

# Bindungs- und Abhängigkeitsphänomene in der personzentrierten Beziehung

Jobst Finke

**Zusammenfassung:** Es wird der Frage nachgegangen, welche Rolle die Bindungstheorie für die Personzentrierte Psychotherapie (PZT) spielen kann und welche Bedeutung „Bindung“ und personale Abhängigkeit in der therapeutischen Beziehung der PZT haben. In Anlehnung an Fachliteratur wird die Vermutung geäußert, dass Rogers sehr „abhängigkeitssensibel“ war und sich schwertat mit Klient\_innen, die eine enge, aber „verstrickte“ Bindung zu ihm suchten. Auch hat die PZT den therapeutischen Umgang mit abhängigen und „verstrickt gebundenen“ Klient\_innen kaum thematisiert. Konzepte für einen solchen Umgang werden gefordert und ansatzweise auch vorgestellt.

*Schlüsselbegriffe: Bindungstheorie, Bindung und Abhängigkeit, therapeutische Beziehung*

## 1. Die Bedeutung der Bindungstheorie für die personzentrierte Praxis

Bindung und Abhängigkeit sind Phänomene zwischenmenschlicher Beziehung, sie haben insofern auch eine Bedeutung für die psychotherapeutische Beziehung. Da die Beziehung besonders in der Personzentrierten Psychotherapie (PZT) eine so herausragende Rolle spielt, dass man sagen könnte, die PZT sei eine „Beziehungstherapie“ (Auckenthaler, 2008, S. 1202), ist zu fragen, ob und inwiefern auch die Bindungstheorie für die PZT von zentraler Bedeutung ist. Diese Frage wurde von einigen personzentrierten Therapeuten schon positiv beantwortet (Biermann-Ratjen, 2006; Gahleitner, 2005; Höger & Eckert, 1997). Eine Nähe zu diesem Theorieansatz könnte man in der Persönlichkeitstheorie von Rogers (1959/1987) sehen, in der zwei zentrale Motivationsssysteme beschrieben werden: die Aktualisierungstendenz und das Bedürfnis nach positiver Beachtung. Da mit diesem letztgenannten Bedürfnis die Bedeutung von interpersonaler Zuwendung, Bejahung der je Anderen in ihrem Wesenskern und der Verständnis bezeugende Ausdruck von Anerkennung gemeint sind, ist hiermit eine starke Nähe zu den Merkmalen gegeben, die nach der Bindungstheorie für die Entwicklung einer sowohl Autonomie wie Beziehungsfähigkeit gewährleistenden Bindung notwendig ist (Bierman-Ratjen, 2006). Jede etwas längerfristige und intensivere Beziehung hat das Potenzial, Bindungsfunktionen auszubilden.

### 1.1 Bowlby und die Bindungstheorie

Der Psychoanalytiker Bowlby (1979/1982, 1969/2006) führte in den 1960er-Jahren das Konzept der Bindung in die Psycho-

logie, namentlich in die Entwicklungspsychologie, ein. Er hatte sich auch von der Ethologie und hier u. a. den Untersuchungen von Lorenz (2003) zur „Bindung“ von Graugänseküken an ihre (menschliche) „Elternfigur“ inspirieren lassen. Die Beobachtung von Säuglingen und Kleinkindern brachte Bowlby zu der Überzeugung, dass auch der Mensch das angeborene Bedürfnis nach einer „sicheren Basis“, d. h. nach Geborgenheit und Schutz, aber auch verlässlicher Zuwendung und nach dem hat, was in der PZT mit „positiver Beachtung“ benannt ist. Letztere meint die Fähigkeit und Bereitschaft der zentralen Beziehungsperson, meistens eines Elternteils, das Ausdrucksverhalten des Kindes achtsam und differenziert wahrzunehmen, es präzise zu verstehen und „feinfühlig“ (Ainsworth et al., 1974) mimisch-gestisch wie verbal so darauf zu antworten, dass das Kind eine Bestätigung seiner Kontaktbedürfnisse und eine Bejahung seiner Person erleben kann. Für diese Fertigkeiten prägte Fonagy (1997) den Begriff der „Mentalisierungsfähigkeit“ („mentalizing capacity“, S. 190), deren verlässliche Realisierung durch die Mutter nötig sei, damit das Kind ein Muster sicherer Gebundenheit entwickeln könne, die es ihm auch als Erwachsene\_r erlaubt, selbst andere sichere, stabile Bindungen einzugehen und auf diesem Hintergrund sich interessiert und engagiert mit dem Erleben von Selbstsicherheit und Autonomie der Welt zuzuwenden.

Ist dagegen die Mutter in ihrer Zuwendung sehr wechselhaft und unstet, also wenig verlässlich, wird das Kind seinerseits einen unsicher-ambivalenten und als Erwachsene\_r einen „verstrickten“ Bindungsstil entwickeln mit wenig stabilen, sehr emotional betonten, aber ambivalent und inkohärent erlebten Beziehungen und geringer Frustrations- und Enttäuschungstoleranz. Bei sehr starker, traumatisierender Ausprägung der mütterlichen Wechselhaftigkeit und Unzuverlässigkeit mit Neigung zu dissoziativem Verhalten wird ein desorganisierter Bindungsstil (chaotisches Beziehungsverhalten mit vielen abrupten Umbrüchen) resultieren (Biermann-Ratjen, 2006; Strauß, 2008, S. 210f.). Ist die Mutter insgesamt wenig zugewandt und eher abweisend, wird das Kind einen unsicher-vermeidenden und als Erwachsene\_r einen unsicher-distanzierten Bindungsstil ausbilden (emotional überkontrolliert, Autonomie betonend, Bindungen vermeidend und abwertend). In späteren Lebensphasen wird die Ausgestaltung des jeweiligen Stils durch verschiedene Beziehungserfahrungen noch modifiziert.

### 1.2 Bindung in der Therapie

Beim Versuch, sich die Bindungsgeschichte des\_r Klient\_in und das vermutliche Bindungsverhalten von dessen\_deren primären Bindungspersonen zu vergegenwärtigen, hat der\_die Therapeut\_

in einen wichtigen Zugang zum „inneren Bezugssystem“ dieses\_r Klient\_in und damit eine Basis für ein Verstehen des Beziehungsverhaltens auch gegenüber dem\_r Therapeut\_in geschaffen. Mit der bindungstheoretischen Sicht auf die therapeutische Beziehung wird der ursprünglich rein auf die primären Bindungspersonen des\_r Klient\_in bezogene soziale Kontext erweitert (Gahleitner, 2017, 2020). Diese Übertragung bindungstheoretischer Erkenntnisse auf die therapeutische Beziehung kann eine wichtige Hilfe sein, um etwa bei einem unsicher-verstrickten (bzw. ambivalenten) Bindungsmuster des\_r Klient\_in die Bereitschaft des\_r Therapeut\_in zu vertiefen, einerseits mit der manchmal feindseligen Enttäuschungsreaktion und provokativen Kritik, andererseits mit der starken Nähesuche und dem Trost und Behütung einfordern den Anlehnungsbedürfnis des\_r Klient\_in gelassen sowie akzeptierend zugewandt, aber eben auch verstehend und die Selbstexploration stimulierend umzugehen (Seidler & Höger, 2020).

Da die oben beschriebenen Charakteristika einer Mutter, die die Entwicklung eines sicher-autonomen Bindungsstils ihres Kindes ermöglicht, in wichtigen Punkten weitgehend identisch mit jenen Merkmalen sind, die von personzentrierten Therapeut\_innen gefordert werden, sollten die Klient\_innen besonders in der PZT die Gelegenheit haben, eine korrigierende Beziehungserfahrung zu machen. Diese könnte z. B. darin bestehen, dass der\_die Therapeut\_in auf eine aggressive Konfrontation statt mit gekränktem Rückzug mit der interessierten Frage reagiert, was an seinem\_ihrem Verhalten zu dieser Reaktion des\_r Klient\_in geführt hat. Therapeut\_innen gestehen den Klient\_innen dabei also zu, dass deren Ärger vielleicht nicht unbegründet war und dass sie genau hierüber sprechen möchten. Solche Beziehungserfahrungen können auch zu einer korrigierenden Bindungserfahrung werden, in der die Bindungsunsicherheit mit ihrer großen Ambivalenzspannung etwas abgemildert wird (Gahleitner, 2005, bes. S. 29).

In diesem Zusammenhang ist nicht nur zu erörtern, dass Therapeut\_innen den Bindungsstil ihrer Klient\_innen berücksichtigen müssen, sondern auch, ob die therapeutische Beziehung selbst als eine besondere Bindung zu sehen ist, in der Klient\_innen eben auch „korrigierende Bindungserfahrung[en]“ (Gahleitner, 2020, S. 50) machen können. Eine Bindungsbeziehung, die besonders in einer nicht allzu kurzen Therapie entstehen kann, ist natürlich nur ähnlich, nicht aber identisch mit der Bindung, auf die sich dieses Konzept ursprünglich bezieht, nämlich die Beziehung zwischen Eltern und Kind. Bei der Bindung zwischen Erwachsenen dagegen, etwa in einer Paarbeziehung, ist das Angewiesensein der einen auf die andere Person weniger ausgeprägt und zudem viel weniger einseitig, es besteht idealerweise eine Wechselseitigkeit in der Bereitstellung einer „sicheren Basis“. Jede\_r kann jedem\_r bei Bedarf Empathie und Trost zur Verfügung stellen. In der therapeutischen Beziehung wiederum ist die Angewiesensein zwar ähnlich gegeben, die Wechselseitigkeit aber höchstens ansatzweise, Therapeut\_innen werden von Klient\_innen kaum therapeutische Empathie und Trost erwarten. Des Weiteren ist eine therapeutische Beziehung stets als eine zeitlich deutlich befristete konzipiert.

In jedem Falle müssen Therapeut\_innen den Bindungsstil der Klient\_innen bei der Interaktion mit ihnen berücksichtigen, schon um bestimmte Interaktionsformen der Klient\_innen verstehen zu können. Ein\_e Klient\_in hat vielleicht aufgrund früherer Beziehungserfahrungen ein unsicher-abweisendes bzw. distanziertes Bindungsmuster ausgebildet. Solche Klient\_innen lösen in ihrem Gegenüber „leicht unbehagliche oder gar feindselige Reaktionen aus“, und „entwickeln weniger eine positive/kooperative Arbeitsbeziehung“ (Strauß, 2008, S. 217). Hier müssten Therapeut\_innen darauf achten, sich der „inneren Welt“ der Klient\_innen nur sehr behutsam zu nähern und eine tiefe Ebene der Empathie bzw. „Tiefenreflexion“ (Mearns et al., 2013/2016, S. 109) zunächst zu meiden und so die Abwehr der Klient\_innen – d. h. die aus Schutzgründen erfolgte Deaktivierung ihres Bindungssystems – zu respektieren (Seidler & Höger, 2020; Mallinckrodt et al. 2015). Therapeut\_innen würden also die unter Umständen „unbehaglichen“ oder gar „feindseligen“ Gefühle von Klient\_innen dadurch auflösen können, dass sie das abweisende Verhalten der Klient\_innen als Bewältigungsversuch deren untergründigen Abhängigkeitsängste verstehen. Weitere Motive der Klient\_innen könnten bei den Therapeut\_innen eine negative Resonanz bedingen, z. B. jene, mit dem\_r Therapeut\_in zu rivalisieren, sich zu beklagen über die unzureichende Therapie. Die gerade für die PZT, in der ja Klient\_innen die Gesprächslenkung zugewiesen wird (jedenfalls bei ihren sehr nichtdirektiv eingestellten Vertreter\_innen), naheliegende Einsicht, dass auch Klient\_innen Akteur\_innen in der therapeutischen Interaktion sind, diese Interaktion mitgestalten und dadurch auch die Therapeut\_innen beeinflussen, wird vielleicht im personzentrierten Schrifttum zu wenig thematisiert. Aber natürlich wird auch das Erleben der Therapeut\_innen, diesseits wie jenseits deren konzeptkonformer Einstellungen, die therapeutische Situation mitbestimmen. Das Erleben von „Unbehaglichkeit“ aufseiten der Therapeut\_innen könnte z. B. daher rühren, dass Klient\_innen von Problemen berichten, die Therapeut\_innen auch bei sich kennen, die für sie aber sehr belastend sind, sodass diese „Belastung“ ihre Resonanz und so ihre Bereitschaft, sich unvoreingenommen auf die Klient\_innen einzulassen, beeinträchtigt. All diese Möglichkeiten müssen Therapeut\_innen sich achtsam vergegenwärtigen und erwägen.

## 2. Rogers und das Problem personaler Abhängigkeit

Da bestimmte Beziehungsphänomene sich oft erst nach einer gewissen Dauer einer Beziehung zu zeigen bzw. auszubilden pflegen, könnte man sich fragen, warum Rogers seine Therapien zeitlich immer begrenzt hat. Denn nach Auskunft von Germain Lietaer, der zusammen mit Monica Gundrum alle verfügbaren Therapietranskripte und -aufnahmen aus Rogers' verschiedenen Schaffensperioden ausgewertet hat (Lietaer & Gundrum, 2018), hat Rogers bis auf eine Ausnahme nur (Einzel-)Therapien von unter 30 Stunden durchgeführt. Die Antworten, die sich hier

aufdrängen könnten, sind rein praktischer Art, zum Beispiel zeitökonomische Belange eines vielbeschäftigten Hochschullehrers und Forschers. Das lässt natürlich die Frage nach möglichen anderen Gründen offen. Hatte Rogers, so könnte man weiter fragen, eventuell die Sorge, dass sich bei längerer Therapiedauer eine Abhängigkeitsbeziehung seitens der Klient\_innen entwickeln könnte, die deren angestrebte Autonomie untergraben würde? Hatte er überhaupt nur relativ autonom wirkende Klient\_innen in Therapie genommen, bei denen abzusehen war, dass eine kürzere Therapiedauer ausreichen würde?

Auffallend ist, dass Rogers öfter auf die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung hingewiesen hat (Rogers, 1942/1972, S. 83; 1951/1973a, S. 161-166, 201-204, 209f.; 1977, S. 80; 1986/1991, S. 254). Dies könnte die Vermutung nahelegen, dass Rogers sehr „abhängigkeitssensibel“ war und deshalb eventuell dazu neigte, schnell eine personale Abhängigkeit (des\_r Klient\_in von dem\_r Therapeut\_in) zu diagnostizieren bzw. deren Entwicklung zu befürchten. Dabei sah er im Auftreten von Abhängigkeitsphänomenen auch ein Fehlverhalten der Therapeut\_innen. Eine solche Entwicklung zur Abhängigkeit führte er meist auf ein lenkendes, Ratschläge erteilendes Vorgehen oder auf „Wertungen“ seitens der Therapeut\_innen zurück. Unter Wertungen verstand er nicht nur normative Urteile, sondern Urteilsbildungen und Deutungen zum therapeutischen Geschehen überhaupt, so auch Diagnosen, die Therapeut\_innen im scheinbaren Wissen um die Klient\_innen als überlegen erscheinen lassen und so das Autonomieerleben der Klient\_innen untergraben und damit eine Abhängigkeitsentwicklung fördern würden (Rogers, 1951/1973a, S. 201; 1961/1973b., S. 250).

An zwei Beispielen zeigte Rogers, wann er eine Abhängigkeit vermutete, worin also für ihn die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit bestanden. In einem Fall sah er eine Abhängigkeit bei Klient\_innen, die die Therapeut\_innen bzw. Berater\_innen nachdrücklich mit Fragen und Bitten um Ratschläge und urteilende Stellungnahmen bedrängen (1951/1973a, S. 203f.). Im anderen Falle erörterte er sein Abhängigkeitskonzept weiter gefasst und abweichend von den genannten Kriterien:

„Eine weitere neuerliche Erkenntnis, die für mich von großer Bedeutung ist, steht in Verbindung zu dem sogenannten ‚abhängigen‘ Klienten, der oft ein recht verworrenes Problem für den klient-bezogenen Ansatz darstellt. Ich bin zu folgendem Schluß gekommen: Immer wenn ich einen Klienten als ‚abhängig‘ bezeichne, verstehe ich die Natur der Gefühle, die ausgedrückt werden, nicht voll und ganz. Ich glaube, ich habe Leute meistens dann als abhängig bezeichnet, wenn sie von mir auf die eine oder andere Art Reaktionen verlangten, die ich aus irgendeinem persönlichen Grund nicht bereit war zu geben. Ich spreche hier von tiefen emotionellen Bedürfnissen, die der Klient ausdrückt, und weniger von spezifischen und vielleicht unvernünftigen Forderungen“ (ebd., S. 161).

Diese Aussage ist im ersten Moment vielleicht nicht ganz leicht zu verstehen, vor allem wenn man sie so interpretieren würde, als

wollte Rogers sagen, der Ausdruck „tiefer emotionaler Bedürfnisse“ seitens der Klient\_innen gegenüber ihren Therapeut\_innen solle möglichst in der Therapie nicht vorkommen. Warum aber schrieb er Klient\_innen, bei denen dies doch vorkommt, per se eine Abhängigkeit zu? Und scheute Rogers davor zurück, sich von diesen Bedürfnissen und Emotionen, vielleicht bedrängend vorgebracht, zu sehr berühren zu lassen? Hielt er Klient\_innen, die sich von Therapeut\_innen in der Alter-Ego-Rolle nicht ohne Weiteres zu einem vertieften Zwiegespräch mit dem eigenen Selbst anregen lassen, sondern die Auseinandersetzung mit der Person des\_r Therapeut\_in suchen, für wenig geeignet für eine PZT? Und waren es genau diese Anliegen der Klient\_innen gegenüber den Therapeut\_innen, die Rogers für „unvernünftige Forderungen“ hielt?

### 3. Abhängige und unsicher gebundene Klient\_innen in der PZT

Einerseits ist die Irritation, von der Rogers hier spricht, bei diesen oft stark „klammernden“ Klient\_innen nachvollziehbar, zumal er selbst ja wohl ein hohes Autonomie-Ideal hatte. Aber die Vergegenwärtigung der frühen Bindungsgeschichte dieser Klient\_innen sollte doch eine akzeptierende und einführende Haltung erleichtern. Diese Klient\_innen sind in ihrem Bindungserleben so verunsichert, dass sie bei starkem, aber ambivalentem Zuwendungsbedürfnis und ebenso starken Ängsten vor Zurückweisung ein zeitweise sehr bedrängendes, anklammerndes Kontaktverhalten bzw. einen unsicher verstrickten, ambivalenten Bindungsstil entwickeln. Da Rogers den Begriff der personalen Abhängigkeit in einem sehr weiten Sinne zu verstehen schien, würde er möglicherweise diesen Klient\_innen eine Abhängigkeit zuschreiben, womit er auf einer rein phänomenologischen Ebene zunächst einmal gar nicht so unrecht hätte. Denn nach Bowlby (1979/1982, S. 157) befasst sich die Bindungstheorie „mit denselben Phänomenen, die bisher unter den Begriffen ‚Abhängigkeitsbedürfnis‘ [...] behandelt wurden“. Diese Äußerung sollte aber nicht in dem Sinne verstanden werden, dass Bindung und Abhängigkeit gleichzusetzen wären. Diese Phänomene haben zwar insofern miteinander zu tun, als ohne ein grundlegendes Bindungsbedürfnis eine personale Abhängigkeit nicht denkbar wäre, aber nicht jede personale Bindung ist schon eine Abhängigkeit im pathologischen Sinne. Der beschriebene Bindungsstil einer unsicher-verstrickten bzw. ambivalenten Gebundenheit sieht allerdings in manchen Merkmalen einer personalen Abhängigkeit ähnlich: „Verstrickte Patienten [...] wirken abhängig und fordernd“, so formulierte der Bindungsforscher Strauß (2002, S. 156).

Man könnte zumindest provisorisch die These vertreten (und könnte die angedeuteten möglichen Bedenken von Rogers verstehen), dass die „klassische“ PZT Klient\_innen voraussetzt, die „sicher-autonom“ gebunden sind, d. h., die über genügend innere Autonomie und Selbstsicherheit verfügen, um von dem für dieses Verfahren typischen Auf-sich-selbst-zurückverwiesen-Werden

(„Sie meinen also, dass ...“) profitieren zu können. Therapeut\_innen als „reale Personen“, also jenseits ihrer Alter-Ego-Funktion (Finke, 2019, S. 49f.), würden von diesen Klient\_innen gar nicht benötigt. Auf dem Hintergrund dieses „klassischen Modells“ der PZT könnte man bei Klient\_innen, die, anstatt sich einer vertieften Selbstexploration zuzuwenden, sich fast ständig mit der Person des\_r Therapeut\_in befassen, eine Indikation für eine PZT als weniger gegeben ansehen. Hier wäre indes einmal zu entgegenen, dass es im Interesse unseres Verfahrens liegt, sich zu öffnen für Klient\_innen, die aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur oder ihres Bindungsmusters kaum in der Lage sind, ausschließlich oder auch nur vorrangig an ihrer Selbstbeziehung zu arbeiten. Außerdem sollte für ein Verfahren wie die PZT, das sich als „Beziehungstherapie“ versteht, die Zuwendung zu Klient\_innen, für die Beziehungen „problematisch“ sind und die deshalb auch schnell die therapeutische Beziehung thematisieren, eher selbstverständlich sein.

Nimmt man bei diesen Klient\_innen die besondere Tendenz an, eine Abhängigkeitsbeziehung zu entwickeln, so wäre von personenzentrierten Therapeut\_innen unter Umständen sogar eine ausdrückliche „Abhängigkeitstoleranz“ zu fordern, um ihr Indikationsspektrum erweitern und mit Klient\_innen arbeiten zu können, die sich nicht ohne Weiteres zu einer vertieften Selbstexploration stimulieren lassen und stattdessen die Therapeut\_innen mit Fragen überschütten oder mit Klagen über deren mangelnde Bereitschaft, ihnen mit Ratschlägen, Orientierung gebenden Hinweisen und überhaupt mit mehr Zeit zur Verfügung zu stehen. Das würde bedeuten, die mehr oder weniger intensiven Beziehungserwartungen dieser Klient\_innen als ein „konzeptkonformes“ Arbeitsfeld der PZT anzuerkennen. Die Herausforderung würde dann natürlich darin bestehen, den Abhängigkeitswünschen dieser Klient\_innen zwar einerseits nur begrenzt entgegenzukommen, um eine Autonomieentwicklung nicht zu gefährden, diese Wünsche andererseits aber auch keinesfalls völlig zu frustrieren, weil man damit die Klient\_innen überfordern würde. Bei schwerer gestörten Klient\_innen mit einem desorganisierten Bindungsstil könnte zudem durch häufigen Wechsel von Bindungssuche und -abweisung die Bereitschaft der Therapeut\_innen zur positiven Beachtung und anerkennenden Zuwendung auf eine harte Probe gestellt werden.

Sofern die PZT sich als eine „Beziehungstherapie“ versteht (Auckenthaler, 2008, S. 1202), in der das Beziehungsangebot der Therapeut\_innen sich an den Beziehungsmöglichkeiten und Beziehungskonzepten (Finke, 2019, bes. S. 29f.) sowie Bindungsmustern der Klient\_innen ausrichtet, werden personenzentrierte Therapeut\_innen jedoch mit den angedeuteten Beziehungsphänomenen ebenso einfühlsam wie angemessen umgehen können und wollen. Wichtige therapiepraktische Mittel sind ihnen dabei u. a. das Beziehungsklären und zum Teil auch das Selbstöffnen (Carkhuff, 1969, S. 64; Finke, 2008). Auch hilft ihnen bei dieser anspruchsvollen Aufgabe ein gewisses Störungswissen. So wissen sie z. B. (und reagieren deshalb nicht irritiert oder gar

zurückweisend), dass ein häufiges Kritisieren der jeweiligen Bezugsperson, etwa auch des\_r Therapeut\_in, einem ambivalenten Nähebedürfnis entsprechen kann und für Personen mit einem unsicher-verstrickten Bindungsstil nicht untypisch ist. Denn eine Person zu kritisieren setzt doch gemeinhin eine gewisse Nähe zu dieser Person voraus, und so kann auch die Vorstellung entstehen, dass Kritisieren auch Nähe schafft und Zeichen einer vertrauensvollen Beziehung ist. Vorwurfsvolles Kritisieren kann so bei diesen Menschen zu einem zentralen Kontaktvehikel werden, was natürlich von dem\_r jeweiligen Kontaktpartner\_in oft völlig missverstanden wird, von Therapeut\_innen aber nicht missverstanden werden sollte.

### 4. Konkretes Vorgehen

Nach Meinung der Bindungstheoretiker\_innen unterscheidet erfahrene von weniger erfahrenen Therapeut\_innen, dass sie sich nicht von negativen Gefühlen und Beziehungsangeboten der Klient\_innen „anstecken“ lassen (Merten & Krause, 2008, S. 351f.; Strauß, 2008, S. 217) und eine um Empathie bemühte Haltung nicht aufgeben. Dabei kann die Beachtung lebensgeschichtlicher Ereignisse, wie sie von der Bindungstheorie nahegelegt wird, also der verstehende Blick auf die „Vergangenheit“ der Klient\_innen, die Fähigkeit und Bereitschaft zur Empathie sehr unterstützen. Um die Zusammenhänge von lebensgeschichtlich negativen Beziehungs- bzw. Bindungserfahrungen und Beziehungsunsicherheit bzw. -abwehr wissend, werden personenzentrierte Therapeut\_innen auch hier gelassen und interessiert zugewandt im Sinne des Beziehungsklärens reagieren, wie die nachfolgende Gesprächssequenz verdeutlicht. Die Klientin (K) macht eine kritische Anspielung auf die „wenig geschmacksichere“ Kleidung der Therapeutin (T):

T: Irgendwie stört Sie meine Art, mich zu kleiden. Es gefiele Ihnen besser, mein „Dress“ wäre etwas modischer und eleganter?

K: Na ja, da passt ja auch von den Farben alles wenig zueinander. Übrigens, ich hatte eigentlich damit gerechnet, dass Sie mir für den ausgefallenen Termin schon früher einen Ersatztermin geben würden.

T: Das klingt so, als würden Sie sich von mir etwas vernachlässigt fühlen.

K: „Vernachlässigt“ ist nicht das richtige Wort. Aber es besteht ja auch das Problem, dass Sie so schlecht erreichbar sind, wenn mal etwas Dringendes zu besprechen wäre.

T: Nur wenn ich für Sie auch telefonisch immer erreichbar wäre, hätten Sie das Gefühl, dass ich mich wirklich um Sie Sorge?

K: Öfter erreichbar sollten Sie schon sein. Es wäre auch schön gewesen, wenn Sie mich gerade nach dem letzten Gespräch auch von sich aus angerufen hätten.

T: Es fehlt Ihnen bei mir das Gefühl, dass da einer ist, der sich wirklich um Sie kümmert, der zuverlässig für Sie da ist, mit dem Sie ganz fest rechnen können?

K: Allerdings. Also einen Therapeuten mit etwas mehr Engagement würde ich mir schon wünschen.

T: Ich erlebe mich nicht als so desengagiert oder gar gleichgültig gegenüber Ihrem Schicksal. Aber es kommt ja zunächst darauf an, wie Sie selbst das erleben. Was würden Sie sich, abgesehen von einer besseren Erreichbarkeit, noch als Zeichen meines Engagements wünschen?

Therapeut\_innen werden also den Klient\_innen gelegentlich ruhig und ohne gereizten Unterton sowie ohne Selbstrechtfertigung das eigene Selbstbild den projektionsbedingten Verzerrungen des Bildes der Klient\_innen entgegenhalten. Insgesamt werden sie aber fortfahren, einfühlsam und unbeirrbar die auf sie gerichteten Erwartungen, Forderungen und Bewertungen der Klient\_innen zu „spiegeln“, also sich selbst „mit den Augen der Klient\_innen zu sehen“ und das Gesehene in seinem Zusammenhang mit früheren Enttäuschungen und Verletzungen zu verstehen.

Das chronisch vorwurfsvolle Kritisieren ist ein dysfunktionales Interaktionsmuster, das für Betroffene auch viele Enttäuschungen ihrer allerdings auch ambivalenten Wünsche zur Folge haben kann. Bindungstheoretisch würde man, wie ausgeführt, in einem solchen Fall vor allem ein unsicher-verstricktes bzw. ambivalentes Bindungsmuster annehmen. Die hier typische Bindung-Nähe-Ambivalenz zeigt sich auch im genannten Kritisieren, das einerseits Nähe schaffen soll, andererseits eine gewisse Distanz sicherstellt, die diese Klient\_innen zur Bewältigung ihrer Nähe- und Enttäuschungsängste brauchen (Ainsworth et al., 2015, bes. S. 85-88; Gahleitner, 2005, bes. S. 115-117). Bei Klient\_innen wie der im Gesprächsausschnitt dargestellten kann es seitens der Therapeut\_innen für die Justierung der eigenen Einstellung angezeigt sein, das kritisierende und vorwurfsvolle Verhalten als einen (nicht-bewussten) Beziehungstest zu verstehen. Die Klientin hat vielleicht schon viele schmerzvolle Erfahrungen von Abweisung und Nichtbeachtung gemacht, und so will sie, bevor sie sich auf die Therapeutin tiefer einlässt, prüfen, ob diese bereit und fähig ist, sie auch mit ihren schwierigen Seiten zu ertragen. Ein solches Verstehen eines „dysfunktionalen“ Interaktionsverhaltens kann Therapeut\_innen eine Hilfe sein, trotz aller Abwertung der eigenen Person eine Haltung von Wertschätzung und positiver Beachtung der Klient\_innen aufrechtzuerhalten. Um dies auch angesichts des etwas abschätzig vorgebrachten Forderungsverhaltens der Klientin zu erreichen, könnte es für diese Therapeutin hilfreich sein, dieses Verhalten auch als einen Bewältigungsversuch von untergründiger Selbstunsicherheit und Ängsten vor Zurückweisung zu verstehen.

Da wir bei dieser Thematik von dem Problem personaler Abhängigkeit ausgegangen waren, soll noch der Vergleich von Bindung und Abhängigkeit erörtert werden. Hierfür soll einerseits Bezug genommen werden auf die „abhängige Persönlichkeitsstörung“ (F60.7 der ICD-10) (als ein etabliertes Beschreibungsmuster von „Abhängigkeit“) und andererseits auf die Bindungstheorie mit ihren o. g. Bindungsmustern. Das Gemeinsame von

Abhängigkeit und Bindung besteht zunächst in dem grundsätzlichen Bedürfnis nach personaler Nähe und der Aktivierung von Trennungsangst, wenn der Verlust dieser Nähe droht. Der Unterschied aber liegt darin, dass eine „sicher-autonom“ gebundene Person ein „Urvertrauen“ (Erikson, 1959/1973) in die Bindung und in die Verlässlichkeit ihres jeweils zentralen Bindungspartner\_in hat, das ihr ermöglicht, selbst ein konstantes, verlässliches Bindungsverhalten zu realisieren und sich gerade deshalb der Außenwelt explorativ und engagiert zuzuwenden und auch dies zu wollen. Demgegenüber ist eine abhängige Person (im Sinne der genannten Persönlichkeitsstörung) von einem „Urmisstrauen“ (Biermann-Ratjen, 2012, S. 77) gegenüber dem\_r Bindungspartner\_in und seiner\_ihrer Bindungswilligkeit erfüllt, was bei ihr zu ständigen, zumindest unterschwelligem Trennungsängsten, zu einem reaktiven „Klammerverhalten“ und zu einer Unterwerfungsbereitschaft gegenüber dem\_r Bindungspartner\_in führt, dem\_r alle Verantwortlichkeit zugeschoben wird.

Die Bindungstheorie hat mit dem „unsicher-verstrickten“ Gebundensein ein Bindungsmuster beschrieben, das in einigen Merkmalen der abhängigen Persönlichkeitsstörung ähnelt, jedoch wird bei Ersterem stärker die explizite Ambivalenz und damit auch das Ärger-Erleben und der ausdrückliche Widerspruch gegenüber der Bindungsperson betont. Klient\_innen mit einer abhängigen Persönlichkeitsstörung dagegen dürften zwar häufig auch ein unsicher-verstricktes Bindungsmuster aufweisen, aber bei ihnen ist zudem das Autonomieerleben, das Erleben von Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit besonders defizitär und damit auch die negative Überzeugung besonders groß, selbst zur Bewältigung von Alltagsaufgaben weitgehend unfähig und so fast völlig auf die Hilfestellung durch den\_die jeweilige\_n Partner\_in angewiesen zu sein. Das hat die Einstellung zur Folge, dass Bindungsambivalenz, Ärger und Widerspruch nie explizit werden dürfen, um die Beziehung zum\_r Partner\_in nicht zu gefährden. Diese „widerständigen“ Merkmale als kaum bewusstes Aufbegehren gegen das eigene Abhängigsein und so auch gegen die Person, von der man sich abhängig fühlt, können sich auch in der Therapie nur indirekt zeigen, z. B. als geringe Bereitschaft zur Selbstexploration, häufiges Klagen über Schwäche und Initiativlosigkeit, Verweigerung von Selbstwirksamkeitserleben ermöglichenden Aktivitäten.

Solche Klient\_innen würde auch ihren Therapeut\_innen gegenüber (im Unterschied zu unsicher-verstrickten Klient\_innen) ein sehr angepasstes, unterwürfiges, scheinbar sehr kooperationsbereites Verhalten zeigen. Deshalb käme es darauf an, diesen Klient\_innen zum expliziten Widerspruch, zum Äußern von Nicht-Übereinstimmung oder gar Ärger auch gegenüber dem\_r Therapeut\_in anzuregen, um sie erleben zu lassen, dass solche Äußerungen von Selbstbehauptung nicht beziehungszerstörend sind. Denn da personenzentrierte Therapeut\_innen respektvoll, anerkennend und weiterhin zugewandt mit solchen Äußerungen umgehen würden, könnten die Klient\_innen

so Erfahrungen von kommunikativer Selbstwirksamkeit machen, ohne dass dadurch ihre ständigen Befürchtungen vor Beziehungsverlust bestätigt würden (Finke, 2019, S. 232). Durch anerkennende und sich solidarische Hinweise müssten Therapeut\_innen zudem versuchen, das Selbstwerterleben dieser Klient\_innen zu stärken und ihre Explorations- und Aktivitätslust anzuregen.

Das dritte Bindungsmuster neben der sicher-autonomen und der unsicher-verstrickten bzw. ambivalenten Bindung ist, wie bereits ausgeführt, das unsicher (Bindung) vermeidende. Personen, denen dieses Muster zugeschrieben wird, sind im Kontakt distanziert, wirken auf andere häufig kühl und zurückweisend, suchen selten Hilfe und zeigen ein forciertes, aber auch zwiespältiges Autonomiebedürfnis (Strauß & Schwark, 2008, S. 419). Als Psychotherapie-Klient\_innen werden diese Personen häufig als schwierig und frustrierend erlebt (Schauenburg & Strauß, 2002, S. 285f.). Auch das Bindungsmuster von Psychotherapeut\_innen wurde untersucht, z. B. mit den Bielefelder Fragebögen, dem BIKEB (Höger & Eckert, 1997) und dem BFPE (Höger, 2002). Hier zeigte sich nur eine Minderheit von etwa 20 % als sicher-autonom gebunden, die Mehrzahl der Therapeut\_innen wurde als tendenziell unsicher-vermeidend bzw. nur „bedingt sicher“ (Nord, Höger & Eckert, 2000, S. 81; Eckert, 2008, S. 338f.) eingestuft. Da die soziale Vermeidung in der Bindungsgeschichte unter Umständen als Versuch einer Kränkungs- und Enttäuschungsprophylaxe in Reaktion auf den Mangel an ebenso verlässlicher wie feinfühleriger Zuwendung und Beachtung durch frühe Bindungsperson entstand, ist sie nicht frei von widersprüchlichen Gegentendenzen, also Bindungswünschen, die aber konsequent abgewehrt werden und so vom Gewahrsein weitgehend ausgeschlossen sind. Angesichts dieses Umstands könnte man fragen, ob Psychotherapeut\_innen dazu neigen, sich ihre abgewehrten Kontaktwünsche in der institutionell abgesicherten und professionellen Distanz ermöglichenden therapeutischen Beziehung erfüllen zu suchen. Ist anzunehmen, dass es ihnen deshalb auch schwerfällt, mit unerwarteter Nähesuche und Zuwendungsforderungen (eventuell auch Abweisungsbedürfnissen) ihrer Klient\_innen angemessen, d. h. einfühlsam und verstehend, achtsam die Beziehung klärend, umzugehen? Jedenfalls ist das keineswegs eine notwendige Konsequenz. Denn „bedingt sicher gebundene“ Klient\_innen scheinen sich von sicher gebundenen im Wesentlichen nur durch das geringere Zuwendungsbedürfnis zu unterscheiden, sodass sie von einer PZT weitgehend im gleichen Ausmaß profitieren (Seidler & Höger, 2020, S. 121f.). So darf man wohl zunächst davon ausgehen, dass es nur bedingt sicher gebundenen Therapeut\_innen vergleichsweise ähnlich gut wie sicher-autonom gebundenen gelingt, mit schwierigen Beziehungssituationen therapiegerecht umzugehen, vor allem unter der Voraussetzung, dass sie, ihr eigenes Bindungsmuster reflektierend, das personenzentrierte Beziehungsangebot unbeirrt zu realisieren versuchen (Eckert, 2008, S. 347).



Foto: Finke

Jobst Finke, Dr. med., Facharzt für Neurologie-Psychiatrie und für Psychotherapeutische Medizin; Ausbilder in GwG und ÄGG; freie Praxis, Supervision und Selbsterfahrung

Kontakt: [jobst.finke@uni-due.de](mailto:jobst.finke@uni-due.de)

Ein ausführliches Verzeichnis der für diesen Artikel verwendeten Literatur kann über den Autor bezogen werden.

Anzeige

### Focusingorientierte Prozessbegleitung GwG

#### Focusing und Focusing mit dem ganzen Körper (FGK) Ausbildungswerkstatt – Relational Embodiment

18-monatige Weiterbildung am Focusing Institut Köln

Das klassische Focusing und das "Focusing-mit-dem-ganzen-Körper" werden in dieser Ausbildungswerkstatt als Ganzes zusammen vermittelt. Diese Verbindung hat sich als besonders kraftvoll in Selbsthilfe, Beratung und Therapie gezeigt. FGK bewegt festgefahrene Muster und Blockaden, bietet eine Burnout- und Trauma-Prophylaxe, stärkt Resilienz, lädt zu einer frischen Lebensbewegung ein und wurde in Kreativität, Entscheidungs- und Sinnfindung als hoch wirksam bewertet.

Schnupperwochenende: 22. – 24. April und 9. – 11. September 2022  
Die weiteren Module 2 bis 10 bauen aufeinander auf und finden alle zwei Monate statt von November 2022 bis März 2024.

Schnupperwoche: 350 € - Gesamtkosten der Weiterbildung: 3.725 €, inklusive Gruppensupervision.

Leitung: Astrid Schillings, Dipl. Psych. / Dipl. Soz. Päd., Psycholog. Psychotherapeutin, Leib- u. Bewegungstherapeutin / Pädagogin, Personenzentrierte Psychotherapie, Focusing-Ausbilderin und zertifizierungsberechtigte Koordinatorin des Internationalen Focusing Instituts New York.

#### Focusing mit dem Ganzen Körper / Relational Embodiment – Ausbildungswerkstatt für Fortgeschrittene

9./10. April, 7./8. Mai, 11./12. Juni, 3./4. September, 29./30. Oktober 2022

[astrid.schillings@focusing-institut.eu](mailto:astrid.schillings@focusing-institut.eu)  
[www.focusing-institut.eu](http://www.focusing-institut.eu)

