widerspruchs voll bewusst ist und so ihr Selbstkonzept mit dem bisher vom Gewahrsein Ausgeschlossenen konfrontiert wird. Der nun bewusst erlebte Zwiespalt, das explizite Erleben von Hin-und-Her-Gerissen-Sein, ist gerade ein Zeugnis von Echtheit, Authentizität und Wahrhaftigkeit. Aus demselben Grunde ist auch die manchmal quälende Diskrepanz von Selbstbild und Selbstideal keine Inkongruenz.

Dies bedeutet, bewusst erlebten Zwiespalt bzw. Ambivalenz von Inkongruenz zu unterscheiden. Der explizit erlebte Selbstwiderspruch ist ein quälender Zustand, den die betreffende Person meist möglichst bald aufzuheben trachtet. Da das klärende Austragen eines solchen Widerspruchs aber meist doch einige Zeit beansprucht, könnte die Person versucht sein, den explizit erlebten Widerspruch dadurch aufzuheben, dass die eine Seite dieses Widerspruchs von der „exakten Symbolisierung“ ausgeschlossen wird. Nun erst besteht eine Inkongruenz, die als solche eben nicht explizit erlebbar ist (Rogers 1959/2020, 35). Da in diesem Zustand eine bedeutsame Seite der „inneren Welt“ der Person dem Gewahrsein entzogen ist, hat Inkongruenz auch immer etwas mit Unechtheit und Inauthentizität zu tun. Denn Inkongruenz ist der implizite und so auch unbemerkte Selbstwiderspruch. Ein Beispiel wäre der genannte „Liebende“, der in seinem expliziten Beziehungserleben seine aggressiven Gefühle ausblendet und sich so über sich selbst täuscht.

Die bisher genannten Charakteristika von „Inkongruenz“ sind also gestörte Symbolisierung (Stumm/Keil 2002), Selbstwiderspruch außerhalb des Gewahrseins (Rogers 1959/2020), Inauthentizität und Selbsttäuschung. Mit einer Ausweitung des Inkongruenz-Begriffes auf die voll bewusste Diskrepanz zwischen Erwartungen gelingenden Lebens und traumatisierenden Lebensereignissen (Speierer 1994) verliert sich das Charakteristikum eines Prozesses außerhalb

des Gewährseins und damit auch das Merkmal der Selbsttäuschung und Unechtheit. In der Familien- und Paartherapie wird von interpersoneller Inkongruenz gesprochen (Gaylin 2002). Gemeint ist hier wohl die Inkongruenz der Kommunikation. Wenn eine solch verdeckte Kommunikation von beiden Partnern nicht beabsichtigt ist, dürften auch die o.g. Kriterien einer individuellen Inkongruenz für beide gegeben sein.

Primäre und sekundäre Inkongruenz

In der PZT wird von manchen Autoren (Swildens 1993; Keil 2003; Biermann-Ratjen 2006a) zwischen einer primären und sekundären Inkongruenz unterschieden. Die primäre Inkongruenz ist lebensgeschichtlich entstanden aufgrund der Verinnerlichung von erziehungsvermittelten Bewertungsbedingungen, d.h. aufgrund der Prägung des Selbstkonzeptes durch eigentlich fremde Werte. Die dadurch bedingte Entfremdung des Selbstkonzeptes vom ureigenen organismischen Erleben und Bewerten führt zu einer Abwehr bestimmter Aspekte eben dieses organismischen Erlebens, weil diese mit dem „fremdbestimmten“ Selbstkonzept nicht mehr vereinbar sind. Diese (primäre) Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und organismischem Erleben kann lange Zeit außerhalb des Gewährseins gehalten werden und auch weitgehend symptomfrei bleiben. Durch ein einschneidendes Lebensereignis, das eine thematische Korrespondenz zu diesem organismischen Erleben hat, rückt jedoch dieses Erleben an den Rand des Gewährseins und löst, weil mit dem Selbstkonzept unvereinbar, Angst und Verwirrung aus (Rogers 1959/1987). Hier setzt die sekundäre Inkongruenz und damit oft der Beginn der Erkrankung ein, sofern die nun einsetzende erneute Abwehr des organismischen Erlebens zu dessen verzerrter Symbolisierung in Form krankheitswertiger Symptombildung führt (Swildens 1993). Diese Unterscheidung von primärer und sekundärer Inkongruenz ist nicht nur im Sinne einer Ausdifferenzierung des Störungskonzeptes bedeutsam, sondern auch hinsichtlich eines pragmatischen Gesichtspunktes. Hier geht es darum, ein störungstheoretisches Kriterium zu haben, um den Beginn der Krankheitswertigkeit einer Störung festlegen zu können (Faber/Haarstrick 1999). Wird hier die sekundäre Inkongruenz als „Ursache“ der Symptome beschrieben, so wird sie z.B. von Bensel (2012, 2016) als deren Folge definiert. Die Inkongruenz insgesamt wird manchmal weiter gefasst, wie bei Speierer (1994), bei dem nur die „sozialkommunikative Inkongruenz“ weitgehend dem hier Vorgestellten entspricht.

2.1.2 Gefühle und Bedürfnisse als Aspekte des organismischen Erlebens

Zum so genannten organismischen Erleben, das im Falle der Inkongruenz nicht oder nur verzerrt symbolisiert wird, gehören einmal Gefühle meist negativer Art, die man, sofern exakt symbolisiert, als Scham, Wut oder Hass, Neid, Eifersucht, Ekel, Verachtung, Schadenfreude ansprechen würde, und die zu haben man sich oft nur ungern eingesteht und insofern auch nicht immer voll symbolisiert. Sodann gehören dazu Bedürfnisse, die in einem bestimmten Kontext ebenfalls nicht mit dem Selbstkonzept vereinbar sind. Von den menschlichen Grundbedürfnissen nennt Rogers (1959/2020, 40) vor allem eines, „need for positive regard“, also das Bedürfnis nach positiver Beachtung. Wenn die (vor allem junge) Person keine Aussicht auf Erfüllung dieses Bedürfnisses seitens ihrer Eltern sieht, wird das Bedürfnis zusammen mit der damit verbundenen Enttäuschungswut abgewehrt, d. h. von der Gewährwerdung ausgeschlossen, weil ansonsten wegen der Enttäuschungsreaktion das Verhältnis zu den Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen gefährdet wäre. Wenn es der Person nicht gelingt, dieses Erleben von Nicht-Erfüllung dieses Bedürfnisses nach Beachtung völlig von der Gewährwerdung auszuschließen, könnte sich ein ständiges Gefühl des „Nicht-Genügens“ oder gar der Minderwertigkeit und schließlich eine Depression entwickeln. Als weitere Grundbedürfnisse, die je nach Inkongruenzkonstellation (Kap. 11) auch abgewehrt, also vom vollen Gewährsein ausgeschlossen werden können, sind zu nennen:

- Geborgenheit in sicherer Bindung,
- neugieriges Erkunden der Welt: Explorationsbedürfnis,
- Selbstbehauptung, Erleben von Selbstwirksamkeit und Autonomie,
- Selbstabgrenzung, Rückzug, Bewahrung des Intimitätsraumes und
- lustvolle Sinnlichkeitserfahrungen bei z. B. Sexualität und Nahrungsaufnahme.

Diese Bedürfnisse, einschließlich dem Bedürfnis nach positiver Beachtung, entsprechen weitgehend den fünf Bedürfnissen aus Maslow's „Bedürfnispyramide“ (Maslow 1981), nur das Rückzugs- und Explorationsbedürfnis sind dort explizit nicht benannt. Allerdings dürfte sich das letztere mit dem Selbstverwirklichungsbedürfnis Maslow's überschneiden.

Zu dem hier möglichen Einwand, dass das zentrale Motiv bzw. Bedürfnis bei Rogers, nämlich die Aktualisierungstendenz, hier nicht genannt wurde, ist zu sagen, dass die oben genannten Bedürfnisse gewissermaßen Untergliederungen dieses übergeordneten Bedürfnisses nach „Entfaltung“ (Explorationsbedürfnis, Selbstdurchsetzung, Autonomie) und „Erhaltung“ (Geborgenheit, Rückzug) als

die beiden Seiten der Aktualisierungstendenz darstellen. Dabei wird die Ansicht vorausgesetzt, bei der Aktualisierungstendenz handele es sich um ein psychologisch beschreibbares Motiv, was ja je nach Persönlichkeitstheoretischer Perspektive infrage gestellt wird.

2.2 Das Selbstkonzept und das Beziehungskonzept

Das Selbstkonzept nimmt in der Störungstheorie von Rogers eine bedeutende Stellung ein, da es gegenüber dem „organismischen Erleben“ den anderen Pol der Inkongruenz darstellt. Es beinhaltet nach Rogers (1959/1987, 26) das Selbstbild, also die Wahrnehmungen der eigenen Person, das Selbstideal, also die Idealvorstellungen von sich selbst, und „die Wahrnehmungen der Beziehungen zwischen dem Ich und den anderen“. Man kann letzteres auch als das Beziehungskonzept einer Person beschreiben.

Der Begriff „Konzept“ wird sowohl im Zusammenhang mit „Beziehungskonzept“ wie mit „Selbstkonzept“ nicht so sehr als das Ergebnis einer bewussten „Konzeptualisierung“ gebraucht, sondern als eine sich spontan und intuitiv bildende Konfiguration von Erlebens- und Erinnerungsmustern, Einstellungen, oft eher bildhaften Vorstellungen, Bewertungen und emotionalen Reaktionstendenzen. Das Beziehungskonzept ist, wie gesagt, nach Rogers ein „Teil“ des Selbstkonzeptes und es kann definiert werden als eine Konfiguration von emotionsbegleiteten Erinnerungen an Beziehungsepisoden und deren emotionale wie kognitive Bearbeitung sowie deren Umarbeitung zu entsprechenden Beziehungserwartungen. Auch das Selbstkonzept kann als eine solche Konfiguration von Emotionen und Kognitionen im Zusammenhang mit Selbstbeobachtungen, Selbstbeurteilungen und Selbstbewertungen, auch natürlich vermeintlicher Bewertungen anderer, gesehen werden. Diese Konfigurationen üben einen Einfluss auf unser Erleben und Verhalten aus. Sie haben eine emotionsregulierende und Kognitionen modulierende Funktion. Insofern besteht eine zumindest entfernte Analogie des Begriffes „Konzept“ im o.g. Sinne zum „Schema“-Begriff der Psychologie und Ethologie, ebenso zu dem Begriff der „Repräsentanzen“ in der Psychoanalyse und dem Begriff „Komplex“ in der Analytischen Psychologie von Jung. Das Selbst- und so auch das Beziehungskonzept sind zwar potenziell „der Gewährwerdung zugänglich“ (Rogers 1959/1987, 28), jedoch ist der erlebenden und handelnden Person kaum ihr Selbst- und ihr Beziehungskonzept voll umfänglich kognitiv präsent.

2.2.1 Die verschiedenen Aspekte des Selbstkonzeptes

Was sind die Funktionen des Selbstkonzeptes? „Das Selbst tut selbst nichts“, sagt Rogers (1959/1987, 22), womit er allerdings nur darauf hinweisen will, dass das Selbstkonzept nicht völlig losgelöst vom umfassenden Organismus zu sehen ist. Denn wenige Seiten später erwähnt er die „Funktionen des Selbst“ und „seinen regulierenden Einfluss auf das Verhalten“ (Rogers 1959/1987, 28). Wir wollen uns an diesem Hinweis orientieren und alle erfahrungsfernen Überlegungen zu einer Letztbegründung dieser Funktionen beiseite lassen. Mit der Frage nach den verschiedenen Erscheinungsformen und Funktionen des Selbst werden jedoch relativ phänomennahe Aspekte angesprochen. Denn mit dem Konstrukt „Selbstkonzept“ soll ja auch ein Bezug zu dem faktischen Erleben „unserer selbst“ hergestellt werden (Stumm/Keil 2018).

So dürfte unmittelbar einsichtig sein (weil auch an uns selbst erlebbar), dass unser Selbstwerterleben und unser Selbstvertrauen als Aspekte des Selbstkonzeptes stark unsere Stimmung, unsere Einstellung und unser Interaktionsverhalten gegenüber anderen beeinflussen. Wir können also im Sinne des genannten Rogers-Zitates sagen, dass das Selbstkonzept eine emotions- und verhaltensregulierende Funktion hat. Es fördert im Falle eines positiven Selbstwerterlebens auch unseren Tatendrang, also das Antriebsgeschehen, und motiviert uns zu Leistung und Interaktion, wie es im negativen Falle hier einschränkend wirken kann.

Da zudem im Inkongruenz-Modell von Rogers (1959/1987) das Selbstkonzept eine zentrale Rolle spielt, erscheint es wichtig, dieses Konstrukt „Selbstkonzept“ hinsichtlich phänomennaher Aspekte differenziert zu beschreiben und so Beschreibungskriterien zu nennen, um auch die jeweilige Art der Inkongruenz differenzierend erfassen zu können. (Außerdem ist ein solches Vorgehen bereits ein Schritt auf dem Wege zu einer Konstrukt-Validierung.) Folgende erfahrungsnahe Beschreibungskriterien bieten sich für das Selbstkonzept an.

Selbstwerterleben

Zum Selbstwerterleben wurden eingangs schon einige Andeutungen gemacht. Danach hat das Ausmaß von Selbstsicherheit und Selbstvertrauen oder aber bei negativem Selbstwerterleben das von Selbstwertzweifeln, Nichtigkeitsgefühlen und starker Kränkbarkeit einen Einfluss darauf, wie wir mit Leistungsanforderungen, mit interpersonellen Konflikten, mit sonstigen Belastungen, mit Stress und mit „stressigen Gefühlen“ umgehen, wie stabil oder eben labil wir also gegenüber inneren Spannungen, Enttäuschungen, Beschämungen und vermeintlichen Rückschlägen sind.

Man kann deshalb auch dann von einem „labilen [oder fragilen] Selbstkonzept“ sprechen (Biermann-Ratjen 2006a, 109), wenn die Belastungsfähigkeit des Klienten hier aus lebensgeschichtlichen und/oder konstitutionellen Gründen eher gering ist. Dies kann sich ausdrücken in einer verminderten Angsttoleranz, einer verminderten Frustrationstoleranz oder in einer verminderten Ambivalenztoleranz, also in einer verminderten Fähigkeit, mit dem Erleben von Angst, Enttäuschung oder innerer Zwiespältigkeit einigermaßen gefasst umzugehen. Bei den letztgenannten Aspekten spielen aber auch die folgenden weiteren Merkmale des Selbstkonzeptes eine Rolle.

Selbstwahrnehmung

Eine gute Selbstwahrnehmung setzt eine Fähigkeit zur Selbstreflexion und Bereitschaft zur Selbstexploration voraus, was bedeutet, die eigenen Gefühle so identifizieren und differenzieren zu können, dass schließlich ein klares und von einem Außenstehenden gut nachvollziehbares Bild der eigenen „inneren Welt“ entsteht. Im negativen Falle kann es dem Klienten schon schwerfallen, eigene Gefühle überhaupt eindeutig zu benennen (Alexithymie). Oder dieses Bild kann sehr undeutlich und verschwommen sein bzw. in sich selbst widersprüchlich sein. Man könnte in diesen Fällen auch von einer gestörten „Selbstepathie“ sprechen, welche sich nicht selten bei Klienten mit einem fragilen Selbst (z. B. im Rahmen von Borderline-Störungen) findet.

Identitätserleben

Ein sicheres Identitätserleben setzt eine halbwegs gute Selbstwahrnehmung voraus, so dass ein klares, eindeutiges Bild der „inneren Welt“ entstehen kann. Eine andere Quelle für ein sicheres Identitätserleben ist die Fähigkeit, unterschiedliche Rollen (Kind-Rolle gegenüber den eigenen Eltern, sodann Eltern-, Ehepartner-, Freund-/Kameraden-, Berufsrollen usw.) so zu einer widerspruchsfreien Erlebens-Konfiguration zusammenzuführen, dass daraus ein Erleben von Authentizität, Festigkeit und Einheitlichkeit erwachsen kann. Im pathologischen Falle kommt es zu einem oft quälenden Erleben von „innerer Zerrissenheit“ und Widersprüchlichkeit (z. B. bei einer Borderline-Störung). Der Klient erreicht nie das Erleben, „das Selbst zu sein, das er in Wahrheit ist“ (Rogers 1961/1973b, 167). Es gibt allerdings auch eine Starrheit des Identitätserlebens („Charakterpanzer“), die sich gegen die kleinste Änderung in der Identitätszuschreibung wehrt. Ziel ist ein kreativer Ausgleich zwischen kons-

tanter Kohärenz des Selbst einerseits und seiner flexiblen Weiterentwicklung andererseits.

Selbstkontrolle

Es geht hier um das Erleben von Selbstverfügbarkeit, von einer Art innerer Autonomie, von dem Gefühl, „Herr seiner selbst“ zu sein sowie um das Gefühl von konstanter Selbstwirksamkeit. Es geht darum, sich selbst als den Urheber kompetenten Handelns erleben zu können. Das impliziert das Erleben, mit seinen Bedürfnissen integrierend und lenkend umgehen und das Selbstwertgefühl bis zu einem gewissen Grade regulieren zu können. Es besteht im nicht pathologischen Fall eine hinreichend gute Angst- und Frustrationstoleranz. Diese Fähigkeiten sind bei einem fragilen Selbst sehr begrenzt. Andererseits können manche Menschen auch „überkontrolliert“ erscheinen, insofern ihnen jede Spontanität, jede emotionale Unmittelbarkeit des mimisch-gestischen Ausdrucks zu fehlen scheint, wie das öfter bei Personen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung zu beobachten ist.

Selbstideal

Das „Selbstideal bezeichnet das Selbstkonzept, das eine Person am liebsten besäße, worauf sie für sich den höchsten Wert legt“ (Rogers 1959/1987, 26). Das Selbstideal repräsentiert also die Eigenschaften, Fähigkeiten und Werte, denen die Person zustrebt, die sie sich zumindest gerne zuschreiben würde. Zwischen Selbstbild und Selbstideal, vor allem bei einem unrealistisch hohen Selbstideal, kann eine manchmal als quälend empfundene Diskrepanz bestehen, wie das nicht selten z. B. bei depressiv verstimmt Personen der Fall ist. Die Abnahme dieser Diskrepanz, von Rogers und seinen Mitarbeitern gemessen mit den Q-Sort, war ein wichtiges Maß der Besserung in der personenzentrierten Psychotherapieforschung (Rogers 1961/1973b). Ist dagegen bei einem hohen Selbstideal die Differenz zum Selbstbild eher gering, so dürfte eine narzisstische Selbstüberhöhung, eventuell im Rahmen einer entsprechenden Persönlichkeitsstörung, vorliegen. Man sollte diese Differenz übrigens nicht als Inkongruenz bezeichnen, denn Inkongruenz, so wie Rogers sie definiert hat, setzt eine Abwehr gegenüber der Gewährleistung einer der beiden Seiten dieser Differenz bzw. Diskrepanz voraus, weswegen sich die betreffende Person im Falle der Inkongruenz typischerweise einer Diskrepanz bzw. eines Zwiespaltes gar nicht bewusst ist.

Abwehr

Die Abwehr dient dem Schutz des Selbstkonzepts vor radikaler Infragestellung (Rogers 1959/1987). Ob diese Abwehr primär vom Organismus als Ganzem ausgeht, wie Rogers meint, oder unmittelbar vom Selbstkonzept, kann hier als eine Detailfrage erfahrungsferner Modellbildung (die auch dem Versuch einer Begründung menschlicher Freiheit dienen soll; Keil 2011; Lukits 2018) offen bleiben. Auf jeden Fall steht die Abwehr in einer funktionalen Beziehung zum Selbstkonzept. Aus therapeutischer Sicht erscheint die Abwehr, weil entwicklungs- und therapiebehindernd, natürlich leicht in einer negativen Bewertung. Sie hat aber auch einen positiven, eben das Selbst stabilisierenden Wert, wodurch die Person in vielen Alltagssituationen und ihren Bewältigungsanforderungen überhaupt erst funktionsfähig gehalten wird. Deshalb ist in einer PZT/GPT mit ihrer abwehrauflösenden Tendenz immer gut zu überlegen, wie „dicht dran“ am Erleben des Klienten der Therapeut jeweils arbeiten soll. Dies gilt vor allem bei Klienten, die ohnehin über ein geringes Maß an Selbstkontrolle im genannten Sinne wie an stabiler Abwehr verfügen (fragiles Selbst). Außerdem ist hier die jeweilige Lebenssituation des Klienten mit dem Ausmaß ihrer entsprechenden Belastung zu berücksichtigen (zu Abwehr-Bearbeitung Kap. 6.6). Aber auch bei Klienten mit einem scheinbaren Übermaß an Abwehr, wie sie z. B. bei Klienten mit einer somatoformen Störung beobachtet werden kann, ist ein in dieser Hinsicht behutsames Vorgehen angezeigt. Denn die hier oft rigide Abwehr ist eben auch ein Zeichen großer Angst vor den Erschütterungen, die eine tiefe Selbstexploration vermeintlich mit sich bringt.

Das „fragile Selbstkonzept“

Ein fragiles bzw. labiles Selbst resultiert aus der mangelnden Ausbildung der o. g. Aspekte des Selbst. Unter der Einwirkung anhaltender Entwertungen und Entmutigungen in Kindheit und Jugendzeit entwickelt sich ein Selbstkonzept, das gekennzeichnet ist u. a. durch

- erhöhte Anfälligkeit für Angst-, Schuld- und Schamgefühle, insbesondere für Inkompetenz- und Versagensängste mit der entsprechenden Schamhaftigkeit;
- Selbstwert-, Identitäts- und Beziehungsunsicherheit,
- geringe „Selbstkontrolle“ und Impulskontrolle

- geringe Frustrations-, Angst- und Ambivalenztoleranz, also eine geringe Fähigkeit, mit Enttäuschungen, Angstgefühlen und innerer Zwiespältigkeit gefasst umzugehen.

2.2.2 Das Beziehungskonzept

Rogers subsummiert, wie oben gezeigt, das, was man das Beziehungskonzept einer Person nennen könnte, unter das Selbstkonzept. Das ist insofern berechtigt, als das Selbstbild einer Person stark von ihren Beziehungserfahrungen beeinflusst wird. Andererseits bestimmen das Selbstbild bzw. das Selbstwelterleben die Beziehungserwartungen einer Person. Hat sie wenig Selbstvertrauen, wird sie auch eher negative Beziehungserwartungen haben. Sie wird z. B. öfter das Gefühl haben, mit wenig positiver Beachtung und Wertschätzung anderer rechnen zu dürfen. Dennoch sollte man, zumindest aus didaktischen Gründen, das Selbstkonzept und das Beziehungskonzept begrifflich voneinander trennen: Das Selbstkonzept beinhaltet die Wahrnehmungen und Einschätzungen der eigenen Person, das Beziehungskonzept reflektiert die Wahrnehmungen und Einschätzungen der anderen in ihrem Verhalten und ihren Einstellungen gegenüber der eigenen Person.

Das Beziehungskonzept als ein Kriterium der Persönlichkeitstheorie der PZT gesondert hervorzuheben, ist auch insofern berechtigt, als dieses Verfahren wegen der großen Bedeutung, die hier der therapeutischen Beziehung zugemessen wird, sich ja ausdrücklich als eine „Beziehungstherapie“ versteht. Auch Rogers sprach in Bezug auf seinen Ansatz schon früh von einer „Relationship Therapy“ (Rogers 1939, 343; zit. nach Biermann-Ratjen/Eckert 2017). Deshalb ist es wichtig, nicht nur die Art der therapeutischen Beziehungsangebote in der PZT zu konzeptualisieren, sondern auch Modi des Erlebens von Beziehung zu beschreiben. Dieses Beziehungserleben einer Person wird geprägt von ihren Beziehungserfahrungen, frühen wie aktuellen. Diese Beziehungserfahrungen bestimmen die Beziehungserwartungen, also die Hoffnungen, die Sehnsüchte wie die Befürchtungen, Ängste und Vorbehalte, die anderen Personen entgegengebracht werden. Dabei können frühere Beziehungserfahrungen so stark die Beziehungserwartungen bestimmen, dass letztere auch durch aktuelle, gegenläufige Beziehungserfahrungen kaum korrigiert werden können. Positive aktuelle Beziehungserfahrungen können dann auf dem Hintergrund früherer negativer Erfahrungen umgedeutet werden, z. B. indem die wahrgenommene Freundlichkeit anderer als Fassade bzw. heuchlerische Verstellung uminterpretiert wird. Wie gerade dieser Umstand für die therapeutische Beziehung ein ernstes Problem sein kann, soll später besprochen werden.

Hier gilt es zunächst festzuhalten, dass dieses Umdeuten von Wahrnehmungen natürlich kein von reflektierter Absicht bestimmter Vorgang ist. Vielmehr haben die früheren (negativen) Beziehungserfahrungen so sehr das Beziehungskonzept geformt, dass es hier zu einer starken „Strukturgebundenheit“ (Gendlin 1964/1978; Korbei 2007) gekommen ist. Dadurch werden alle aktuelleren Beziehungserfahrungen „verzerrt symbolisiert“ in dem Sinne, dass die betreffende Person zwar noch das Lächeln eines anderen als solches wahrnehmen kann, dieses erscheint ihr jedoch sofort als trügerisch, als Ausdruck einer eher böswilligen Verstellung. Durch das (in diesem Fall negative) Beziehungskonzept findet also eine Umkodierung in der Bewertung auch des nonverbalen Ausdrucksverhaltens anderer Personen statt. Wir werden bei diesen Klienten auch ein fragiles Selbst im genannten Sinne schon deswegen annehmen, weil wir hier eine mangelnde Ambivalenz- und Uneindeutigkeitstoleranz unterstellen können. Jeder beginnende Kontakt zu einer fremden Person ist oft zunächst von einer gewissen Uneindeutigkeit geprägt. Es geht hier darum, die Ungewissheit, ob der Andere sich freundlich oder feindlich/kritisch einstellen wird, auszuhalten ohne durch eine vorschnelle Urteilsbildung eine unangemessene Eindeutigkeit herzustellen. Genau hierzu sind Personen mit sehr negativen Beziehungserwartungen oft nicht fähig. Sie können auch die Realität des Anderen kaum mehr unverzerrt wahrnehmen, d. h. gar nicht mehr zwischen ihrer eigenen inneren Realität und der des Anderen unterscheiden und sind so natürlich in ihrer Kommunikationsfähigkeit stark beeinträchtigt. Mit den hier angesprochenen Entwicklungen, in positiver oder negativer Hinsicht, dürfte auch die Bindungsfähigkeit einer Person korrelieren.

2.2.3 Die Bindungstheorie

Auf das Bedürfnis nach sicherer Bindung als eines der Grundbedürfnisse wurde schon in Kap. 2.1.2 hingewiesen. Zwischen dem Beziehungskonzept einer Person und ihren so genannten Bindungsmustern, mit denen sich die Bindungstheorie beschäftigt, bestehen gegenseitige Wechselwirkungen. Die frühen Beziehungserfahrungen prägen das Beziehungskonzept und formen die entsprechenden Bindungsmuster. Die Bindungstheorie ist von psychoanalytisch orientierten Autoren wie Bowlby, Ainsworth und Fonagy untersucht und erörtert worden (Strauß 2008), und wurde in letzter Zeit auch innerhalb der PZT zunehmend thematisiert (Höger 1999; Biermann-Ratjen 2006b). Bowlby (1982) unterstellte ein angeborenes Bindungsbedürfnis des Menschen. Dieses Bindungsbedürfnis steht thematisch in einer Nähe zum Bedürfnis nach positiver Beachtung im Sinne von Rogers, es ist nur noch etwas umfassender. Es meint nicht nur das Bedürfnis