

Diagnosen stellen und dabei personzentriert sein

Hans-Jürgen Luderer
Stuttgart

Carl Rogers stand Fragen der Diagnostik in Beratung und Psychotherapie äußerst skeptisch gegenüber. Seine Argumente, die er 1951 ausführlich darlegte, bezogen sich dabei auf die Irrelevanz der Diagnostik für Beratung und Psychotherapie, auf die Intransparenz des diagnostischen Prozesses, auf die Gefahr der Manipulation Betroffener und auf die mit diagnostischen Feststellungen verbundene negative Bewertung der Betroffenen. Fragen der Klassifikation psychischer Störungen sprach er dabei nur in einer Fußnote an. In dieser schloss er die Anwendung psychiatrischer Diagnosen für die Zukunft nicht aus, wenn das Problem der niedrigen Reliabilität psychiatrischer Diagnosen gelöst sein sollte.

Die Kritik an jeglicher Form der Klassifikation psychischer Störungen begann später, hält aber bis heute an. Das zentrale Argument lautet: die wichtigen psychologischen Charakteristika einer Person sind individuell und können nicht angemessen durch diagnostische Kategorien erfasst werden.

In diesem Beitrag werden wir zeigen, wie es möglich ist, Diagnosen zu stellen bzw. nachzuvollziehen und dabei die gesamte Person im Blick zu behalten. Wir werden ein erweitertes Modell der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung sowie ein personzentriertes Modell der situations- und störungsspezifischen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz darstellen. Dabei werden wir aufzeigen, dass es hilfreich ist, nicht nur die betroffene Person, sondern auch ihre psychosoziale Situation und ihre psychischen Störungen zu verstehen. Dieses Verständnis erweitert unsere Möglichkeiten, empathisch, akzeptierend und kongruent zu sein.

Schlüsselwörter: Klassifikation psychischer Störungen, Inkongruenz, störungsspezifische Empathie

Psychiatric diagnoses in the person-centered framework. Carl Rogers was very skeptical about diagnoses in counseling and psychotherapy. The reasons for his skepticism published in 1951 refer to irrelevance of diagnostics for the therapeutic process, to a considerable lack of transparency of the diagnostic process, and to social devaluation. He mentioned problems of disorder classification in a footnote conceding the use of psychiatric diagnoses in the future, provided that the problem of low reliability will be solved.

Criticism of any kind of classification of mental disorders began later, and it continues to exist. The main argument against it is the complexity and individuality of human psyche that cannot be covered by a diagnostic label.

In this paper, we will show how to make or comprehend diagnoses of mental disorder without losing sight of the individual person. We will describe an extended model of incongruence between self and experience, and a person-centered model of empathy, acceptance and congruence with respect to psychosocial situations and mental disorders. From our point of view, it is important to understand not only the person, but also his or her social situation and mental disorder. This approach broadens our spectrum of being empathic, accepting, and congruent.

Keywords: Classification of mental disorders, incongruence, disorder-specific empathy

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer war von 1996 bis 2014 Chefarzt im Klinikum am Weissenhof, Weinsberg. Er arbeitet weiterhin in der Institutsambulanz des Klinikums am Weissenhof sowie als Ausbilder und Mitglied der Leitung des Instituts für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart (igb-stuttgart.de). Kontakt: hj.luderer@gmx.de

Anmerkung: Dieser Beitrag ist eine überarbeitete Version des gleichnamigen Kapitels B.1 aus dem 2. Band des von unserer Arbeitsgruppe verfassten Lehrbuchs der personzentrierten Psychotherapie und Beratung (Behr, M; Hüsson, D; Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S (2020): Gespräche

hilfreich führen – Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie. S. 146–172. Weinheim: Beltz-Juventa). Beitrag und Buch richten sich an alle psychosozialen Fachkräfte, die in der Versorgung psychisch kranker Menschen tätig sind, unabhängig von der Frage, ob sie nach den Vorgaben der einzelnen Staaten berechtigt sind, selbst Diagnosen zu stellen.

Dieses Lehrbuch entstand durch intensiven fachlichen Austausch zwischen allen an seiner Idee und Formulierung beteiligten Personen. Die fruchtbare Diskussion bei der Entstehung des Buchs hat auch diesen Beitrag entscheidend mitgeprägt.

1. Diagnosen im personzentrierten Ansatz

In der personzentrierten Arbeit verstehen wir Menschen aus ihrem Erleben und ihrer subjektiven Wirklichkeit, d. h. aus ihrem inneren Bezugsrahmen heraus („internal frame of reference“, Rogers, 1957, 1959). Wenn wir Symptome feststellen, Befunde erheben und Diagnosen stellen, betrachten wir Menschen jedoch auch von außen, d. h. aus einem externen Bezugsrahmen heraus (Behr et al. 2017, S. 101 ff.). Boy (1989), Mearns (1997), Brodley & Brody (1996) und andere vertreten die Auffassung, dass dies dem personzentrierten Verständnis des Menschen widerspricht. Andere Vertreter des personzentrierten Ansatzes (z. B. Swildens, 1991, Binder, 2011, Keil & Stumm, 2018 oder Finke, 2019) betrachten dagegen Diagnosen und Wissen über psychische Störungen als nützlich und durchaus vereinbar mit personzentriertem Denken.

Ziel dieses Beitrags ist es, eine personzentrierte Herangehensweise an Anamneseerhebung, Beziehungsaufbau und Umgang mit schweren psychischen Störungen vorzustellen. Nach einem Überblick über die Diagnosenkritik im personzentrierten Ansatz und die historische Entwicklung der Klassifikation psychischer Störungen werden wir auf personzentrierte Störungskonzepte, v. a. das Inkongruenzmodell nach Rogers (1959) und seine Erweiterung durch Speierer (1994) und Bensel (2003) eingehen. Im Praxisteil werden wir dann ein Modell der personzentrierten Kontaktaufnahme, der Anamneseerhebung und des Umgangs mit schweren psychischen Symptomen vorstellen.

Diagnosenkritik bei Rogers (1951): Rogers äußerte sich in seinem Buch „Client-Centered Therapy“ (1951, p. 219–231, deutsch 1972, S. 205–215) ausführlich zu diagnostischen Fragen.

Dabei ging er zunächst auf die Grundprinzipien des Diagnostizierens in der somatischen Medizin ein, die auf dem medizinischen Krankheitsmodell beruhe (Rogers, 1951, S. 220). Nach diesem Modell habe jeder körperliche Zustand („condition“) Ursachen. Wenn diese bekannt seien, gelinge die Kontrolle des Zustands besser. Die Suche nach den Ursachen sei ein naturwissenschaftliches Problem und solle von Personen vorgenommen werden, die mit diesen Problemen vertraut seien.

Das medizinische Modell in dieser Form sei auf psychologische Phänomene nicht anwendbar. Zwar sei auch die Art, wie Personen sich selbst sehen und wie sie sich verhalten, auf bestimmte Ursachen zurückzuführen. Diese lägen jedoch in der Art, wie sich die Betroffenen selbst wahrnehmen. Nur sie hätten die Möglichkeit, das, was sie denken und empfinden, vollständig zu erfassen.

In der personzentrierten Psychotherapie erlebten die Betroffenen, wie sich ihre Wahrnehmung der eigenen Person und der Umwelt verändere. Sie werde umfassender und genauer.

Psychotherapie sei in diesem Sinn auch ein diagnostischer Prozess. Dieser solle aber im Erleben des Klienten und nicht im Kopf des Therapeuten ablaufen.

Die Möglichkeiten der Medizin, körperliche Krankheiten durch Medikamente oder andere Mittel zu beeinflussen, hätten keine Entsprechung in der Psychotherapie. Diese Überlegungen führten zur Schlussfolgerung, dass eine „Diagnose der psychologischen Dynamik“ (Rogers, 1951, S. 223. Deutsch: 1972, S. 209) für den therapeutischen Prozess nicht erforderlich sei (Irrelevanz der durch psychologische Diagnostik gewonnenen Informationen).

Einen weiteren Kritikpunkt formuliert Rogers nur indirekt. In einer Fußnote (Rogers 1951, S. 225–226) erwähnt er ein Forschungsprojekt zur Psychotherapie, bei dem psychometrische Testverfahren eingesetzt werden. Die Betroffenen seien darauf hingewiesen worden, dass die Tests aus wissenschaftlichen und nicht aus therapeutischen Gründen eingesetzt werden, und dass die Therapeuten die Ergebnisse der Tests nicht erfahren werden. Wahrscheinlich wollte Rogers mit diesem Hinweis auf das Problem der Intransparenz psychologischer Testverfahren hinweisen: die Betroffenen wissen oft nicht, warum bestimmte Fragen in psychologischen Tests gestellt und welche Rückschlüsse aus ihren Antworten gezogen werden. Hier trat er die Auffassung, dass auf diese Art gewonnene Informationen in der Psychotherapie nicht genutzt werden sollten.

Ein dem medizinischen Modell entlehntes Denken und Handeln könne aus einem anderen Grund problematisch sein. Die Diagnose einer körperlichen Krankheit, wie z. B. einer Nierenentzündung, beinhalte kein soziales Urteil, und auch eine medikamentöse Behandlung sei eine sachlich-neutrale Handlung. Wenn psychosoziale Fachkräfte, vor allem solche mit hohem Sozialstatus, die beruflichen Ziele Betroffener, die Gestaltung ihrer Ehe oder deren religiöser Haltung als „unreif“ bezeichnen, sei diese Aussage eine soziale Abwertung. Wenn sich die betroffene, auf diese Weise negativ beurteilte Person in die erwünschte Richtung verändern solle, sei dies eine Manipulation. Ein solcher Umgang könne dazu führen, dass die Betroffenen nicht sich, sondern die Experten in der Verantwortung sehen, ihre Situation zu verstehen und zu verbessern, und dass die Experten eine Form sozialer Kontrolle ausüben.

Zusammenfassend ging es Rogers (1951) bei seiner Kritik der psychologischen Diagnostik um die Irrelevanz diagnostischer Einschätzungen, die Intransparenz der Informationsgewinnung, um (negativ) wertende Urteile über Lebenseinstellungen und Entscheidungen und um manipulative Beeinflussung bei Personen mit psychosozialen Problemen und Störungen.

Kritik an der sozialen Bewertung psychisch kranker Personen in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts: Das Problem der sozialen Bewertung psychisch Kranker wurde nicht nur

von Rogers, sondern auch von prominenten Psychiatern seiner Zeit gesehen.

Karl Jaspers schrieb hierzu in seinem Standardwerk „Allgemeine Psychopathologie“ (1946): „Die erste und für immer wichtigste Untersuchungsmethode ist die Unterhaltung mit dem Kranken ... Ein guter Frager ist nur, wer seine eigene Stellungnahme ... ausschaltet. Wer seine ‚Stellung‘, seine ‚ärztliche Autorität‘ wahren muss, gewinnt in vielen Fällen nicht die notwendige Sympathie ... Man wird die Gedankengänge und Urteile der Kranken einige Schritte mittun, unabhängig von eigenen Ansichten. Was die Kranken für wichtig halten, wird man nicht als bedeutungslos abweisen. Man wird eigene Wertung völlig zurückstellen.“ (S. 688). Damit betont Jaspers die negativen Auswirkungen von Bewertungen auf die Arzt-Patient-Beziehung. Eugen Bleuler (1969, S. 1) schließt sich dieser Argumentation an. Scharfetter formulierte seine Kritik am wertenden Aspekt von Diagnosen noch schärfer. Er schreibt: „Der wertende (sozial diskriminierende) Gebrauch dieser Begriffe ist dabei das Hauptunglück.“ (Scharfetter 1976, S. 5).

Rogers und die Klassifikation psychischer Störungen: In seiner Diagnosenkritik sprach Carl Rogers Fragen der Klassifikation psychischer Störungen nur in einer Fußnote an (Rogers 1951, S. 225 f.). In dieser referierte er eine Untersuchung zur Reliabilität psychiatrischer Diagnosen, bei der drei Psychiater eine Diagnose stellen sollten. Sie sollten dabei eine psychisch kranke Person untersuchen und sie dann einer von fünf großen Gruppen von Störungen zuordnen. Eine übereinstimmende Diagnose wurde nur bei 46 % der Betroffenen gestellt (Ash, 1949). Rogers erklärte hierzu, es sei nicht akzeptabel, dass sich eine Behandlung auf eine derart unsichere Grundlage stütze. Wenn es in der Zukunft gelänge, dieses Problem zu lösen, müsse die Situation neu bewertet werden. Insofern scheint Rogers die Arbeit mit psychiatrischen Diagnosen für die Zukunft nicht ausgeschlossen zu haben.

Andere personenzentrierte Autoren lehnten dagegen jegliche Form der Klassifikation psychischer Störungen ab. Die von ihnen vorgebrachten Argumente und die entsprechenden Gegenargumente sind nur verständlich, wenn man die historische Entwicklung der Klassifikation psychischer Störungen betrachtet.

Die historische Entwicklung der Klassifikation psychischer Störungen: Von den ersten Klassifikationsversuchen in der Antike bis zu den neuesten Versionen der beiden aktuellen Systeme musste ein langer, mühevoller Weg zurückgelegt werden.

Die krankhafte Schwermut wurde erstmals um 1600 v. Chr. im ägyptischen Papyrus Ebers erwähnt. Im Corpus hippocraticum (6. Jh. v. Chr. – 2. Jh. n. Chr.) wurde dieses Krankheitsbild „Melancholie“ genannt (Vié & Baruk, 2000). Dokumente aus

dem 1. und 2. Jahrhundert n. Chr. (Ackerknecht, 1985, S. 11 ff.), belegen, dass in der Antike bei den psychischen Krankheiten zwischen Melancholie, Manie und Phrenitis unterschieden wurde. Unter dem Begriff der Manie fasste man unruhige Formen der Geisteskrankheit ohne Fieber, unter dem der Melancholie ruhige Formen mit Niedergeschlagenheit und Todessehnsucht zusammen. Als Phrenitis wurden psychische Krankheiten bezeichnet, die mit Fieber einhergehen.

Konzepte psychischer Krankheiten, die von der Grundidee her heutigen Vorstellungen entsprechen, wurden erst in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelt. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstanden diagnostische Systeme einzelner Autoren oder nationaler Arbeitsgruppen. Diese Systeme wurden in Lehrbüchern und Fachzeitschriften publiziert, bestanden jedoch häufig nebeneinander her. Nach dem 2. Weltkrieg begann die WHO mit der ICD (International Classification of Diseases) diagnostische Systeme zu entwickeln, die zunächst nur zur Erfassung von Todesursachen dienten. Die ersten Klassifikationen zur Erfassung von Krankheiten in der medizinischen Versorgung waren die ICD-6 (WHO, 1948) und die ICD-7 (WHO, 1955). Sie bestanden zunächst nur aus Diagnosenlisten ohne weitere Erläuterung. Die ersten Diagnostischen und Statistischen Manuale der American Psychiatric Association, DSM-I (APA, 1952) und DSM-II (APA, 1968) enthielten zwar Krankheitsdefinitionen, diese waren jedoch sehr kurz. Für das psychiatrische Kapitel V der ICD-8 (WHO, 1965) und der ICD-9 (WHO, 1978, dt. 1980) wurden Glossare mit ausführlicheren Beschreibungen der einzelnen Krankheitsbilder erstellt.

In den 1970-er Jahren entwickelten britische und US-amerikanische Arbeitsgruppen strukturierte Interviews für die Erfassung psychischer Symptome (Wing et al., 1974) und diagnostische Forschungskriterien (Spitzer et al., 1978). Zusätzlich zu den bisher üblichen Krankheitsbeschreibungen enthielten diese Systeme genaue Kriterien, anhand derer eine diagnostische Zuordnung getroffen wurde. Die Übereinstimmung zwischen den Diagnosen unterschiedlicher Untersucher war bei Nutzung dieser Systeme erheblich höher als bei der Verwendung einfacher Beschreibungen.

Diese Erkenntnisse führten zur Veröffentlichung von DSM-III (APA 1980) und zu einem einschneidenden Systemwechsel in der psychiatrischen Diagnostik. Die WHO folgte der durch DSM-III angestoßenen Entwicklung 1992 mit dem Kapitel F der ICD-10 (Dilling et al., 1991, 2015; Dilling & Freyberger, 2015). DSM-III-R wurde 1987, DSM-IV 1994 und DSM-IV-TR 2000 publiziert. Das DSM-5 erschien 2013, die ICD-11 wurde 2018 erstmals in elektronischer Form vorgestellt (WHO, 2018) und 2019 von der WHO verabschiedet. Voraussichtlich wird sie ab Januar 2022 offiziell gelten. Das ICD-System der WHO umfasst alle derzeit klassifizierten körperlichen und psychischen Krankheiten. Die psychischen Störungen sind im Kapitel F der ICD-10

bzw. im Kapitel 06 der ICD-11 (WHO 2018) zusammengefasst.

Die Basis der Diagnosestellung sind in allen Systemen Angaben der Betroffenen und Beobachtungen von Untersuchern zur psychosozialen Situation, zur medizinischen Vorgeschichte, zur zeitlichen Entwicklung von Problemen und Beschwerden, zur familiären Vorgeschichte, zur Biographie sowie zu psychischen und körperlichen Symptomen. Die Diagnosestellung selbst erfolgt durch Überprüfung von Kriterien, die zentraler Bestandteil der Diagnosesysteme sind.

Die in verschiedenen Ländern und Kontinenten gestellten Diagnosen sind seit 1980 vergleichbarer geworden. In Studien wurden für wichtige Diagnosen (Schizophrenie, schwere unipolare Depression, bipolare Störung, Alkoholabhängigkeit, Panikstörung) Übereinstimmungswerte gefunden, die mit denen wichtiger körperlicher Erkrankungen vergleichbar waren (Pies, 2007; Hervey et al., 2012, Aboraya et al., 2006). Problematisch bleibt die Verlässlichkeit der Diagnosen im Bereich der Routineversorgung, vor allem, wenn die Untersuchung der Betroffenen unter Zeitdruck erfolgt (Aboraya et al., 2006).

Kritik an der Klassifikation psychischer Störungen im personenzentrierten Ansatz: Als Rogers (1951) seine oben skizzierte Kritik am diagnostischen Vorgehen in der Psychotherapie veröffentlichte, gab es in den USA drei unterschiedliche und sich teilweise widersprechende Systeme zur Erfassung psychischer Krankheiten (Horwitz, 2014; Shorter, 2015; Cooper & Blashfield, 2016). DSM-I (APA 1952) wurde in der amerikanischen Psychiatrie akzeptiert, von Psychotherapeuten aber kaum zur Kenntnis genommen. Rogers hat DSM-I und die anderen Klassifikationssysteme seiner Zeit nie in seinen Publikationen erwähnt. Wahrscheinlich hat er sie gar nicht gekannt.

Die grundsätzliche Kritik personenzentrierter Autoren an der Klassifikation psychischer Störungen setzte später ein und bezog sich auf die Reliabilität psychiatrischer Diagnosen, auf die Verwendung von Krankheitsbezeichnungen als solche und auf den Umgang mit Diagnosen. Boy (1989) wies, wie viele andere, darauf hin, dass die psychologischen Charakteristika einer Person einzigartig und komplex seien, und dass sie nicht objektiv identifiziert, verstanden, beschrieben und mit einem diagnostischen Etikett versehen werden könnten.

Die Reduktion von Personen auf ihre Diagnosen wurde auch von Psychiatern früherer Generationen abgelehnt. Jaspers (1946, S. 1), Bleuler (1969, S. 1) und Scharfetter (1976, S. 2) meinten, es sei notwendig, sich den Betroffenen auf zwei Wegen zu nähern. Zum einen gehe es darum, Menschen in ihrer Einmaligkeit zu verstehen, zum anderen, Symptome zu erfassen und sie dann gegebenenfalls bestimmten Krankheitsbildern zuzuordnen.

Heute besteht ein breiter Konsens in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, dass Befunderhebung, Diagnose-

stellung, Beratung und Behandlung in größtmöglicher Transparenz und in Kooperation zwischen allen Beteiligten erfolgen sollte (Freyberger et al., 2012; Fährdrich & Stieglitz, 2018, S. 12, 49; AMDP, 2018, Finke 2019). Eine distanzierende oder gar wertende Haltung gegenüber den Betroffenen wird von allen in der Versorgung psychisch Kranker tätigen Fachkräften abgelehnt, ebenso eine Reduktion psychisch Kranker auf ihre Störung.

2. Das Inkongruenzkonzept nach Rogers (1959) und seine Erweiterungen durch spätere Autoren

Das Ziel aller Bemühungen zur Klassifikation psychischer Störungen ist es, die Vielfalt psychischer Störungen auf nachvollziehbare Weise zu ordnen. Die wichtigsten Ordnungsprinzipien der aktuellen diagnostischen Systeme sind dabei die Symptome und der Verlauf. Ursachen oder möglicher Ursachen haben sich als durchgehendes Ordnungsprinzip nicht bewährt. Die Frage nach den Ursachen psychischer Probleme und Störungen stellt sich trotzdem.

Rogers hat sich vor allem in einer Arbeit (Rogers, 1959) mit der Frage auseinandergesetzt, welchen Grundprinzipien die Entwicklung einer Person folgt und wie im Verlauf der Entwicklung psychische Probleme entstehen können.

Aktualisierende Tendenz, Bedürfnis nach bedingungsfreier Wertschätzung, organismische Erfahrungen und Inkongruenz: Rogers (1959) geht bekanntlich von einem Grundmotiv menschlichen Handelns aus, der Tendenz, den eigenen Organismus zu erhalten und weiterzuentwickeln. Dieses Grundmotiv nannte er „aktualisierende Tendenz“. Die motivationale Kraft, die das Selbstbild erhalten möchte, bezeichnete Rogers als Selbstaktualisierungstendenz. Hier können Konflikte mit der Aktualisierungstendenz entstehen, wenn organismische Erfahrung und Selbstbild im Widerspruch stehen (Rogers, 1959; Behr et al., 2017, S. 28 ff.).

Neben diesem Grundmotiv besteht nach Rogers (1959) ein Grundbedürfnis, das Bedürfnis nach bedingungsfreier Wertschätzung („need of positive regard“). Wird dieses Grundbedürfnis erfüllt, bewertet eine Person ihr eigenes Erleben und Verhalten auf der Basis ihrer aktualisierenden Tendenz. Rogers spricht dann von einem organismischen Bewertungsprozess („organismic valuing process“, s. hierzu auch Behr et al., 2017, S. 50 ff.).

Organismische Erfahrungen sind körperliche Empfindungen, die uns sagen, ob etwas gut oder schlecht für uns ist. Das Selbstbild ist die Summe der Gedanken und Bewertungen, die wir von uns haben.“ (Behr et al., 2017, S. 12). Wenn eine Person in ihrem Leben, v. a. in Kindheit und Jugend, so akzeptiert wird, wie sie ist, sind organismische Erfahrungen und Selbstbild im Einklang.

Inkongruenzen entstehen, wenn eine Person nur akzeptiert wird, wenn sie so ist, wie es sich wichtige Bezugspersonen vorstellen. Diese geben der betroffenen Person zu verstehen: wir akzeptieren Dich nur unter bestimmten Bedingungen. Rogers (1959) nennt diese „conditions of worth“ (Wertbedingungen). Betroffene empfinden Eigenschaften, die von Bezugspersonen wenig wertgeschätzt wurden, selbst als weniger schätzenswert. Sie übernehmen Werturteile anderer Personen, obwohl diese nicht ihren organismischen Erfahrungen entsprechen. Dadurch entstehen Widersprüche zwischen organismischer Erfahrung und Selbstbild.

Diese Widersprüche werden oft nicht bewusst wahrgenommen, und dadurch gelingt die Auseinandersetzung mit ihnen nicht oder nur teilweise. Durch die bedingungsfreie Wertschätzung einer anderen Person, z. B. einer psychosozialen Fachkraft, kann die betroffene Person wieder Zugang zu ihrem organismischen Erleben gewinnen, Wertbedingungen wahrnehmen und Inkongruenzen auflösen (Behr et al. 2017, S. 11 ff.).

Finke (2019, S. 19 ff.) betont in diesem Zusammenhang den Unterschied zwischen Inkongruenz und Ambivalenz. Ambivalenz bedeutet das bewusste Erleben widersprüchlicher Gedanken, Impulse oder Gefühle. Inkongruenz wird von der betroffenen Person nur indirekt in Form von Symptomen wie Angst, körperlichem Unwohlsein oder innerer Spannung oder überhaupt nicht wahrgenommen. Speierer (1994) fasst dagegen auch bewusst erlebte innere Widersprüche unter dem Begriff der Inkongruenz zusammen. Finke sieht in dieser Definition eine Abkehr vom ursprünglichen Modell (Rogers 1959), das Inkongruenz vor allem als Beeinträchtigung der Symbolisierung sieht.

Finke (2019, S. 20 f.) erläutert den Unterschied zwischen Ambivalenz und Inkongruenz am Beispiel eines liebenden Mannes. Wenn er über seine Partnerin sage: „Einerseits liebe ich sie, andererseits habe ich aber oft auch Wut auf sie“, handle es sich um Ambivalenz. Inkongruenz liege dann vor, wenn er beteuert, dass er sie liebe, aus seinem Verhalten jedoch deutlich wird, dass negative Gefühle bestehen.

Das Inkongruenzmodell erweitern: Inkongruenzen als Folge von Wertbedingungen seitens wichtiger Bezugspersonen sind zweifellos eine wichtige Quelle psychischer Probleme und Störungen, aber nicht die einzige.

2.1. Speierer schlägt in seinen Arbeiten zum Differentiellen Inkongruenzmodell (Speierer, 1994, 2013) eine Erweiterung des Inkongruenzbegriffs vor, die ein besseres personenzentriertes Verständnis vieler Störungen erlaubt. Er unterscheidet drei Gruppen von Inkongruenzquellen:

- die **sozialkommunikative Inkongruenz** (das klassische Verständnis nach Rogers): Defizite an Wertschätzung, Empathie und Kongruenz in den persönlich bedeutsamen

Beziehungen entfremden das Selbstbild von der Erfahrung (Speierer, 1994, S. 58 f.) Diese Entfremdung entwickelt sich in der frühen Kindheit oder im späteren Leben durch nicht förderliche Beziehungserfahrungen zu Bezugspersonen.

Eine 24-jährige Bankkauffrau berichtete: „Jedes Mal, wenn mein Chef mich anspricht, werde ich rot. Es ist gar nicht schlimm, was er von mir will, aber ich denke immer, jetzt hast Du wieder etwas falsch gemacht. So geht es mir auch mit anderen Menschen. Immer denke ich, dass etwas nicht stimmt, mit meiner Kleidung, mit dem wie ich bin oder was ich sage.“ In einem späteren Gespräch erläutert sie: „Früher sind wir streng erzogen worden. Unsere Eltern waren nicht lieblos, und sie haben sich um uns gekümmert, aber wir mussten gehorchen. Wen mein Vater die Stirn gerunzelt hat, wusste ich schon: das war jetzt nicht richtig.“

In der Biographie dieser Frau spielen Wertbedingungen i. S. von Rogers (1959) eine entscheidende Rolle.

- Die **lebensereignisbedingte Inkongruenz** (bedrohlich erlebte schicksalhafte Lebensereignisse) (Speierer, 1994, S. 58 f.) entsteht durch schicksalhafte Veränderungen. Zu diesen gehören alle Schweregrade von Belastungen und Traumata, von Familienstreitigkeiten oder Arbeitsplatzverlust bis hin zum Erleben von sexuellem Missbrauch, Krieg, Terror und Folter.

Ein 29-jähriger Betriebswirt berichtete: „Seit meiner Jugend verbringe ich einen großen Teil meiner Freizeit in den Bergen. Mit meiner Freundin war ich oft klettern. Auch jetzt mussten wir bei der Besteigung eines Alpengipfels in einer Wand übernachten. Wir haben uns mit Seilen gesichert, alles war ganz normal. Am Morgen bin ich aufgewacht, ich rief nach meiner Freundin, aber sie antwortete nicht. Es war ein ganz unwirkliches Gefühl, aber dann wurde mir klar, dass sie nicht mehr lebt. Ich musste allein ins Tal zurück, sie wurde später geborgen. Das Bild, wie sie leblos in den Seilen hing, geht mir seitdem nicht mehr aus dem Kopf. Sie ist gestorben, ich habe es nicht verhindern können, und ich habe den wichtigsten Menschen in meinem Leben verloren.“

Bei diesem schicksalhaften Ereignis und dessen psychische Folgen spielten Wertbedingungen keine Rolle. Diagnostisch handelte es sich um eine posttraumatische Belastungsstörung (s. Behr et al., 2020, S. 276 ff.). Im Sinne von Rogers (1959) und nach dem Verständnis von Finke (2019) liegt keine Inkongruenz vor, da dem Betroffenen alle Erinnerungen, Gedanken und Gefühle bewusst waren. Auf der anderen Seite er litt massiv unter den sich aufdrängenden Bildern und unter dem plötzlichen Verlust seiner Partnerin. Er benötigte eine sofortige stationäre Krisenintervention und eine längerfristige psychotherapeutische Unterstützung.

- die **dispositionelle Inkongruenz** (Speierer, 1994, S. 59) bezeichnet innere Widersprüche als Folge einer biologisch vorgegebenen oder durch psychosoziale Einflüsse erworbenen Veranlagung für psychische Probleme und Störungen. Innere Widersprüche entstehen dabei nicht *durch* die Disposition allein, sondern durch das Zusammenspiel von Disposition und anderen biologischen und psychosozialen Faktoren.

Diese Form der Inkongruenz findet sich nach Speierer (1994, S. 54 ff.) bei zahlreichen psychischen Störungen mit genetischen Teilursachen. Inkongruenzen, d. h. innere Widersprüche zwischen Selbsterleben und Erfahrung entstehen bei diesen Personen in der Regel als Folge der psychischen Störungen.

2.2. Sekundäre Inkongruenz: Der Begriff der sekundären Inkongruenz wurde von Swildens (1993, S. 92) erstmals verwendet. Als primäre Inkongruenz bezeichnet er Zweifel an Selbstbewertungsprozessen, die in der Zeit der Entwicklung des Selbstkonzepts auftreten. Wenn ein bestehendes Selbstkonzept zu einem späteren Zeitpunkt, d. h. während des Schulalters, durch negative Erfahrungen erschüttert wird, spricht er von sekundärer Inkongruenz.

Bensel verwendet die Begriffe der primären und sekundären Inkongruenz in einem Beitrag zur personzentrierten Therapie der Alkoholabhängigkeit (Bensel, 2003) völlig anders. Innere Widersprüche, die als mögliche (Teil)ursachen des Trinkens in Frage kommen, bezeichnete er als primäre Inkongruenzen. Wenn diese als Folge des Konsums auftreten, spricht er von sekundären Inkongruenzen.

In diesem Beitrag soll der Begriff der sekundären Inkongruenz im Sinne der Definition von Bensel (2003) als Bezeichnung für Inkongruenzen verwendet werden, die als Folge psychischer Störungen auftreten.

Fallbeispiel (Behr et al., 2020, Kapitel B.3): Eine 47-jährige, seit zwölf Jahren an einer Schizophrenie erkrankte und seit acht Jahren pensionierte Lehrerin blickt auf die Zeit seit Beginn ihrer Erkrankung zurück: „Lehrerin war immer mein Traumberuf. Mit jungen Leuten zusammen sein, ihnen etwas beibringen, das war meine Welt. Nach meiner ersten Erkrankung ging das anfangs noch recht gut, aber es war anstrengender als vorher. Ich habe gedacht, die Medikamente brauche ich nicht, und sie lähmen mich. Irgendwann habe ich sie weggelassen. Dann haben andere Leute wieder angefangen, mich so merkwürdig anzuschauen, die Autos auf der Straße haben mich ausspioniert, ich wurde unruhig, konnte nicht mehr schlafen und musste wieder in die Klinik. Das hat sich mehrfach wiederholt, und ich musste einsehen, dass ich die Arbeit nicht mehr schaffe, und dass ich ohne Medikamente immer wieder krank werde. Trotzdem habe ich auch nach der Pensionierung immer wieder versucht, sie wegzulassen, weil ich so zugenommen habe, weil ich gezittert habe, und weil ich so langsam war. Aber es ging nicht. Jetzt bin ich froh, dass ich meinen Haushalt schaffe, dass ich mich um meine Kinder kümmern kann, und dass mein Mann zu mir hält. Ein normales Leben ist das nicht, aber es war alles schon einmal schlimmer.“

Die Betroffene beschreibt ihr Leiden unter den Krankheits-symptomen und den Nebenwirkungen der Behandlung und den Versuch, diese inneren Widersprüche durch Ignorieren der Krankheit zu lösen. Nach einigen Jahren ist es gelungen, ihre als Folge ihrer psychischen Störung entstandene Inkongruenz durch Akzeptieren der Krankheit und der medikamentösen

Rezidivprophylaxe abzumildern. Sie ist jetzt mit sich und ihrer Krankheit im Reinen, leidet aber weiterhin an den störungsbedingten Einschränkungen.

2.3. Schwere psychische Symptome ohne Inkongruenz: Bei manchen psychischen Störungen können schwere psychische Symptome bestehen, ohne dass die betroffene Person irgendeine Form der Inkongruenz erlebt, wie das folgende Fallbeispiel zeigt:

Eine 24-jährige Grafikerin berichtete: „In den letzten vier Wochen war ich in einer psychiatrischen Klinik, ich habe eine Manie durchgemacht. Begonnen hat alles vor einem Vierteljahr. Zunächst war das alles ganz angenehm. Arbeiten konnte ich bis zum Umfallen, und ich hatte viele Ideen, und die sahen richtig gut aus. Meine Laune war bestens, und ich hatte richtig Lust, einzukaufen. Abends bin ich weggegangen, aber das geht auch ins Geld, wenn man gut essen geht und sich danach noch ein paar Cocktails gönnt. Geschlafen habe ich in der Zeit nur wenig, aber das hat mich nicht belastet. Irgendwann ist alles aus dem Ruder gelaufen, ein genaues Bild davon habe ich immer noch nicht. Meine Freundinnen haben mich jedenfalls in aller Deutlichkeit darauf hingewiesen, dass ich ständig rede, dass ich sie nicht mehr zu Wort kommen lasse, ständig auf Achse bin und viel zu viel Geld ausbebe, und dass irgendetwas mit mir nicht stimmt. Langsam wurde mir klar, dass sie Recht haben. Sie haben mich zum Arzt gebracht, der hat mich dann in die psychiatrische Klinik eingewiesen, und dort haben sie mich behandelt. Jetzt ist gesundheitlich soweit alles wieder in Ordnung, aber ich habe Schulden, irgendwo im unteren fünfstelligen Bereich. Das ist nicht katastrophal, aber auch nicht ganz wenig, und was mir meine Freundinnen über mein Benehmen erzählen, klingt ebenfalls nicht gut. So etwas habe ich noch nie erlebt. Bisher bin ich mit meinem Leben gut zurechtgekommen, habe eine schöne Kindheit und eine etwas wilde Jugend gehabt, aber in der Familie, in der Schule und später an der Hochschule oder bei der Arbeit hatte ich nie Probleme. Meine Hauptprobleme sind die Schulden, und dass mir alles so peinlich ist. Ich traue mich kaum, meinen Freundinnen unter die Augen zu treten, und wer weiß, was ich ansonsten noch angestellt habe.“

Wertbedingungen in nennenswertem Umfang waren weder in Kindheit noch in der Zeit vor Beginn der Manie festzustellen. Während der Manie litt die Betroffene zunächst nicht unter ihren Symptomen, sie war mit sich im Reinen, es bestand demnach keine Inkongruenz. Nach außen hin wurde sie jedoch zunehmend auffällig. Die Interventionen ihrer Freundinnen verdeutlichten ihr dann, dass irgendetwas nicht in Ordnung war. Erst danach setzte das Inkongruenzerleben ein.

Dieses Fallbeispiel zeigt, dass schwere psychische Symptome nicht immer mit Inkongruenzen und subjektivem Leiden einhergehen. Die Betroffene in diesem Fallbeispiel empfand sich nicht als psychisch beeinträchtigt, obwohl sie nach außen als verändert wahrgenommen wurde. In der deskriptiven Psychopathologie (AMDP, 2018) wird dies als Mangel an Krankheitsgefühl und Mangel an Krankheitseinsicht bezeichnet. Der erste Schritt der Therapie bei dieser Betroffenen war das Fördern von

Zweifeln an der eigenen psychischen Gesundheit, d. h. ein Fördern der Inkongruenz. Diese Aufgabe wurde von den Freundinnen der Betroffenen übernommen.

Zusammenfassend umfasst das hier vorgestellte erweiterte Inkongruenzverständnis innere Widersprüche, die durch biologische, psychische und soziale Faktoren entstehen, und die Ursachen oder Folgen psychischer Störungen sein können. Es ist kompatibel mit dem Vulnerabilitäts-Stress Modell (Zubin & Spring, 1977; Nuechterlein & Dawson, 1984).

Bei manchen psychischen Störungen können schwere psychische Symptome bestehen, ohne dass die betroffene Person diese bemerkt oder darunter leidet. Insofern ist das Inkongruenzkonzept kein allgemeingültiges Erklärungsmodell für die Entstehung psychischer Störungen, sondern ein Modell des subjektiven Leidens an psychischen Problemen und Störungen.

Durch diese weitere Inkongruenzdefinition ist es möglich, die Grundidee der personenzentrierten Beratung und Psychotherapie als Hilfe bei der Auseinandersetzung mit inkongruentem Erleben beizubehalten.

3. Störungsspezifische Empathie, Akzeptanz und Kongruenz

3.1. Störungsspezifische Empathie

3.1.1. Einfühlend auf betroffene Personen und deren psychische Störung reagieren:

Personenzentrierte Interventionen beziehen sich auf den inneren Bezugsrahmen der Patienten / Klienten. Der innere Bezugsrahmen (Internal frame of reference, Rogers, 1951) bezeichnet das gesamte subjektive Erleben, das dem Bewusstsein einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt zugänglich ist. Er wird nicht nur durch die Person bestimmt, sondern auch durch andere Faktoren, beispielsweise durch ihre körperliche Krankheiten oder psychischen Störungen. Bei Personen, die an der gleichen psychischen Störung leiden, stimmen bedeutsame Aspekte des inneren Bezugsrahmens überein. Psychiatrische Diagnosen können auf diesem Weg Hinweise auf den inneren Bezugsrahmen geben. Damit sind psychiatrische Diagnosen mögliche Empathiehilfen (Luderer, 2008a; Luderer, 2008b, Luderer 2010; Behr et al., 2020).

Wer die Symptome und Verlaufscharakteristika der jeweiligen psychischen Störung sowie deren Auswirkungen auf das Erleben der betroffenen Personen kennt, kann schneller und vor allem treffender auf Äußerungen der von der Störung unmittelbar Betroffenen reagieren.

Zu den betroffenen Personen gehören auch die Angehörigen. Auch ihr Leben ändert sich durch psychische Störungen ihrer

Familienmitglieder in charakteristischer Weise. Das gilt auch für eine oft vergessene Gruppe von Angehörigen, die Kinder psychisch Kranker (Riedel, 2008, Beeck & Roedenbeck, 2016).

Die Fähigkeit, störungsbezogene Anteile des Erlebens einer Person zu erkennen und in Worte zu fassen, bezeichnen wir als *störungsbezogene Empathie*. Eine gelungene störungsspezifische empathische Reaktion ist eine Äußerung, welche die Art und Weise, wie die Betroffenen ihre Störung erleben, widerspiegelt. Die Betroffenen sollten sich, wie bei allen empathischen Reaktionen, im Gesagten wiedererkennen, und zwar in erster Linie in Bezug auf ihre Störung.

Wenn wir die störungsbedingten Aspekte des inneren Bezugsrahmens erkennen, ansprechen und gemeinsam mit den Betroffenen oder den Angehörigen bearbeiten, dürfen wir Betroffene nicht auf ihre Störung und Angehörige auf ihre Angehörigenrolle reduzieren. Psychische Störungen dürfen nicht den Blick auf die einzelne Person verstellen (Keil & Stumm, 2018; Binder, 2011). Die nicht störungsbezogenen Aspekte des inneren Bezugsrahmens müssen selbstverständlich Inhalt von Beratung und Psychotherapie bei psychisch Kranken bleiben.

3.1.2. Gespräche über schwere psychische Symptome: Empathie bei fehlender Krankheitseinsicht:

In der deskriptiven Psychopathologie (AMDP 2018) unterscheidet man zwischen Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht und Ablehnung der Behandlung. Mangel an Krankheitsgefühl bedeutet: Das *Erleben* einer von einer psychischen Krankheit betroffenen Person und die Einschätzung anderer Personen hinsichtlich der Schwere der Symptome unterscheiden sich. Mangel an Krankheitseinsicht heißt dagegen: Das *Urteil* der betroffenen Person und die Einschätzung Anderer hinsichtlich Art und Schwere der Erkrankung stimmen nicht überein. Von Ablehnung der Behandlung spricht man, wenn die Notwendigkeit oder der Nutzen einer Behandlung von der betroffenen Person und psychosozialen Fachkräften unterschiedlich beurteilt wird. Alle drei Symptome bezeichnen zwei unterschiedliche Phänomene: das Nicht-Wahrhaben-Wollen und das Nicht-Wahrhaben-Können der eigenen Krankheit und des Sinns der Behandlung.

Das *Nicht-Wahrhaben-Wollen* im Sinn von Verdrängen oder Verleugnen eigener Krankheiten findet man z. B. bei Suchtkranken, bei Betroffenen mit anderen psychischen Störungen ohne psychotische Symptome und nicht selten auch bei körperlich Kranken. Auch Personen ohne psychische Störungen oder körperliche Krankheiten weichen einer Auseinandersetzung mit ihren Problemen oft aus. *Nicht-Wahrhaben-Können* bedeutet dagegen: die Krankheit selbst verhindert, dass eine betroffene Person sie erkennen kann. Dieses Symptom ist bei Demenzen, bei akuten Schizophrenien und anderen Störungen mit akuten psychotischen Symptomen sehr häufig.

Empathie bei Schizophrenien mit fehlender Krankheitseinsicht:

Fallbeispiel (Behr et al., 2020, Kapitel B.3): Ein 35-jähriger Kfz-Mechatroniker berichtet: „An meinem Arbeitsplatz wird über mich geredet. Vor sechs Wochen hat das alles angefangen. Man sagt mir nach, dass ich rechtsradikal sein soll. Wenn ich in die Nähe von Arbeitskollegen komme, stecken sie die Köpfe zusammen und tuscheln ganz leise. Dabei höre ich aber ganz genau, was sie sagen: Der ist auch einer von denen, der hätte am liebsten den Hitler wieder da. Bisher hatte ich mich mit ihnen wirklich gut verstanden, und ich weiß nicht, warum sie solche Behauptungen aufstellen. Ich bin nicht rechtsradikal, aber die ganze Stadt ist voll von diesen Leuten. Man sieht es ihnen an, obwohl sie sich gut tarnen. Sie schauen mich an, als ob ich einer von ihnen wäre. Manchmal fahren sie auch um meine Wohnung herum. Ich glaube, die beobachten mich, ich weiß nicht, was sie vorhaben.“

Der Mechatroniker litt subjektiv unter der Beeinträchtigung durch andere Personengruppen. Er hörte, wie über ihn gesprochen wurde, wobei die Arbeitskollegen tatsächlich über ihn geredet hatten, aber sich nachvollziehbarerweise über seine plötzliche Veränderung ausgetauscht hatten. Der Inhalt des Gesprächs – er sei rechtsradikal – war eine akustische Halluzination, eine Sinnestäuschung, für ihn aber eine reale Wahrnehmung, die er krankheitsbedingt nicht von einer Täuschung unterscheiden konnte. Zudem sah er sich selbst als Opfer von Machenschaften, gegen die er kaum etwas unternehmen kann (Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn). Reale Ereignisse (die Blicke anderer Menschen, das Umherfahren von Autos) interpretierte er im Sinne seines Wahns. Auch den Wahn konnte er krankheitsbedingt nicht als Täuschung erkennen.

Bei ihm wurde die Diagnose einer Schizophrenie gestellt.

Zur Störung: Schizophrenien treten überall auf der ganzen Welt und in allen sozialen Schichten etwa gleich häufig auf. Etwa 1 % aller Menschen erkranken im Verlauf ihres Lebens, Frauen und Männer etwa gleich häufig, **Männer aber im Durchschnitt mit 22 Jahren, etwa fünf Jahre früher als Frauen. Die Krankheitsfolgen sind oft gravierend. 10 % sterben innerhalb der ersten zehn Krankheitsjahre an Suizid. 80 % sind langfristig nicht in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein. Viele Betroffene, vor allem Männer, bleiben unverheiratet und leben auch nicht in einer Partnerschaft.**

Während der akuten Krankheit können sich die Betroffenen oft nicht auf ihre Wahrnehmung und ihr Urteil verlassen. Sie leiden unter Sinnestäuschungen und Wahnsymptomen, und sie haben ohne Hilfe von außen meist keine Chance, diese als Täuschungen und ihre Krankheit als Krankheit zu erkennen. Die erste und wichtigste Aufgabe in Beratung und Psychotherapie ist es, die Symptome ernst zu nehmen, die Krankheit zum Thema zu machen und sie für eine Behandlung zu gewinnen.

Basis der Behandlung ist die medikamentöse Therapie mit Antipsychotika. Wesentliches Ziel der Beratung und Psycho-

therapie ist es, die Betroffenen dafür zu gewinnen, medikamentöse, psychotherapeutische und soziale Hilfe anzunehmen.

Zum Fallbeispiel: Der Betroffene in diesem Fallbeispiel war zunächst, wie viele seiner Leidensgenossen, nicht bereit, sich behandeln zu lassen. Aus dem internen Bezugssystem des Betroffenen ist diese Entscheidung nachvollziehbar. Wieso sollte er Medikamente einnehmen, wenn das eigentliche Problem die Rechtsradikalen in der Stadt und seine Arbeitskollegen sind?

Es ist empfehlenswert, Gespräche mit Betroffenen, die ihre Störung und ihre Symptome nicht als Krankheit wahrnehmen können, zu strukturieren und eine feste Reihenfolge angesprochener Themen einzuhalten. Im Kapitel B.3 unseres Lehrbuchs (Behr et al., 2020) empfehlen wir folgendes Vorgehen:

(1) Symptome ernstnehmen, Symptombelastung ansprechen und das Krankheitsgefühl fördern: „Das ist ja beängstigend, wie gute Arbeitskollegen über sie reden, und dass Rechtsradikale Sie förmlich belagern. Können Sie denn unter den Umständen überhaupt schlafen?“

(2) Die Eigentümlichkeit des Erlebens ansprechen:

„Es ist doch seltsam, gute Arbeitskollegen reden plötzlich abfällig über Sie und behaupten absurde Dinge?“ „Es ist doch eigentümlich, dass Rechtsradikale ihre Wohnung belagern? Haben Sie denn eine Vorstellung, wie die darauf kommen, dass Sie rechtsradikal sein sollen? Ist das nicht auch seltsam?“

Diese Ungereimtheiten lassen sich mit den Worten zusammenfassen; „Das, was Sie erleben, geht irgendwie gegen den gesunden Menschenverstand, aber trotzdem sind Sie davon überzeugt, dass es stimmt, ist es so?“

(3) Wenn die betroffene Person einer solchen Aussage zustimmt, kann sich die Frage anschließen: „Können Sie sich vorstellen, dass diese eigentümlichen Erlebnisse etwas mit einer Krankheit zu tun haben?“

Wenn die betroffene Person die Möglichkeit einer Krankheit in Erwägung zieht, kann sich die Frage: „Sollen wir versuchen, etwas dagegen zu unternehmen?“ anschließen.

(4) Wenn sie die Symptome weiterhin nicht als Ausdruck einer Krankheit sieht, sollten psychosoziale Fachkräfte aber auf keinen Fall versuchen, Krankheitseinsicht zu erzwingen. Sie sollten die Sichtweise der Betroffenen zunächst akzeptieren, die Ablehnung zusammenzufassen und die grundsätzliche Frage nach dem Vertrauen zu stellen.

„Irgendwie können wir uns nicht einigen. Sie merken ja, dass wir der Meinung sind, dass Sie krank sind und dass wir Ihnen gerne helfen möchten. Aber Sie denken, dass wir das alles falsch sehen. Darf ich eine ganz grundsätzliche Frage stellen? Denken Sie, dass wir es eigentlich gut mit Ihnen meinen, oder denken Sie, dass wir Ihnen schaden möchten?“

Viele Betroffene gestehen den behandelnden Personen an diesem Punkt des Gesprächs zu, dass sie es gut mit ihnen meinen. Dann können sie die Frage anschließen:

„Wäre es für in Ordnung, wenn wir Sie behandeln, obwohl Sie eigentlich meinen, dass das Unsinn ist?“

Erfahrungsgemäß akzeptieren nicht wenige Betroffenen einen solchen Vorschlag.

Empathie bei einer schweren Alkoholkonsumstörung mit fehlender Krankheitseinsicht:

Fallbeispiel: Ein 45-jähriger Fliesenleger, der wegen einer Alkoholvergiftung eine Nacht im örtlichen Krankenhaus behandelt werden musste, erklärte am nächsten Tag (Behr et al., 2020, Kapitel B.10):

„Gut, ich gebe zu, gestern Abend war es zu viel. Aber das Gerede wegen dem Alkohol kann ich trotzdem nicht mehr hören. Mein Chef – eigentlich ist er ja ganz in Ordnung – hat mir auch schon gesagt, ich bin ein Alkoholiker und ich muss eine Therapie machen, ansonsten wirft er mich raus. Ich weiß nicht, ich halte das alles für völlig übertrieben. Gut, es stimmt, in letzter Zeit war es vielleicht insgesamt etwas viel, und ich zittere etwas am Morgen, aber das ist doch kein Drama. Wenn ich eine Flasche Bier trinke, bin ich wieder fit, und ich bin ein guter Arbeiter, das hat er auch gesagt. Meine Frau sagt zwar auch, dass ich zu viel trinke, aber die regt sich sowieso wegen jedem Dreck auf.“

Wie sind diese Worte zu verstehen? Der Fliesenleger wird von verschiedenen Personen darauf aufmerksam gemacht, dass er zu viel trinkt und sich helfen lassen sollte. Von alledem möchte er nichts hören. Er nimmt zwar körperliche Veränderungen bei sich wahr, die er aber sofort als belanglos abtut. Die Hinweise anderer versteht er als Anschuldigungen, gegen die er sich verteidigt. Seine zentrale Aussage ist: die Anderen übertreiben maßlos, eigentlich ist bei ihm doch alles noch in Ordnung.

Bei ihm wurde die **Diagnose einer schweren Alkoholkonsumstörung (Alkoholabhängigkeit) gestellt. Zu Störung:** Alkoholkonsumstörungen sind durch die Folgen des Konsums und nicht durch die möglichen Ursachen gekennzeichnet. Ohne Alkoholkonsum gibt es keine Alkoholkonsumstörungen. Hintergründe des übermäßigen Konsums können schwere Belastungen und Traumata in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter sein. Das ist aber nicht immer so. Menschen können auch in einen übermäßigen Konsum hineingeraten, wenn sie die Alkoholwirkung als angenehm empfinden, keine negativen Wirkungen spüren und das gute Gefühl immer wieder haben wollen. Betroffene verspüren den Wunsch oder Zwang, Alkohol oder andere psychotrope Substanzen zu konsumieren (craving, umgangssprachlich Suchtdruck) und sie können Beginn, Beendigung und Menge des Konsums nicht mehr steuern. Wenn sie weniger konsumieren oder den Konsum beenden, treten Entzugserscheinungen auf. Im Laufe der Zeit brauchen sie immer größere Mengen der Substanz, um die gleiche Wirkung zu erzielen (Toleranzentwicklung), vernachlässigen andere Interessen und Tätigkeiten zugunsten des Substanzkonsums und konsumieren trotz körperlicher, psychischer oder sozialer Folgen weiter.

Suchtdruck, ungenügende Fähigkeit, den Konsum zu steuern und Entzugserscheinungen sind, vor allem bei Betroffenen mit einer langen Leidensgeschichte, lebenslang bestehende Symptome. Eine Rückkehr zum mäßigen, nicht schädlichen Konsum ist in der Regel nicht möglich. Daraus leitet sich die Abstinenz als wichtiges Therapieziel ab. Die beiden wichtigsten Ziele sind jedoch Lebenserhaltung und Therapieteilnahme. Aufgabe psychosozialer Fachkräfte ist es deshalb vor allem, die Betroffenen im Beratungs- oder Therapieprozess zu halten.

Es dauert meist lange, bis sich Menschen mit Alkoholabhängigkeit ihrer Krankheit bewusst werden. Anfangs trinken sie ohne körperliche, psychische und soziale Nachteile. Irgendwann sehen sie sich aber mit den ersten negativen Folgen wie morgendlichem Kater oder kritischen Bemerkungen von Familienangehörigen und anderen Personen konfrontiert. Sie versuchen, diese Folgen irgendwie zu erklären und kritische Äußerungen als übertrieben abzutun. Dann bemühen sie sich, ihren Konsum zu reduzieren, was ihnen oft nicht gelingt. Schließlich versuchen sie, das Trinken zu verbergen oder ihr Scheitern zu rechtfertigen, um wenigstens nach außen hin ein positives Bild aufrechtzuerhalten. Die mangelnde Krankheitseinsicht bei Personen mit schwerer Alkoholkonsumstörung ist im Gegensatz zur Schizophrenie oder der Manie keine unmittelbare Folge der Störung (Nicht-Wahrhaben-Können der eigenen Krankheit), sondern ein Nicht-Wahrhaben-Wollen, d. h. der Versuch, die Augen vor der unangenehmen Wahrheit zu verschließen. Irgendwann stellt sich für die betroffenen die Frage, wie sie aus diesem Teufelskreis herauskommen können.

Im Kapitel B.10 unseres Lehrbuchs (Behr et al., 2020) empfehlen wir ein Vorgehen, das im Rahmen des Motivational Interviewing (Miller, Rose, 2009) entwickelt wurde.

- Empathie zeigen, vor allem für die Ambivalenz und die Tendenz zur Selbstrechtfertigung bei den Betroffenen.
- Diskrepanz ansprechen: Alkoholranke deuten innere Widersprüche, die im MI als Diskrepanzen bezeichnet werden, im Gespräch meist nur ganz kurz an. Aufgabe der psychosozialen Fachkraft ist es dann, diese Andeutungen aufzugreifen und weiterzuentwickeln, ohne die betroffene Person durch eine Art Beweisführung in die Enge zu treiben.
- Mit Widerstand flexibel umgehen: Psychosoziale Fachkräfte sollen Ambivalenz und Widerstand als Symptom der Erkrankung betrachten und diesen Verhaltensweisen empathisch begegnen.

Wie könnte das bei dem Betroffenen im Fallbeispiel aussehen?

- Empathie gegenüber der Ambivalenz:
Einstieg in das Gespräch: „Eigentlich verstehen Sie die ganze Aufregung nicht?“
Auf einzelne Äußerungen bezogene Empathische Reaktionen:
Betroffener: „... ich zittere etwas am Morgen, aber das ist

doch kein Drama. Wenn ich eine Flasche Bier trinke, bin ich wieder fit.“

Psychosoziale Fachkraft: „Wenn Sie zittern, spüren Sie, dass etwas nicht stimmt, aber wenn Sie etwas getrunken haben, ist alles wieder in Ordnung?“

- Diskrepanz ansprechen:

Betroffener: „... Mein Chef – eigentlich ist er ja ganz in Ordnung – hat mir auch schon gesagt, ich bin ein Alkoholiker ...“

Psychosoziale Fachkraft: „... und dass ein Mensch, den Sie schätzen, sich Sorgen um Sie macht, das gibt Ihnen manchmal doch ein wenig zu denken?“

- Mit Widerstand flexibel umgehen:

Betroffener: „Meine Frau sagt zwar auch, dass ich zu viel trinke, aber die regt sich sowieso wegen jedem Dreck auf.“

Psychosoziale Fachkraft: „... und dann denken Sie sich: Seid doch alle einfach still. Ich mache das schon richtig. Aber die Mahnung Ihres Chefs sitzt Ihnen trotzdem im Nacken.“

In Gesprächen dieser Art ist es wichtig, mit der Ambivalenz mitzugehen und nicht zu versuchen, die betroffene Person durch eine Art Beweisführung zu überzeugen.

3.1.3. Die Grenzen des Verstehens einer Person aus ihrem subjektiven Erleben heraus:

Der Personzentrierte Ansatz geht von einem konstruktivistischen Realitätsverständnis aus (Behr et al. 2017, S. 26 ff.). Helfende Personen sollen Betroffene aus ihrem inneren Bezugsrahmen heraus verstehen. Neben dieser subjektiven Realität gibt es in einem streng konstruktivistischen Verständnis keine „objektive“ Realität.

Diese Sichtweise kommt, wie die Fallbeispiele im vorigen Abschnitt erläutern, an Grenzen. Diese Grenzen werden offensichtlich, wenn Betroffene die „objektive“ Realität, nicht wahrhaben wollen, besonders aber dann, wenn die Wahrnehmung und Beurteilung der Realität störungsbedingt beeinträchtigt oder aufgehoben ist. Wenn eine von einer Schizophrenie betroffene Person plötzlich überzeugt ist, dass Arbeitskollegen ihren Computer manipulieren, obwohl sie mit diesen über Jahre gut zusammengearbeitet hat, handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine krankheitsbedingte Fehlbeurteilung der Realität (Wahn). Ähnliches gilt, wenn eine körperlich völlig gesunde Person mit einer wahnhaften Depression sicher ist, bald an einer schweren Krankheit zu sterben. Wenn eine in einem Heim lebende Bewohnerin mit einer Demenz sich an einem ihr bekannten Urlaubsort zu befinden meint und in der Nacht ihre dortigen Nachbarn besuchen möchte, kann diese örtliche und situative Desorientierung (AMDP, 2018) für die Bewohnerin gefährlich werden. Die für Versorgung, Beratung und Behandlung zuständigen Fachkräfte müssen dann verhindern, dass sie sich verläuft und hilflos durch die Straßen irrt.

Wenn eine 1,68 große Person mit einer schweren Anorexie 34 kg wiegt und der Überzeugung ist, viel zu dick zu sein, handelt es sich nicht um eine persönliche Sichtweise der Realität, sondern um eine schwere, potentiell lebensbedrohliche Körperschemastörung.

In allen genannten Fällen macht es eine schwere psychische Störung den Betroffenen unmöglich, die Realität angemessen zu beurteilen, obwohl diese für andere Personen offensichtlich ist. Aufgabe der jeweils helfenden Person ist es auch dann, von der subjektiven Realität als Gesprächsgrundlage auszugehen, die „objektive“ Realität aber im Kopf zu behalten und den Widerspruch zwischen den beiden Realitäten gegebenenfalls zu einem geeigneten Zeitpunkt anzusprechen.

Die Empfehlung, bestimmte Wahrnehmungen und Gedanken gegenüber den Betroffenen zunächst nicht und dann mit großer Vorsicht zu erwähnen, ist im personzentrierten Handeln durchaus üblich. Rogers (1975) spricht dies in einem späten Betrag über Empathie in folgender Weise an: „Die als empathisch – einführend bezeichnete Möglichkeit, mit einem anderen Menschen zusammen zu sein ... bedeutet, die persönliche Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten, ... die Gefühlsbedeutungen, deren er/sie sich kaum bewusst ist, zu erfühlen, dabei aber nicht zu versuchen, Gefühle aufzudecken, deren sich der andere völlig unbewusst ist, denn das wäre zu bedrohlich.“

Damit drückt Rogers indirekt aus, dass helfende Personen manchmal durchaus über Erkenntnisse verfügen, die noch nicht Bestandteil des bewussten Erlebens der betroffenen Person sind. Diese Erkenntnisse sollen sie manchmal nicht sofort, sondern zu einem geeigneten Zeitpunkt und in geeigneter Weise ansprechen.

Bei schweren psychischen Störungen hängt die Entscheidung, wann der geeignete Zeitpunkt und was die geeignete Weise ist, den Widerspruch, d. h. die Inkongruenz zum Thema zu machen, oder ob es überhaupt hilfreich ist, von der Störung und von den Umständen ab.

3.1.4. Störungsspezifische Empathie bei anderen Gruppen Betroffener:

Zentrale Inhalte störungsspezifischer empathischer Interventionen sind zum einen Belastungen und Traumata vor Beginn der Störung und zum anderen die sekundären Inkongruenzen, d. h. das Leiden an den Folgen der jeweiligen Störung. Bei allen Störungen ist es deshalb wichtig, Biographien ernst zu nehmen, Symptome ernst zu nehmen, die Krankheit und gegebenenfalls die medikamentöse Behandlung zum Thema zu machen, und bei alledem die Angehörigen der Betroffenen nicht zu vergessen.

Diese Grundprinzipien wollen wir im Folgenden am Beispiel der ADHS erläutern.

Störungsspezifische Empathie bei ADHS: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine neurobiologische Entwicklungsstörung, die im Kindesalter beginnt und in mindestens 50 % der Fälle im Erwachsenenalter weiterbesteht. Genetische Faktoren sind für ihre Entstehung sehr bedeutsam. Die Betroffenen haben Probleme, ihre Aufmerksamkeit bestimmten Aufgaben zuzuwenden und aufrechtzuerhalten, sind innerlich unruhig, und vor allem Kindern fällt es schwer, still sitzenzubleiben. Manche von ihnen reagieren oft impulsiv und denken dabei nicht an die Konsequenzen ihres Handelns, selbst wenn diese leicht vorhersehbar sind (Behr et al., 2020, Kapitel B.2).

Fallbeispiel:

Eine 32-jährige, verheiratete Bürokauffrau: „Meine Kindheit war der Horror. Meine Eltern haben mich ständig kritisiert, mir gesagt, dass ich eine Versagerin bin. Im Kindergarten soll ich „bockig“ gewesen sein, ich habe oft Wutanfälle bekommen. Die fand ich damals berechtigt, denn die Erzieherinnen haben ständig mit mir geschimpft, und die anderen Kinder haben mich gehänselt und gemieden. Ich habe überhaupt nicht verstanden, warum.“

In der Schule habe ich die mittleren Reife gerade so geschafft, obwohl ich alles schnell begriffen habe. Die Hausaufgaben habe ich oft vergessen, und wegen der vielen Flüchtigkeitsfehler habe ich bei schriftlichen Arbeiten nie eine gute Note bekommen. Langeweile war schon immer furchtbar für mich. Wenn mir langweilig ist, mache ich irgendetwas, nur nicht das, was ich soll. Was ich verschieben kann, verschiebe ich. Natürlich holt mich das irgendwann ein, und dann fühle ich mich wieder als Versagerin.“

Was sollten helfende Personen über ADHS wissen? ADHS-Betroffene haben es als Kinder und als Erwachsene schwerer als ihre Altersgenossen. Es ist für sie mühevoller, sich zu konzentrieren, zu lernen, sie vergessen vieles, und ihnen unterlaufen viele Flüchtigkeitsfehler. Sie werden von Eltern und Lehrern kritisiert und beschimpft, geraten in Streit mit Gleichaltrigen und erregen den Unmut von Erwachsenen.

Von ADHS betroffene Personen leiden in allererster Linie an ihren Symptomen und vor allem an deren Folgen, denn das Leben mit ADHS ist anstrengend: Was für Andere selbstverständlich ist, ist bei ADHS-Betroffenen nur mit hohem Aufwand erreichbar. Das ist aber für die Betroffenen normal. Sie kennen sich nicht anders, aber sie stehen vor der Aufgabe, Unaufmerksamkeit, Unruhe, Impulsivität, Gefühlsschwankungen und andere Symptome bei sich zu erkennen und sich nicht von ihnen beherrschen zu lassen. Dabei benötigen sie Hilfe.

Wegen ihrer für andere Personen irritierenden Symptome erleben sie oft seit dem Kindesalter Ablehnung und Zurückweisung durch Eltern, Erwachsene und Gleichaltrige bis hin zur körperlichen oder sexuellen Gewalt. Es hilft ihnen, über ihre Erinnerungen zu sprechen.

Eine medikamentöse Behandlung ist nicht bei allen Betroffenen erforderlich. Sie ist aber die mit Abstand effektivste Möglichkeit, ADHS-Symptome zu reduzieren und damit psychosoziale Folgen und sekundäre Inkongruenz zu vermindern.

Eltern und Geschwister sowie (Ehe-)Partner sind ebenfalls von der Krankheit betroffen. Wenn sie in die Behandlung einbezogen werden, fällt es ihnen leichter, das Verhalten der Betroffenen nachzuvollziehen und gelassener damit umzugehen.

3.2. Störungsspezifische Akzeptanz und Kongruenz bei psychisch Kranken

Betroffene bedingungsfrei wertschätzen und ihnen gegenüber echt sein: Es ist nie ganz leicht, andere Menschen so zu nehmen, wie sie sind. Bei Personen mit psychischen Störungen bringen die Symptome dieser Störungen zusätzliche Probleme mit sich, akzeptierend und kongruent zu sein.

Viele Personen mit Angststörungen meiden Situationen, in denen Ängste auftreten und engen dadurch ihr Leben immer mehr ein. Manche Zwangskranke waschen sich ihre Hände so oft, dass sie ihre Haut massiv schädigen. Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen verletzen sich selbst, sodass die Unterarme immer mehr durch Narben verunstaltet werden. Alkoholkranke trinken trotz negativer Folgen weiter und zerstören dadurch ihr Leben, ihren Körper und bringen viel Leid über ihre Familie. Bei psychosozialen Fachkräften löst dies nicht selten Gedanken aus, die Betroffenen sollten doch einfach aufhören, sich zurückzuziehen, sich ständig zu waschen, sich zu verletzen oder zu trinken.

Diese Gedanken veranlassen viele Personen, Betroffene mit bestimmten psychischen Störungen als Personen abzulehnen. Psychosoziale Fachkräfte stehen aber vor der Aufgabe, das Leiden der Betroffenen an diesen Symptomen zu verstehen, d. h. einführend auf die betroffene Person und deren psychische Störung zu reagieren (störungsspezifische Empathie). Sie sollten zudem in der Lage sein, die betroffenen Personen in ihrer Krankheit anzunehmen und bedingungsfrei wertzuschätzen (störungsspezifische Akzeptanz). Schließlich sollten sie willens und in der Lage sein, ihnen gegenüber in Bezug auf ihre Person und ihre Krankheit echt zu sein. Sie sollten den Prozess der Diagnostik, der Beratung und der Therapie transparent gestalten, das störungsbezogene Wissen mit den Betroffenen teilen und die therapeutischen Entscheidungen soweit wie möglich gemeinsam treffen.

Empathie, Akzeptanz und Echtheit stehen in einem Spannungsfeld und widersprechen sich manchmal. Empathie und Akzeptanz ohne Echtheit sind verlogen. Echtheit ohne Empathie und Akzeptanz ist rücksichtslos. Das gilt auch bei der Kommunikation mit schwer psychisch Kranken. Hierzu zwei Beispiele:

Im Umgang mit Betroffenen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind und unter Halluzinationen und Wahnsymptomen leiden, sollen helfende Personen nicht so tun, als teilten sie den Wahn (Knieneder, 2014, S. 141 ff.), denn das wäre eine bewusste Lüge. Vor allem bei einem chronischen, seit langem bestehenden Wahn ist es aber oft problematisch, den Betroffenen ungefragt ins Gesicht zu sagen, dass wir ihren Wahn nicht teilen. Die Betroffenen wissen das ohnehin, denn die Situation in einer Beratungsstelle, Praxis oder Klinik erlaubt keinen anderen Schluss. Wenn Betroffene direkt fragen, ob wir ihrer wahnhaften Einschätzung der Realität folgen, sollten wir natürlich ehrlich antworten.

Bei *Demenzen* hat die Korrektur von Orientierungsstörungen oder Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen nur bei einer psychopathologischen Untersuchung Sinn, um der betroffenen Person die Gelegenheit zu geben, Irrtümer selbst zu korrigieren. Wenn das nicht mehr möglich ist, werden Korrekturen von außen zur Qual. Die Betroffenen registrieren ihr Scheitern zwar in irgendeiner Weise, können aber nichts mehr dagegen tun. Deshalb ist der Verzicht auf Sachdiskussionen und Korrekturen eine feste Regel im professionellen Umgang mit Demenzkranken.

Störungsspezifische Empathie, Kongruenz und Akzeptanz sind als Teil der allgemeinen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz zu verstehen. Im Kontakt mit psychisch Kranken sind sie von zentraler Bedeutung für den Aufbau und die Gestaltung der Beziehung zwischen psychosozialen Fachkräften und Betroffenen.

4. Fazit

Dieser Beitrag beinhaltet Vorschläge zum Umgang mit deskriptiven Diagnosen, zur Erweiterung des klassischen Inkongruenzmodells und zur Erweiterung des Spektrums empathischer Reaktionen.

Unserer Auffassung nach ist es möglich, Diagnosen zu stellen, die gesamte Person im Blick zu behalten und dadurch das in den vergangenen Jahrzehnten immer weiter angewachsene Wissen über psychische Störungen in das personenzentrierte Menschenbild zu integrieren.

Das von Speierer (1994) beschriebene erweiterte Modell der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung beschreibt die psychischen, sozialen und biologischen Faktoren, die eine Person in psychische Probleme und Störungen hineinführen (primäre Inkongruenzen). Das von Bensel (2003) für das Verständnis von Personen mit schweren Alkoholkonsumstörungen entwickelte Modell der sekundären Inkongruenz wurde von uns erweitert. Es beschreibt jetzt die inneren Widersprüche, die als Folgen psychischer Probleme und Störungen auftreten. Diese beiden Gruppen innerer Widersprüche – primäre und sekundäre Inkongruenzen – gilt es, gemeinsam mit den betroffenen Personen aufzufinden, anzusprechen und zu bearbeiten.

Das Modell der störungsspezifischen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz richtet den Blick auf typische Formen und Inhalte des Erlebens bei Personen, die von psychischen Störungen

betroffen sind. Dies macht es möglich, nicht nur die betroffene Person, sondern auch ihre psychosoziale Situation und ihre psychischen Störungen zu verstehen und das Verstandene mit den Mitteln des personenzentrierten Ansatzes zu kommunizieren.

Literatur

- Aboraya, A., Rankin, E., France, C., El-Missiry, A., & John, C. (2006). The Reliability of Psychiatric Diagnosis Revisited: The Clinician's Guide to Improve the Reliability of Psychiatric Diagnosis. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 3(1), 41–50.
- Ackerknecht, E. H. (1985). *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, 3. Auflage. Stuttgart: Enke
- AMDP (Hrsg.) (2018). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychischer Befunde*. Göttingen: Hogrefe
- American Psychiatric Association (APA) (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-I)* (1st ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II)* (2nd ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* (3rd ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Ash, P. (1949). The reliability of psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 44, 272–276.
- Beeck, K. & Roedenbeck, M. (Hrsg.) (2016). *Kindheit im Schatten-Wenn Eltern krank sind und Kinder stark sein müssen*. Berlin: Ch. Links Verlag.
- Behr, M.; Hüsson, D.; Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2017). *Gespräche hilfreich führen. Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie*. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Behr, M.; Hüsson, D.; Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). *Gespräche hilfreich führen. Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen*. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Bensel, W. (2003). Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 34, 67–74.
- Binder, U. (2011). Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen. *Person* 15(1), 37–43.
- Bleuler, E. (1969). *Lehrbuch der Psychiatrie*, 11. Auflage. Neubearbeitet von M. Bleuler. Berlin: Springer.
- Boy, A. V. (1989). Psychodiagnosis: A person-centered perspective. *Person-Centered Review*, 4(2), 132–151.
- Brodley, B. T. & Brody, A. (1996). Can one use techniques and still be client-centered? In: Hutterer, R.; Pawlowsky, G.; Schmidt, P. F. & Stipits, R. (eds.). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A paradigm in motion*. Frankfurt/M.: Peter Lang, S. 369–374.
- Cooper, R. & Blashfield, R. K. (2016). Re-evaluating DSM-I. *Psychological Medicine* 46(3), 449–456
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2015). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper*. 8. Überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H.; Mombour, M. & Schmidt, M. H. (1991, 2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)*. *Klinisch-*

- diagnostische Leitlinien*. Huber, Bern. 10. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Fähndrich, E. & Stieglitz, R.D. (2018). *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes*. Göttingen: Hogrefe.
- Finke, J. (2019). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie-Beziehungskonzepte-Therapietechnik*. München: Reinhardt.
- Freyberger, H. J.; Ermer, A. & Stieglitz, R. D. (2012). Psychische Untersuchung und Befunderhebung. In: Freyberger, H. J.; Schneider, W. & Stieglitz, R. D. (2012). *Kompandium der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin*. Bern: Huber.
- Harvey, P.D.; Heaton, R.K.; Carpenter Jr., W.T.; Green, M.F.; Gold, J.M. & Schoenbaum, M. (2012). Diagnosis of schizophrenia: Consistency across information sources and stability of the condition. *Schizophrenia Research* 140(1–3), 9–14.
- Horwitz, A. V. (2014). *DSM-I and DSM-II*. Wiley Online Library, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781118625392.wbecp012>
- Jaspers, K. (1946). *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York. 1. Auflage: Springer, Berlin 1913, 1920, 1923; 4., völlig neu bearbeitete Auflage: Berlin und Heidelberg 1946. Seitdem weitere unveränderte Auflagen.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2018). Diagnostik und Indikation. In: Stumm, G. & Keil, W. W.: *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Knienider, P. (2014). *Paranoia. Klientenzentriertes Verständnis und klientenzentrierte Psychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Luderer, H. J. (2008a): Schizophrenie. In: Hermer, M., & Röhrle, B. (Hrsg.). *Handbuch der Therapeutischen Beziehung*. Tübingen: DGVT-Verlag, S. 835–864.
- Luderer, H. J. (2008b). Empathie, accepziebereithed en congruentie in de omgang met psychisch zieke patienten: psycho-educatie met een persoonsgerichte orientering. *Tijdschrift Clientgerichte Psychotherapie* 36, 101–121.
- Luderer, H. J. (2008c). Gesprächspsychotherapeutische Aspekte der Psychoedukation. In: Bäuml, J. & Pitschel-Walz, G. (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 235–243.
- Luderer, H. J. (2010). Psychoedukation in personenzentrierter Orientierung: Empathie bei schweren psychischen Störungen. In: Speierer, G. W. & Barg, M.: *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung aktuell. 40 Jahre Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Mearns, D. (1997). *Person-centered counseling training*. London: Sage.
- Miller, W.R. & Rose, G.S. (2009). Toward a theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist* 64: 527–537.
- Nuechterlein, K.H. & Dawson, M.E. (1984). A Heuristic Vulnerability/ Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophrenia Bulletin* 10(2), 300–312.
- Pies, R. (2007). How „objective“ are psychiatric diagnoses? (guess again). *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 4(10), 18–22.
- Riedel, K (2008). *Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin. Deutsch: Rogers, C.R. (1973). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 95–103.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationship as developed in the Client-Centered Framework. In: Koch, S. (ed.) *Psychology: A Study of a Science Vol. 3*. New York: Mc Graw-Hill, S.184–256. Deutsch: Rogers, C.R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*, Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C.R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist* 5, 2–10. Deutsch: Rogers, C.R. (1980). Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In: Rogers, C.R. & Rosenberg, R.L. (1980). *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. Stuttgart, Klett Cotta, S.75–93.
- Scharfetter, C. (1976). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Shorter E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(1), 59–67.
- Speierer, G.W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.W. (2013). Die Differenzierung der Inkongruenz als Ansatzpunkt von Beratung. In: Gahleitner, S.; Maurer, I.; Ploil, E. O. & Straumann, U. (Hrsg.)(2013). *Personenzentriert beraten: alles Rogers?* Weinheim: Beltz-Juventa.
- Spitzer, R.L.; Endicott, J. & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry* 35(6), 773–782.
- Swildens, H. (1993). Primäre und sekundäre Inkongruenz in der Praxis. In: Eckert, J.; Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.). *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1*. Köln: GwG, 121–132.
- Vié, J.& Baruk H. (2000). Geschichte der Psychiatrie. In: Toellner R (Hrsg.): *Illustrierte Geschichte der Medizin, Band 4*. Augsburg: Bechtermünz, S.1945–1985.
- WHO (ed.) (2018). ICD-11. *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f334423054>
- WHO (Hrsg.)(1948, D: 1950). *ICD-6. Handbuch der internationalen statistischen Klassifizierung der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/historie/icd-vorgaenger/icd-6/>
- Wing, J.K.; Cooper, J.E. & Sartorius, N. (1974). *The description and classification of psychiatric symptoms.: An instruction manual for the PSE and CATEGO system*. London: Cambridge University Press.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 103–126.