

Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID)

Sylvia Keil

Wien, Österreich

In diesem Beitrag wird ein Modell zur prozessualen Inkongruenz-Diagnostik (PID) vorgestellt, mit dessen Hilfe Verstehenshypothesen, die in der therapeutischen Arbeit entstehen, systematisch ins Inkongruenzmodell eingeordnet werden können. Inkongruenz wird dabei als dynamischer Prozess definiert. Da der Therapiefortschritt mit der Zunahme des empathischen Verstehens korrespondiert, stellen verlaufdiagnostische Hypothesen über die Inkongruenzdynamik Fixpunkte in unübersichtlichen und schwierigen Therapieverläufen dar. Diagnosen über die Inkongruenzdynamik können empathisch-hermeneutisch aus der eigenen Resonanz in der Beziehung sowie aus den Symptomen, Verhaltensweisen, Narrativen und Selbst-Narrativen der Patienten oder Patientinnen erschlossen werden. Sie sind Grundlage für die Entwicklung von prozessfördernden und Selbstkonzept-stabilisierenden Interventionsstrategien. Durch prozessuale Inkongruenz-Diagnosen lässt sich der konkrete Therapieprozess chronologisch beschreiben. Dadurch ergeben sich außerdem Möglichkeiten für ein meta-empathisches Verstehen aufgrund des Prozessverlaufs selbst.

Schlüsselwörter: Inkongruenz, Selbstkonzept, Hermeneutische Empathie, Diagnostik, Diagnose

Processual Diagnostic of Incongruence-Dynamics (PID). This paper presents a process-related diagnostic-model for identifying incongruence, which facilitates the systematic classification of hypotheses derived from empathic understanding during therapy according to the incongruence-concept. Incongruence is defined as a dynamic process. The progress of therapy corresponds to an increase of empathy and, therefore, process-related diagnoses of incongruence-dynamics represent fixed points in difficult and complex therapy procedures. Diagnoses of incongruence-dynamics can be developed hermeneutic-empathically from the therapeutic response and from patients' symptoms, behaviors, narratives and self-narratives. They form the basis for the creation of intervention-strategies which bring the process forward and help stabilize the self-concept. The specific and individual therapy-process can be described in chronological order by process-related diagnoses of incongruence; this also opens up new opportunities for meta-empathic understanding based on the progress of the process itself.

Keywords: incongruence, self-concept, hermeneutic empathy, diagnostic, diagnosis

Offenheit für organismisches Erleben gilt in der personenzentrierten und experienziellen Therapie als primäres Therapieziel. Inkongruenz bedeutet, dass eine Person sich selbst in ihrem Erleben nicht versteht, wodurch Lebensprozesse blockiert werden. Das therapeutische Bemühen richtet sich darauf, stagnierendes Erleben wieder in Fluss zu bringen. Dafür steht inzwischen ein breites Spektrum an erlebnisintensivierenden Tools zur Verfügung, allen voran das empathische Mitfühlen des Erlebens, Wort für Wort, im Hier und Jetzt.

In längeren Therapieverläufen wird der innere Bezugsrahmen immer nachvollziehbarer. Dadurch wird nicht nur das aktuelle Erleben von Patienten und Patientinnen verstanden, sondern unwillkürlich werden Bezüge hergestellt, die aus anderen Therapiesequenzen stammen, was fast automatisch ein

tiefere Verstehen ermöglicht. Bei der Konzentration auf das unmittelbare Erleben im direkten Dialog bildet das Inkongruenzmodell eine theoretische Hintergrundfolie. Es erfolgt aber selten eine individuelle Inkongruenz-Diagnose, wohl auch deshalb, weil jede fixierende Zuschreibung im Prozess des empathischen Verstehens vermieden werden soll.

Inkongruenz ist jedoch ein wesentliches Indikationskriterium für Personenzentrierte Psychotherapie. In publizierten Falldarstellungen wird die Ätiologie der Störung aus der Perspektive der primären und sekundären Inkongruenz-Konstellation beschrieben. Eine genauere Diagnose der konkreten Inkongruenz der Patienten und Patientinnen fehlt aber auch hier. Die Veränderung der Inkongruenz, wie sie Therapeuten und Therapeutinnen empathisch nachvollziehen, wird bei phänomenologischen Beschreibungen des Therapieverlaufs ebenfalls nicht referiert (vgl. z. B. Eckert, Höger & Linster, 1997).

Die Notwendigkeit einer genaueren inhaltlich-konkreten Bestimmung der Veränderung der Inkongruenz während des

Sylvia Keil, MSc, Ausbilderin und Lehrtherapeutin der ÖGwG, Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis. Mitglied der Ethik-Kommission der ÖGwG, Lektorin an der FH Campus Wien, Bachelorstudiengang Soziale Arbeit. E-Mail: sylvia@keil.or.at

Therapieprozesses wird in der Literatur nicht thematisiert. Die genaue Bestimmung scheint auch tatsächlich nicht erforderlich zu sein, weil die Aufrechterhaltung der empathischen, wertschätzenden und kongruenten Beziehung als der zentrale Wirkfaktor für therapeutische Veränderung angesehen wird.

Aber gerade um diese therapeutische Haltung beizubehalten, ist die Frage, wie die Inkongruenz einer Person zu verstehen ist, immer wieder Thema in Supervisionen. Denn das empathische Verstehen richtet sich auf den inneren Bezugsrahmen, der von der vorhandenen Inkongruenz bestimmt wird. Während der Reorganisation des Selbstkonzepts im Therapieverlauf ändert sich auch die Inkongruenz. Diese Veränderungen werden in der Regel intuitiv empathisch verstanden. Daraus besteht die tägliche Arbeit, die viel Kraft braucht und Geschick verlangt. Eine explizite Beschreibung dieser Veränderung mithilfe des Inkongruenzmodells erfolgt aber in der Regel nicht.

Wenn jedoch das Inkongruenzmodell nach Indikationsstellung „vergessen“ wird, so wird eine konzeptuelle Stärke des personenzentrierten Persönlichkeitskonzepts nicht genügend genutzt. Der theoretische Rahmen, der durch eine inhaltlich-konkrete, prozessuale Inkongruenz-Diagnostik errichtet wird, könnte mehr Sicherheit und Orientierung in schwierigen Therapieverläufen bringen.

Allerdings steht dafür noch kein methodisches Handlungskonzept zur Verfügung, das diese komplexe therapeutische Aufgabe systematisch beschreibt und damit auch erlernbar macht.

Im Bemühen, die Bedeutung der Inkongruenz im Therapieprozess für das empathische Verstehen deutlich zu machen, habe ich das Handlungsmodell „Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik“ (PID) entwickelt, das ich nun in diesem Beitrag vorstellen möchte.

1. Inkongruenz als dynamischer Prozess

Am Inkongruenzmodell orientieren sich alle personenzentrierten Therapeuten und Therapeutinnen. Sie haben den beeindruckenden und berührenden Wandel bei sich selbst und anderen erlebt, wenn kongruentes Erleben auftaucht. Diese *felt shift*-Erfahrungen bleiben in Erinnerung und prägen das therapeutische Handeln und Verstehen.

Rogers definiert das Konzept „Inkongruenz“ als Zustand, bei dem Widerspruch besteht zwischen dem, wie ein Mensch sein Selbst wahrnimmt, und seinen „tatsächlichen organismischen Erfahrungen“ (Rogers, 1959/1987, S. 29). Der „Zustand“, der aus Wahrnehmungen und Erfahrungen „besteht“, ist jedoch kein statischer. So, wie Rogers das Selbst konzipiert hat als „geschlossene, organisierte, konsistente Gestalt“, als „fließende, sich ändernde Wesenheit“, die als ein „Prozess“ verstanden werden kann, „der jedoch zu jedem gegebenen Zeitpunkt

eine spezifische Gestalt aufweist“ (Rogers, 1959/1987, S. 26), betrachte ich auch die Inkongruenz als einen bedeutungsvollen Prozess, in dem situations- und zeitabhängig unterschiedliche Abwehr-Dynamiken und Muster zu erkennen sind. Daraus ergibt sich die Verwendung des Begriffes Inkongruenzdynamik im hier zur Diskussion gestellten Handlungsmodell PID.

Wegen der Namensähnlichkeit soll an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass „Inkongruenzdynamik“ im Sinne des PID nichts mit dem Konzept der „Allgemeinen Inkongruenzdynamik (AID)“ bei Speierer (1994, S. 92) zu tun hat, da sich die Konzepte hinsichtlich des zu Grunde liegenden Inkongruenz-Verständnisses völlig unterscheiden.

1.1. Inkongruenzdynamik

Bei einer Integration von Rogers' Inkongruenzmodell mit Gendlins *process model* (Gendlin, 1997) beschreibt Inkongruenzdynamik die kontinuierlichen organismischen Prozesse in internen und externen Beziehungsräumen des Gesamtorganismus. Das sind insbesondere die zirkulären Beziehungen zwischen körperlichem Spüren/experiencing und den mehr oder weniger maladaptiven strukturgebundenen Reaktionen darauf. Umgekehrt reagiert auch das körperliche Spüren auf die Prozesse, wie sie vom Organismus in seinen internen und externen Umwelten von Moment zu Moment wahrgenommen werden.

Die „strukturgebundenen Reaktionen“ des menschlichen Organismus können sowohl nicht bewussteinfähige neurophysiologische Prozesse als auch bewussteinfähige, aber nicht unbedingt bewusste, Handlungs- und Verhaltensmuster oder Gefühlsschemata sein. Dazu gehören Selbst-Narrative (z. B. „Ich bin eine glückliche Person!“), Träume, Gedanken, (biografische) Erfahrungen, Worte, Erzählungen, aber auch die Erfahrung von körperlichen und psychischen Symptomen. Auch wenn solche strukturgebundenen Prozesse oft wie fixe Entitäten erscheinen, ist stets im Bewusstsein zu halten, dass es sich um Prozesse handelt, die ein Organismus ständig reproduziert, um sich am Leben zu erhalten.

Ziel dieser organismischen Inkongruenzdynamik bei Menschen ist jedenfalls die Aufrechterhaltung der bedingungslosen Selbstachtung, bzw. wird die Dynamik auch vom Bedürfnis nach dieser Wertschätzung bestimmt.

Da sich in jedem Organismus strukturgebundene Prozesse abspielen, gibt es immer eine Inkongruenzdynamik zu beobachten. Inkongruenz hat stets mit Strukturgebundenheit zu tun und Struktur kann nicht und soll nicht kongruent mit aktuellem Erleben sein. Fully functioning person erlebt sich oder erscheint von außen als eine Person „ohne Abwehr“ (Rogers, 1959/1987). Es ist jedoch ein Missverständnis, daraus zu schließen, dass diese Person keine Selbststruktur mehr „braucht“. Sie hat eine besonders flexible und stabile Selbststruktur entwickelt,

wenn sie fähig ist, aktuelles Erleben zu symbolisieren, und zwar immer dann, wenn es notwendig erscheint (vgl. dazu die interessanten Erläuterungen von Gendlin, 1959). Gerade weil Menschen mit maladaptiven Erlebensformen über eine zu „schwache“ Selbststruktur verfügen, ist es wichtig, die Stabilität der Selbststruktur im Blick zu haben, wenn Erlebensprozesse angeregt werden.

Krankheitswertig ist daher eine Inkongruenzdynamik nur dann, wenn systematisch keine aktuellen Symbolisierungsprozesse möglich sind, wenn mit dem felt sense keine Kommunikation und keine Interaktion stattfindet, obwohl sie notwendig wäre. Hinweise auf eine krankheitswertige Inkongruenz sind sicherlich dann gegeben, wenn der betroffene Mensch leidet, wegen körperlicher Symptome, psychischer Störungen oder wegen chronischer Probleme. Der Organismus hat in diesem Fall ein Selbstkonzept entwickelt, mit dem er sich überlastet.

Als krankheitswertige Inkongruenz wird eine Dynamik bei Personen mit einem Therapieanliegen aber auch dann eingeschätzt, wenn die intrapsychische Beziehungsqualität nicht von einfühlsamer, kongruenter Wertschätzung geprägt ist, da auch in diesem Fall die bewusste Interaktion mit dem experiencing-Prozess nicht möglich ist, selbst wenn vordergründig noch keine psychische Störung klassifiziert werden kann.

Zur Verdeutlichung möchte ich Inkongruenz von Vorstellungen abgrenzen, die Inkongruenz mit Diskrepanzen aller Art erklären. Ein plakatives Beispiel dieser Form von Inkongruenzdefinition findet sich bei Kunert (2013), die mit Verweis auf das Inkongruenzmodell von Speierer (1994) Transsexualität als „konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz“ bezeichnet. Sie beschreibt eine Person, die schon als Kind wusste, dass sie geschlechtlich in einem falschen Körper lebt und bezeichnet dieses Problem als Inkongruenz. Wenn eine Person dieses Problem so wahrnimmt und dies mit ihrer organismischen Erfahrung übereinstimmt, besteht kein Widerspruch zwischen ihrem Selbst und ihrer organismischen Erfahrung. Sie erlebt das Problem kongruent. Die Person hat ein schwerwiegendes Problem mit ihrer sozialen Umwelt, auch mit ihrem biologischen Geschlecht, aber das allein ist noch kein Hinweis auf eine Inkongruenz. Hinweise auf eine krankheitswertige Inkongruenz sind erst dann gegeben, wenn eine solche Person mit ihrem aktuellen Erleben nicht in Kontakt kommt, wenn sie sich in ihren Empfindungen und Gefühlen nicht akzeptieren kann oder wenn es in der therapeutischen Beziehung schwerfällt, die empathisch, wertschätzende Haltung kongruent aufrechtzuerhalten.

1.2. Inkongruenzdynamik im Therapieprozess

Die Personzentrierte Psychotherapie wirkt über die kommunikativen interagierenden Prozesse in der therapeutischen Beziehung. Sie ist insbesondere dann förderlich, wenn diese Prozesse

das körperliche Erleben von beiden Beziehungspartnern oder Beziehungspartnerinnen berühren und weitertragen (vgl. das carrying-forward-Konzept bei Gendlin, 1997). Diese intrapsychischen und interpersonellen Beziehungen lassen sich empathisch nachvollziehen. Mit dem empathischen Zugang wird gleichzeitig ein Beziehungsangebot gesetzt, das sämtliche Beziehungsverhältnisse „ansteckt“.

Das PID-Konzept bezieht sich besonders auf dieses Phänomen der gegenseitigen Ansteckung im Erleben. Bevor Patienten oder Patientinnen das Beziehungsangebot in der Therapie für den Umgang mit sich selbst übernehmen, geschieht die Ansteckung umgekehrt. Therapeuten und Therapeutinnen spüren im empathischen Einlassen die Beziehungsqualität, unter der die Patienten oder Patientinnen leiden. Diese interaffektive Ansteckung zeigt sich oftmals darin, dass die unbedingt wertschätzende Haltung nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Diese Abweichung ist kein therapeutischer Fehler, sondern geradezu die Chance, die leiden-erzeugende Inkongruenzdynamik, die oftmals nicht sprachlich ausgedrückt werden kann, zu verstehen (vgl. Keil S., 2003).

Auch Eckert (1996, S. 162) weist darauf hin, dass die Abweichung von der therapeutischen Haltung – er nennt es „reaktive Inkongruenz“ – in manchen Fällen etwas mit der Problematik der Patienten oder Patientinnen zu tun hat. Er rät jedoch zu Beginn der therapeutischen Tätigkeit von solchen Interpretationen ab. Nur wer als Therapeut oder Therapeutin frei wäre von primärer Inkongruenz, sollte diesen Zusammenhang herstellen. Abgesehen davon, dass kaum jemand frei von primärer Inkongruenz ist, entspricht das nicht meiner Erfahrung. Vor allem Berufsanfänger und -anfängerinnen verbauen sich oft diesen Zugang zum empathischen Verstehen über die eigene Resonanz, weil sie ihre emotionale Irritation in der therapeutischen Beziehung auf Defizite ihrer Person zurückführen.

Da die Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehungsqualität als Wirkfaktor für psychotherapeutische Veränderung angesehen wird, müssen Personzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen lernen, kontinuierlich auf ihr Erleben in der Beziehung zu achten. Denn es sind geradezu die Abweichungen von der geforderten Beziehungsqualität, die ein tieferes Verstehen ermöglichen und die auch die Notwendigkeit einer Psychotherapie erklären. Eine Fußnote in der ersten Auflage von „Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen“ bringt es auf den Punkt:

„Wir haben die Annahme, dass dann, wenn es dem Therapeuten möglich ist, die therapeutische Funktion unangefochten zu erfüllen, die psychotherapeutische Behandlung als abgeschlossen betrachtet werden kann. ... Auch in dieser Hinsicht unterscheidet sich die therapeutische Beziehung von einer ‚normalen‘ Beziehung: Sie löst sich auf in dem Moment, in dem sie so sein kann, wie sie sein soll.“ (Biermann-Ratjen et al., 1979, S. 12 f.)

Da die personzentrierte Beziehungsqualität erst dann im Erleben realisiert werden kann, wenn keine Therapie mehr nötig ist, sollte nicht die Kontrolle der wertschätzenden Haltung im Vordergrund der therapeutischen Reflexion stehen. Die Wahrnehmung der Resonanz in der Beziehung, völlig unabhängig davon, ob sie nun wertschätzend ist oder nicht, liefert wertvolle Hinweise auf das Erleben und die organismisch erlebten Probleme der Person als ganzer.

Gerade das eigene Spüren des unaussprechlichen Leidens oder Beziehungsproblems steht am Beginn einer oft mühsamen therapeutischen Veränderung. Es geht dabei ja darum, gemeinsam mit den Patienten und Patientinnen, selbst aus dem gespürten Beziehungsdilemma herauszukommen.

In solchen therapeutischen Prozessen brauche ich die Diagnostik der Inkongruenzdynamik, um eine Vorstellung davon zu haben, ob sich ein förderlicher Prozess abspielt oder nicht. Solange sich mein empathisches Verstehen vertieft, hoffe ich, dass dies auch in irgendeiner Form hilfreich für die Patienten und Patientinnen sein wird.

Mein diesbezüglicher Lehrmeister war ein sehr attraktiver und sehr intelligenter Patient, Herr M., der vergleichbar der Problematik im Film „Und ewig grüßt das Murmeltier“¹ über Jahre hinweg fast jede Stunde mit der – für ihn völlig neu aufgetauchten – Frage begonnen hat: „... ich weiß nicht, ob du mich verstehst, aber glaubst du, hat die Therapie überhaupt noch einen Sinn, mir geht es immer schlechter!“ Erst viel später konnte er seinen Dank ausdrücken, dass ich „damals nicht aufgegeben habe“. Ohne das Kriterium, den Therapiefortschritt an der Zunahme meines Verstehens zu erkennen, hätte ich nicht durchhalten können. Wie Phil Connor, der im oben erwähnten Film so lange in einer Zeitschleife festhängt, bis er liebesfähig wird, hatte ich in jeder Stunde eine neue Chance, zu lernen, wie ich guten Kontakt zu diesem Patienten herstellen konnte. Es gelang regelmäßig, aber immer mit unterschiedlichen Strategien. Während ich froh war, dass der Kontakt überhaupt zustande kam, verunsicherte ihn die Unkontrollierbarkeit des Geschehens so stark, dass die positive Beziehungserfahrung kaum angenommen werden konnte. Wie ich erst aus dem Rückblick weiß, litt der Klient darunter, dass er bei jedem Erleben von Unsicherheit Kontakte, insbesondere auch den Kontakt zu sich selbst, mit dissoziativer Qualität abrechnen musste, um sich mit seinem Selbstkonzept als „einer, der Sicherheit braucht“, stabil zu halten. Dass die Phase so lange dauerte, korrespondiert mit dem Ausmaß der Instabilität des Selbstkonzeptes. Ich

nehme an, dass der Patient in der Therapie erst wichtige Beziehungserfahrungen nachholen musste, um insgesamt in Beziehungen sicherer zu werden. Erst auf Basis dieser Sicherheit ist eine zunehmende Reflexion bzw. eine strukturelle Veränderung des Selbstkonzepts möglich.

1.3. Sechs diagnostische Aspekte zur Erschließung der Inkongruenzdynamik

Im hier vorgestellten Handlungsmodell wird Diagnose als Teilschritt professionellen Handelns begriffen. Professionelles Handeln lässt sich als Ablauf von Datenerhebung (Anamnese), Einschätzung der Problemsituation (Diagnose) und Intervention beschreiben. Vor dem jeweiligen fachlichen Hintergrund werden Informationen gesammelt (Anamnese) und oft auch gezielt erhoben, um zu einer Diagnose zu kommen (Diagnostik). Die erhobenen Daten werden in Form einer Diagnose auf den Punkt gebracht, bei der die Problemsituation aus fachlicher Perspektive definiert wird. Auf Basis der Diagnose erfolgt die Auswahl der Interventionen. Diagnosen im Behandlungsprozess sind niemals Statusdiagnosen, sondern müssen als Verlaufsdiagnosen betrachtet werden, wenn sie Ausgangspunkte für die Interventionen darstellen. Verlaufsdiagnosen erfüllen ihren Zweck nur im Therapieprozess; ihre Angemessenheit zeigt sich darin, ob die Interventionen zum erwarteten Ziel führen.

Diagnose im Sinn dieses Verständnisses hat also nichts mit der klassifikatorischen (Status-)Diagnose zu tun, wenn die Symptomatik nach ICD-10 oder DSM-IV diagnostiziert wird. Sie soll auch nicht mit einer psychologischen Diagnose verwechselt werden, die auf Basis von psychologischen Tests und Gesprächen zustande kommt. Auch wenn solche Diagnosen in der Psychotherapie ebenfalls berücksichtigt werden, geht es hier um die methodenspezifische Diagnose, die sich im Personzentrierten Ansatz am Inkongruenzkonzept zu orientieren hat. Empathisches Verstehen soll sich auf den inneren Bezugsrahmen richten. Der innere Bezugsrahmen bezeichnet die subjektive Welt eines Menschen, die in einem bestimmten Augenblick erfahren, wahrgenommen, erinnert oder empfunden wird (vgl. Rogers, 1959/1987, S. 37). Es handelt sich um Erfahrungen, die prinzipiell der Gewährwerdung zugänglich sind. Rogers sagt es nicht explizit, es ist aber im Kontext des Gesamtkonzepts naheliegend, davon auszugehen, dass die Beziehungsqualität in dieser inneren Welt von der Inkongruenzdynamik der Person geprägt ist. Empathisches Verstehen, auch wenn es sich dann „nur“ in einer Intervention wie „saying back“ ausdrückt, enthält also implizit anamnestiche und diagnostische Momente und erfolgt auf Basis einer Diagnose über die Inkongruenzdynamik im inneren Bezugsrahmen, die mehr oder weniger umfassend und auch mehr oder weniger bewusst sein kann.

¹ Eine genaue Filmbeschreibung findet sich unter http://de.wikipedia.org/wiki/Und_ewig_gr%C3%A4u%C3%BC%C3%9Ft_das_Murmeltier [15. 8. 2013]

Es ist jedoch zu fragen, wie das hoch-abstrakte Inkongruenzmodell auf Phänomene der Praxis angewendet werden kann. Wie lässt sich die konkrete gestalthafte Inkongruenzdynamik in den kontinuierlichen Erzählungen und Dialogen in der psychotherapeutischen Beziehung diagnostisch erkennen? Denn in den einzelnen Therapiegesprächen zeigen sich nur Teilaspekte der Inkongruenzdynamik.

Wird Inkongruenz als dynamisches Verhältnis zwischen Organismus, organismischem Erleben und Selbstkonzept konzipiert (vgl. Keil, S., 2009a, 2009b, 2011), so lässt sich im Lauf der Therapie, wenn immer mehr Facetten erkennbar werden, die Gesamtdynamik erfassen. Für die Diagnose der Inkongruenzdynamik sind fünf Aspekte sowohl im einzelnen als auch in ihren Wechselwirkungen (Pkt. 6) zu berücksichtigen.

1. *Selbstbilder*: Sie dienen zur Aufrechterhaltung der Konsistenz und Kohärenz der Persönlichkeit und Identität. Menschen berichten in der Therapie, welche Vorstellungen sie von sich selbst haben. Sie äußern es oft sehr direkt, z. B. „Ich bin ein froher Mensch!“, „Ich bin ein ehrlicher Mensch!“, „Ich bin einer, der (so etwas) nicht macht!“ etc. Solche Aussagen sind Hinweise auf die Selbstbilder im Selbstkonzept. Es gibt in den meisten Fällen mehrere Selbstbilder, die miteinander in einem Zusammenhang stehen. Je rigider solche Selbstbilder verteidigt werden, umso krankheitswertiger ist die Inkongruenzdynamik einzuschätzen.
2. *Verhaltensmuster, Handlungsstrategien*: Es ist anzunehmen, dass Handlungsweisen, welche eine Person immer wieder zeigt, Selbstkonzept-geleitet sind. Sie dienen dazu, die bestehenden Selbstbilder aufrechtzuerhalten, zu bestätigen. Zu beachten ist, dass diese Verhaltensmuster daher in jedem Fall zu unterstützen sind, sie stellen Ressourcen dar. Oftmals sind sie aber auch gleichzeitig die Ursache von einer krankheitswertigen Dynamik, wenn eine Person mit diesen Strategien nicht auf ihr Erleben „hören“ kann und den Organismus dadurch belastet oder wenn die Problemlösung nach dem Prinzip „mehr desselben“ eskaliert. Eine große Erleichterung stellt sich in Therapien oft dadurch ein, dass solche vorhandenen Strategien verbessert werden, eventuell dazu verwendet werden können, mit sich selbst besser umzugehen. Im obigen Fallbeispiel wäre das dann gegeben, wenn Herr M. es schafft, bei Verunsicherung seine dissoziative Abwehrstrategie durch eine adäquate Selbstkontrolle zu ersetzen.
3. *Symptome*: Wenn Symptome als Folge einer Inkongruenz eingeschätzt werden, dann weisen sie darauf hin, dass die Person mit ihrem Selbstkonzept den gesamten Organismus überlastet. Für das Verstehen der Inkongruenzdynamik sind folgende Fragen relevant: Welche Symptome hat der Organismus ausgebildet? Wie lässt sich die „Symptomsprache“ verstehen? Welche organismische Befindlichkeit wird über die Symptome artikuliert? Mit welchen Strategien reagiert die Person mit ihren Selbstbildern auf die Symptome? Die Unterscheidung, ob es sich bei psychischen Symptomen (z. B. depressives Erleben oder Stottern, Sucht etc.) um „Symptome“ oder eher um Handlungsweisen bzw. um bewusste Erfahrungen handelt, ist oftmals schwierig und nur im Einzelfall (vorläufig) zu entscheiden. So ist der dissoziative Kontaktabbruch im obigen Fallbeispiel auch als traumaspezifisches Symptom einzuschätzen, das aber im Lauf der Therapie immer mehr bewusst und als Handlungsweise kontrollierbar wird.
4. *Bewusste Erfahrungen*: Es ist anzunehmen, dass alles, was eine Person in ihrem Bewusstsein erlebt und ausdrücken kann, in irgendeiner Weise mit dem Selbstkonzept vereinbar ist. Dabei sind Erfahrungen, die bewusst erlebt, aber zugleich bekämpft und abgelehnt werden, besonders wichtig. Wenn jemand sagen kann: „Ich glaube, dass ich schlank bin, aber im Spiegel sehe ich, dass ich fett bin“, hat die Person von sich das Bild einer „schlanken Person“, sie hat aber ein Selbstkonzept ausgebildet, das die Wahrnehmung der Diskrepanz erlaubt, obwohl sie ihre körperliche Gestalt gar nicht akzeptieren kann. Eine Person mit einem solchen Selbstkonzept ist wesentlich stabiler als jemand, der die Diskrepanz gar nicht wahrnehmen kann.
5. *Vermutungen über organismisches Erleben*: Aufgrund der Resonanz in der therapeutischen Beziehung lässt sich vermuten, was die Person vielleicht auch erlebt, aber mit ihrem Selbstkonzept oder ihren Strategien noch nicht zulassen, nicht symbolisieren kann. Eine weitere Analysemöglichkeit besteht in der Reflexion der Basisaffekte, welche die Person nicht erlebt, im Unterschied zu denen, die sie sehr wohl erleben kann. Es geht dabei darum, empathisch zu erschließen, welche Gefühle der Organismus mit dem bisher erkannten Selbstkonzept gut wahrnehmen kann, und welche Basisgefühle womöglich nicht oder nur verzerrt symbolisiert werden können. Es geht hier auch darum, darauf zu achten, ob eine Person strukturgebundenes Erleben (z. B. Panik oder depressive Stimmung) schildert, mit welchem kein *carrying forward*-Prozess möglich ist, oder ob sie Erleben ausdrückt, das einem *experiencing* entspricht.
6. *Inkongruenzdynamik des Organismus*: Der einzige Akteur, der handelt und reagiert, auch mit Symptomen reagiert, ist der Organismus als ganzer. Er verwendet sein Selbstkonzept, das er auf Basis von biografischen Erfahrungen gebildet hat, in denen sich die Person wertgeschätzt gefühlt hat. Dieses Selbstkonzept hat sich bewährt, gerade auch weil die negativen Folgen, die mit ihm verknüpft sind, nicht klar sind. In der Therapie kann eine Person grundsätzlich selbst entdecken, an welchem Selbstkonzept sie „sich orientiert“ und „festhält“ bzw. welche Empfindungen so bedrohlich sind, dass das Selbstkonzept zur Stabilisierung notwendig

ist. Sie lernt zu unterscheiden, unter welchen Bedingungen ihr Selbstkonzept tatsächlich zielführend ist, unter welchen jedoch nicht. Diese Zusammenhänge lassen sich als vorläufige Inkongruenzdiagnose beschreiben (siehe Beispiel in Pkt 2.3). Es ist jedoch zu bedenken, dass dieses Selbst-Entdecken, d. h. das empathische Verstehen des eigenen Selbstkonzepts, in den meisten Fällen mit großer Angst verbunden ist, destabilisierend wirkt und daher auch in der therapeutischen Beziehung sehr lange vermieden wird. Meist entlastet und stabilisiert sich der Organismus im Klima der therapeutischen Beziehung, ohne dass die Struktur des Selbstkonzepts im Detail bewusst werden muss. Dennoch sollten Therapeuten und Therapeutinnen von Beginn an versuchen, die Inkongruenzdynamik und hier insbesondere die Struktur des Selbstkonzepts diagnostisch zu erfassen, damit sie in schwierigen Therapiemomenten selbstkonzeptspezifisch intervenieren können.

Eine Diagnose über die Inkongruenzdynamik hat nicht den Anspruch „objektiv“ zu sein, wird sie doch aus dem subjektiven Erleben des Therapeuten bzw. der Therapeutin „geboren“. Dennoch lassen sich Qualitätskriterien festlegen. Eine solche Verstehenshypothese ist dann besonders „gut“, wenn sie

- für andere nachvollziehbar ist,
- mit den vorhandenen Anamnesedaten übereinstimmt,
- hilft, empathischer und wertschätzender zu sein als vorher, und
- Ansatzpunkte für neue oder spezifische Interventionsstrategien enthält.

2. Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik – ein Handlungsmodell

Das Handlungsmodell „Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik“ beschreibt ein methodisch-therapeutisches Vorgehen, das am Konzept der Hermeneutischen Empathie (Keil, W., 1997; 2013) anschließt, aber noch darüber hinausgeht. Es sollen nicht nur biografische Verstehenshypothesen aus der Resonanz heraus entwickelt werden, mit denen die wertschätzende Haltung wieder eingenommen werden kann, sondern es soll eine Diagnose über die Inkongruenzdynamik gebildet werden. Das Modell beschreibt ein generelles therapeutisches Prinzip und ist nicht nur eine Methode, die in Situationen anzuwenden ist, wenn die bedingungslose Wertschätzung nicht mehr erfüllt ist.

PID leitet an, niedrig abstrakte Verstehenshypothesen, wie sie im Therapieprozess und durch hermeneutische Empathie entstehen, systematisch auf höherer Abstraktionsebene dem Inkongruenzmodell zuzuordnen. Dadurch werden die komplexen Erfahrungen, Ereignisse und Informationen, die im direkten

Kontakt aufgenommen werden, therapierelevant strukturiert und auf eine (vorläufige) konkrete Inkongruenz-Diagnose reduziert. Diese ist dann die Basis für die Entwicklung von Inkongruenz-spezifischen Interventionsstrategien, deren prozessfördernde Nützlichkeit im Kontakt mit den Patienten und Patientinnen gegengecheckt wird.

PID dient also dazu, den Prozess des Erkennens der individuellen Inkongruenz und deren Veränderungen im Lauf der Therapie systematisch im Blick zu halten und diese Wahrnehmungen gezielt für das empathische Verstehen und Intervenieren aus diesem Verstehen heraus zu nützen.

Eine genaue Inkongruenz-Diagnose soll Grundlage für spezifische Interventionsstrategien sein und Wege aufzeigen, wie *experiencing*-Prozesse angeregt werden können, ohne die Stabilität der Person zu sehr zu gefährden. Denn bei rigiden Erlebensformen ist immer die Gefahr der Desorganisation gegeben. Durch eine konkrete Inkongruenzdiagnostik kann eher erkannt werden, wie sich bestimmte Belastungen auf einen Menschen mit seinem Selbstkonzept auswirken.

Gewissermaßen als Nebenprodukt ermöglicht diese kontinuierliche Inkongruenzdiagnostik auch eine Orientierungshilfe im komplexen Therapieprozess. Die einzelnen unterschiedlichen Diagnosen über die Inkongruenzdynamik stellen Stationen dar, die aufzeigen, wie sich das empathische Verstehen im Lauf des Therapieprozesses verändert hat. Daraus ergibt sich ein weiterer Mehrwert bezüglich des empathischen Verstehens. Denn es stellt sich die Frage, wie es meta-empathisch zu verstehen ist, dass der Therapieprozess genau diesen konkreten Verlauf genommen hat.

In diesem Kapitel soll nun an einem rekonstruierten Fallbeispiel (Frau K.) demonstriert werden, wie das Modell im Detail umzusetzen ist. Der komplexe Prozess lässt sich in fünf Schritte gliedern. Es muss allerdings betont werden, dass diese Schrittfolge in der Praxis nicht in dieser Reihenfolge abläuft. Es handelt sich eher um einen Prozess, der zwischen den einzelnen Schritten hin und her pendelt. Der Inkongruenz-Diagnose kommt eine besondere Bedeutung zu. Sie entspricht dem, was in der Sprache des *focusing* als „Griff“ bezeichnet wird. Sie ist in Erinnerung zu behalten, weil an der Veränderung dieser Diagnosen dann später die konkrete Veränderung durch Therapie am leichtesten zu beschreiben ist.

2.1. Schritt 1: Aus eigener Resonanz Verstehenshypothesen bilden

Die für psychische Veränderung erforderliche Beziehungsqualität hat Rogers (1959/1987) in der Therapietheorie in Form von sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen beschrieben. Die erste Bedingung „zwei Personen sind in Kontakt“ bezieht sich auf beide Personen in der therapeutischen Beziehung.

Zwei der weiteren Bedingungen betreffen den Klienten bzw. die Klientin. Er oder sie soll sich in einem Zustand der Inkongruenz befinden (Bedingung 2) und das therapeutische Beziehungsangebot annehmen können (Bedingung 6). Nur drei dieser Bedingungen beziehen sich auf Merkmale im Erleben des Therapeuten bzw. der Therapeutin, nämlich die Kongruenz in der Beziehung (Bedingung 3), die bedingungslose Wertschätzung (Bedingung 4) und das empathische Verstehen des inneren Bezugsrahmens (Bedingung 5). Da alle Bedingungen Erlebensqualitäten ansprechen, die nicht willkürlich hergestellt werden können, haben Therapeuten und Therapeutinnen nur dadurch Einfluss auf das Beziehungsklima, dass sie sich aktiv um das empathische Verstehen bemühen und ihre wertschätzende Haltung kontinuierlich reflektieren.

Empathisches Verstehen hat jedoch immer hypothetischen Charakter. Nicht einmal dann, wenn der Patient oder die Patientin einer Interpretation zustimmt, wird eine solche „Verstehenshypothese“ als abschließend verifiziert betrachtet. Dies hat mit dem personenzentrierten Verständnis von Empathie als Prozess zu tun (vgl. Rogers, 1975/1980). Auch Binder (Binder, 1994) betont die therapeutische Funktion des Prozesscharakters von Empathie.

Der Begriff „Verstehenshypothesen“ geht über diese kontinuierlichen Hypothesenbildungen während des aktiven Zuhörens hinaus. Er wurde von Auckenthaler (1989) eingeführt, um im Kontrast zur psychoanalytischen „Deutung“ die Basis personenzentrierter Methodik zu beschreiben. In der Supervision werden die unterschiedlichen Hypothesen „kritisch hinterfragt und gegeneinander abgewogen“, „mit dem Ziel, ... die (vorläufig), überzeugendste ‚Verstehenshypothese‘ zu finden, die dem Therapeuten dann als Grundlage für sein weiteres Handeln dienen soll“ (Auckenthaler, 1995, S. 14). Der Begriff Verstehenshypothesen bezieht sich also auf ein weitreichendes Verstehen, das mit einer generellen Handlungsdisposition verknüpft ist, die so lange beibehalten werden kann, bis sich die Hypothese im Therapieprozess nicht mehr bewährt.

Die Therapeuten oder Therapeutinnen haben Muster im inneren Bezugsrahmen entdeckt, vor deren Hintergrund sie die aktuellen Aussagen oder Verhaltensweisen einordnen und mit bedingungsfreier Wertschätzung verstehen können. Etwa vergleichbar den Aha-Erlebnissen, wenn wir in einem Theaterstück oder Film mit der Zeit verstehen, worum es überhaupt geht bzw. was der Autor oder die Autorin im Sinn hat. Wie in einem guten Theaterstück kommt es aber auch in einem Therapieverlauf zu überraschenden Wendungen, wodurch sich das Verstehen grundlegend ändert. Diesen bedeutungsvollen Kontext zu begreifen, meint wohl das, was Rogers in der vierten der sechs Bedingungen beschreibt: „Der Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Klienten.“ (Rogers, 1959/1987, S. 40)

Auch im PID wird der Begriff Verstehenshypothese verwendet. Eine solche berücksichtigt den inneren Bezugsrahmen, sie wird aus der eigenen Resonanz heraus gebildet und in einem zweiten Schritt mit den bekannten Fakten aus der Therapie verglichen bzw. kontrastiert.

Wenn sich Therapeuten und Therapeutinnen auf die Beziehung einlassen, löst jeder Patient und jede Patientin eine ganz spezifische Resonanz aus. Diese Resonanz enthält implizit die gesamte Problematik der Person, ihre Stärken und Nöte. Diese Resonanz stellt sich sofort ein und tritt nicht erst auf, wenn eine Störung in der Beziehung oder in der therapeutischen Haltung wahrgenommen wird. D.h. sie lässt sich permanent für das Verstehen nützen. Sie ändert sich, wenn sich etwas in der Beziehung und damit auch im Therapieprozess ändert.

Die eigene Resonanz wird als *felt sense* spürbar und kann daher in einem speziellen Focusing-Prozess (vgl. Gendlin & Wiltschko, 2004) zu einer stimmigen Beschreibung der Beziehungsdynamik führen. Die ersten Fragen an die *felt sense* beziehen sich darauf, wie der Therapeut oder die Therapeutin die Person wahrnimmt.

- Wie erlebe ich die Person?
- Wie ginge es mir mit der Person in einem privaten Kontext: auf einer langen Eisenbahnfahrt, als Kollege oder Kollegin, als Freund oder Freundin, als Partner oder Partnerin etc.?
- Welche Impulse habe ich, was würde ich am liebsten mit ihr tun, was erlaube ich mir nicht? Was fürchte ich?

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die spezifische Beziehungsdynamik, die sich im Kontakt mit der Person spontan eingestellt hat²:

- Wie erlebt sich der Therapeut oder die Therapeutin in der Beziehung?
- Wie reagiert der Therapeut oder die Therapeutin, was tut der Patient oder die Patientin?
- Was geschieht im Miteinander? Mit welcher Metapher lässt sich die Dynamik beschreiben? Mit welcher Skulptur könnte die Beziehungsdynamik künstlerisch ausgedrückt werden?

Ziel dieser Reflexion entlang der obigen Fragen ist es, zu einer Beschreibung der Situation zu kommen, die sich stimmig anfühlt.

In längeren Therapieprozessen ist die Resonanz komplexer, dann braucht es für eine solche Explikation einen intensiven Auseinandersetzungsprozess. In einem Erstkontakt, wie in folgendem Beispiel, ist die Resonanz oft sehr rasch zu beschreiben.

² Einen guten Überblick über mögliche Formen von Beziehungsmustern bietet das OPD auf der Beziehungs-Achse. (Arbeitskreis OPD, 2006)

Erstkontakt – Frau K.:

Beim telefonischen Erstkontakt erreicht mich Frau K., die in geschäftsmäßigem Befehlston, der keine Widerrede erwartet, „dringend“ einen Termin braucht. Ich habe spontan den Eindruck, es handle sich um eine Krise. Da ich nicht früher Zeit habe, biete ich ihr entschuldigend einen Termin erst in der nächsten Woche an. Sie erklärt mir daraufhin, dass sie sowieso erst frühestens in zwei Wochen einen Termin ausmachen kann, weil sie mit der Taufe der Tochter noch so viel zu tun hat.

Resonanz 1: *Ich fühle mich nach dem Telefonat „überfahren“ und gleichzeitig seltsam „alleine stehen gelassen“.*

Ich gehe nun von der grundsätzlichen Annahme aus, dass das Erleben des Therapeuten oder der Therapeutin im Zusammenhang mit der Inkongruenz der Klienten oder Klientinnen Sinn macht. Daher frage ich in einem nächsten Schritt:

- Geht es der Person vielleicht auch so, wie es mir in der Beziehung mit ihr geht? Spüre ich vielleicht, wie es ihr innerlich geht, was sie aber nicht ausdrücken kann?
- Geht es anderen mit der Person auch so, wie es mir mit ihr geht? Welche Beziehungserfahrung macht sie dann immer? (Wenn ich mich überfahren fühle, geht es anderen vielleicht auch so? Sind dann andere auch so „gnädig“ wie ich oder reagieren sie mit Gegenwehr?)
- Wie profitiert die Person, dass sie auf andere so wirkt?
- Wie könnte zwischen der Resonanz ein sinnvoller Zusammenhang mit den Symptomen hergestellt werden, die der Gesamtorganismus der Person ausgebildet hat?

Dieses Sinnsuchen wird solange fortgesetzt, bis sich ein Aha-Erlebnis einstellt, das die therapeutische Haltung erleichtert. Dieses Aha-Erlebnis entspricht einer Verstehenshypothese. Im Fallbeispiel komme ich zu dieser ersten Verstehenshypothese.

1. Verstehenshypothese aus der Resonanz im Erstkontakt – Frau K.

Wenn ich annehme, mein Spüren im Erstkontakt ist ein Hinweis auf ihr Erleben, dann verstehe ich ihre Problematik, die sie in die Therapie führt, folgendermaßen: Ihre Beziehungserfahrungen bestehen aus brutalem Überfahren-Werden, bei dem sie sich alleingelassen fühlt und nicht als fühlendes Wesen wahrgenommen wird. In ihrer Not kann sie Kontakt nur bekommen, indem sie mit ihrer Forderung andere ebenfalls überrollt. Dadurch erlebt sie Ablehnung, was den Teufelskreis krankheitswertiger Inkongruenzdynamiken in Gang setzt.

2.2. Schritt 2: Verstehenshypothese aus der Resonanz mit Fakten prüfen

Obwohl Verstehenshypothesen aus der Resonanz heraus erstaunlich treffsicher die Problematik einer Person aufzeigen, muss diese Resonanz, will sie nicht willkürlich sein, an Fakten geprüft werden. Das sind vor allem therapierelevante Fakten wie Anlass für die Therapie, die Symptomatik und das ausgesprochene Therapieziel.

Zu den zu prüfenden Fakten gehören aber auch sämtliche Erzählungen, Handlungsweisen, Kompetenzen, Lebensverhältnisse und biografischen Daten der Person.

In einem längeren Therapieverlauf gibt es bereits Verstehenshypothesen und Inkongruenzdiagnosen. Auch diese sind dann der aktuellen Verstehenshypothese gegenüberzustellen.

Die Verstehenshypothese, wie sie aus der Resonanz gewonnen wurde, soll mit diesen Faktoren verglichen werden. Dabei wird durch Faktoren, die dazu passen, die Hypothese noch angereichert, sie wird präziser und verdeutlicht noch mehr die Problematik.

Besonders wichtig aber ist es, gezielt nach Daten Ausschau zu halten, die der Verstehenshypothese widersprechen. Denn dadurch lässt sich vermeiden, dass die eigene Resonanz willkürlich zum Verstehen benützt wird, und dann – wenn diese Offenheit fehlt – tatsächlich mehr mit der eigenen Inkongruenz zu tun hat als mit der von Patienten und Patientinnen.

Da im Fallbeispiel die Resonanz nur aufgrund des ersten Telefongesprächs erfolgte, gibt es sehr wenig Material. Im Erstgespräch kann diese erste Verstehenshypothese bereits an weiteren konkreten Details geprüft werden.

Neue Fakten im Erstgespräch mit Frau K.

Frau K. wirkt als junge Erwachsene in ihrer Gesamterscheinung „sehr gesund“, lebhaft und freundlich. Sie spricht mit einem kaum zu stoppenden Redefluss. Sie klagt über vielfache Belastungen als allein erziehende Mutter eines Babys, die nach einer Trennung wieder bei den Eltern wohnt. Sie klagt über Essstörungen, Schlafstörungen, Zukunftsängste und „Auszucker“, die sie nach Streitereien bekommt. Insgesamt glaubt sie, dem Leben nicht gewachsen zu sein. Eine Freundin hätte sie in die Therapie geschickt. Was sie sich von der Therapeutin wünscht, ist: „Dass Sie mich leiten!“

Resonanz 2: *Ich erlebe die Patientin wie ein schutzbedürftiges Küken, das verzweifelt seine Mutter sucht. Da sie jedoch so aufgereggt ist, komme ich kaum zu Wort und erlebe mich nicht hilfreich. Dies steht im Gegensatz zu ihrer stabilen und gesunden Ausstrahlung.*

Die hinzukommenden Fakten im Fallbeispiel unterstreichen den Verdacht auf einen Teufelskreis, der sich durch gegenseitiges Überfahren in ihren Beziehungen aufschauelt. Die

geschilderten Symptome deuten alle auf eine zu hohe Anspannung hin, die Frau K. nicht selbst regulieren kann.

Die Resonanz 2 – sie wirkt wie ein verzweifelter Kücken – bestätigt den Verdacht, dass sich die Patientin im Grunde einsam und verloren fühlt.

Die Hypothese, dass es sich um einen krankheitswertigen Teufelskreis handelt, muss jedoch vor dem Hintergrund der besonderen Krisensituation (Nach-Scheidungskrise) noch mit Vorsicht behandelt werden.

2.3. Schritt 3: Verstehenshypothese als Inkongruenz-Diagnose formulieren

Eine Verstehenshypothese als (vorläufige) Inkongruenz-Diagnose zu formulieren, verlangt nun die Zuordnung der aus der Resonanz gewonnenen und an den Fakten überprüften Verstehenshypothese zum Inkongruenzmodell. Dabei orientiere ich mich in der Struktur an den Aspekten, wie sie in Pkt. 1.3 beschrieben wurden.

Im Fallbeispiel komme ich zu folgender Diagnose:

1. Inkongruenz-Diagnose (PID-1) – Frau K.	
Selbstbild	Ich bin eine, die dem Leben nicht gewachsen ist.
Handlungsmuster	„geschäftstüchtig“, bestimmend, klagend, lebhaft, Viel-Rednerin, überschreitet die Grenzen anderer und lässt ihre Grenzen überschreiten.
Bewusstes Erleben	Aufregung, zu hohe Anspannung, Angst, Bedürfnis nach Halt, spürt Gefühle differenziert, akzeptiert sie aber nicht, traut ihnen nicht.
Aufgrund der Resonanz vermutetes organisches Erleben	Bedürfnis nach Gesehenwerden, nach Respekt, Akzeptanz der Gefühle.
Symptome	Wutanfälle, Schlaflosigkeit, kann nicht essen trotz Hunger.
Inkongruenzdynamik des Organismus	Frau K. sieht sich selbst als eine Person, die dem Leben nicht gewachsen ist, und bemüht sich vermutlich schon ein Leben lang, dies zu verändern. Daher hat sie sehr viele soziale Kompetenzen entwickelt, die sie aber nicht als solche schätzen kann. Sie versteht nicht, dass dieses negative Selbstbild in ihr entstanden sein dürfte, weil sie in ihren Empfindungen und Bedürfnissen nicht gesehen und verstanden wurde. So kämpft sie um Anerkennung, bekommt diese aber nicht von den anderen in der Form, wie sie sie

1. Inkongruenz-Diagnose (PID-1) – Frau K.	
	haben will. Das bestätigt ihr Selbstbild. Daraus ergibt sich die Überforderung des Organismus und die Symptomatik.

Verglichen mit der Verstehenshypothese „nur“ aus der Resonanz heraus, bringt die Zuordnung zum Inkongruenzmodell weitere Problematiken ans Licht. Die Diagnose erklärt und weist frühzeitig darauf hin, warum bzw. dass der Teufelskreis nicht leicht zu stoppen sein wird. Denn meiner Erfahrung nach müssen solche Selbstbilder sehr massiv verteidigt werden. Es ist also anzunehmen, dass auch die Therapeutin von der Beziehungsdynamik (Überrollen und Überrollt-Werden) angesteckt werden wird und dass es daher einer spezifischen Interventionsstrategie bedarf, um die therapeutische Qualität der Beziehung zu sichern.

2.4. Schritt 4: Inkongruenz-spezifischen Interventionsstil kreieren

In diesem Schritt sollten sich Therapeuten und Therapeutinnen vergegenwärtigen, wie sie nun störungsspezifisch auf diese erkannte Inkongruenz-Konstellation reagieren können, so dass ein hilfreicher Prozess in Gang kommt. Dazu sind folgende Fragen förderlich:

- Was verstehe ich nun durch die Inkongruenzhypothese besser oder genauer als vorher?
- Was müsste ich tun, um diese Patientin mit dieser Dynamik sofort zu verlieren?
- Welche Schwierigkeiten i. d. Beziehung sind zu erwarten?
- Wie kann ich die Selbststruktur stützen?
- Wie müsste ein Therapeut oder eine Therapeutin sein, dass diese Patientin mit ihrer Dynamik sich auf ihr aktuelles Erleben in der Beziehung einlassen kann?
- Mit welcher Haltung werde ich daher der Patientin begegnen?
- Wie kann ich konkret meine Wertschätzung und meine Empathie spezifisch kommunizieren?

Im Fallbeispiel könnte eine Therapeutin daher folgende Interventionsstrategie für sich kreieren.

1. Interventionsstrategie – Frau K.	
Haltung	Ich erkenne, dass meine erlebte Hilflosigkeit im Kontakt mit dem Selbstbild der Patientin korrespondiert. Daher stimme ich mich ein, dass ich hilfreich bin, auch wenn ich nicht zu Wort komme – weil ich DA bin. Ich hoffe, dass ich damit der Patientin vermitteln kann, dass auch sie sich für ihre Existenz allein akzeptieren kann.

1. Interventionsstrategie – Frau K.	
Kommunikation der Wertschätzung	Da ich annehme, dass in den normalen Beziehungen Frau K. wenig bestätigt wird, werde ich ihre Stärken lobend und bewundernd benennen. Auch das Selbstbild lässt sich positiv reframen: Es ist normal, dass man sich dem Leben als junge erwachsene Frau mit Baby nicht gewachsen fühlt. Dass sie ihre Schwächen erkennt, ist eine gute Voraussetzung für lebenslanges Lernen.
Kommunikation der Empathie	Ich werde geduldig dem Teufelskreis (Überrollen, weil nicht gesehen werden) begegnen und wissen, dass er sich nicht so leicht abstellen lässt, weil er zur Stabilität beiträgt. Ich werde die eskalierenden Beziehungsmuster problematisieren, weil sie mir als Ausgangspunkt für die Gesamtproblematik erscheinen. Ich werde mit der Patientin gemeinsam nach deeskalierenden Strategien suchen.

2.5. Schritt 5: Diagnose im direkten Kontakt testen und modifizieren

Dadurch, dass eine konkrete Interventionsstrategie bewusst verfolgt wird, lässt sich nun im Kontakt mit den Patienten oder Patientinnen testen, ob die entwickelte Inkongruenz-Diagnose geeignet ist, den Prozess zu fördern, insbesondere, ob sie hilft, die therapeutische Haltung beizubehalten.

So ist aufgrund der Diagnose zu erwarten, dass Frau K. – wenn es sich tatsächlich um ein Selbstbild handelt – sehr häufig darüber klagt, dass sie mit dem Leben nicht zurecht kommt. Mit dieser Diagnose im Kopf, kann diese wiederkehrende Klage mit mehr Verständnis ertragen werden.

Ich habe generell das Ziel, die Verstehenshypothesen mit den Patienten und Patientinnen, sobald es von der Beziehung her möglich ist, offen zu besprechen und/oder mit ihnen gemeinsam solche Verstehenshypothesen zu entwickeln. Wenn das gemeinsame Besprechen möglich ist, ist das ein deutlicher Therapiefortschritt.

Das folgende Transkript aus dem 5. Gespräch zeigt so eine Besprechung. Am Ende der Stunde, in der ich bis zu diesem Zeitpunkt kaum zu Wort komme, greife ich das Thema der aufschaukelnden Streitereien zum zweiten Mal in der Therapie auf. Ich wusste bereits vom ersten Mal, dass Frau K. fürchtet, gar keinen Austausch zu haben, wenn sie nicht auf jeden Vorwurf reagiert und sich dagegen wehrt. Meine erste Intervention bezieht sich auf eine Episode, in der Frau K.

stolz berichtet, sich diplomatisch abgegrenzt zu haben. Sie hat dabei aber nicht auf ihr Bedürfnis geachtet, akzeptiert werden zu wollen.

Frau K. – Mitteilen und Testen der Hypothese

- (1) T: Frau K., das eine ist, wie grenzen Sie sich da ab, und das andere ist, wie kommen Sie zu einem Austausch. Das ist eine andere
- (2) K: andere Baustelle
- (3) T: naja, das hängt nämlich zusammen, ich glaub', dass Sie, weil Sie den Austausch wollen ... grenzen Sie sich nicht ab! Und ... für den Austausch sind Sie ... viel zu schnell!
- (4) K: für mich ist das, für mich ist das dann wieder so, weil so quasi wenn mir wer was Böses sagt oder wenn mir wer Kritik sagt, dann heißt das für mich automatisch, der hat mich nicht mehr gern!!! Aber was ja gar nicht ...
- (5) T: (*ergänzt den Satz*) stimmt ... genau!
- (6) K: wissen Sie, wie ich mein', ich sehe das irgendwie so ähnlich, weil Austausch und Abgrenzen, das eine schließt ja das andere nicht aus!
- (7) T: nein, mhm ja ja
- (8) K: Wissen Sie was, wie ich mein'?
- (9) T: Oder wenn Sie sich abgrenzen, dann haben Sie den anderen nicht mehr gern!! ... Also dass Abgrenzung
- (10) K: Genau – weil mir fällt wahrscheinlich auch schwer, Nein zu sagen, mir fällt schwer, meine Meinung zu sagen, – so quasi ja, ich find's jetzt gut, dass das Kind am Abend nur Ketchup und Pommes frites isst, – (T: mhm) und so quasi, dass der andere dann glaubt, ich hab ihn nimmer gern ... (T: mhm) wissen Sie, was ich mein' ... und das ist halt schwierig für mich.
- (11) T: naja – und da merken Sie aber, das könnte auch anders gehen, dass man sich abgrenzt und sich trotzdem gern hat
- (12) K: mhm ja
- (13) T: (*liebevoll belehrender Ton*) das ist sogar eine Voraussetzung dafür – fürs Gernhaben, eine gute Grenze
- (14) K: (*peinlich berührt zustimmend*) jaaa – ich weiß
- (15) (Kurze Pause)
- (16) T: (*mit suggestiver Stimme*) ich hab die Babsi [Name der Freundin] gern und sie hat mich gern, die Eltern haben mich gern und ich hab die Eltern gern und ich darf mich abgrenzen – (K: ja) (*mit normaler Stimme*) ... so als Mantra
- (17) K: (*lacht*)
- (18) T: es muss nicht immer Verschmelzung sein (K: ja) Sie sind ein eigenständiger Mensch und dürfen anders sein und die dürfen anders sein und man kann sich trotzdem gern haben
- (19) K: ja, ich weiß ... (*ganz leise*) das ist schwierig
- (20) (kurze Pause)

Frau K. – Mitteilen und Testen der Hypothese

- (21) K: (*wieder im üblichen Klage-ton*) Aber ich hab' das Gefühl, es verändert sich nichts, dass es immer gleich bleibt und dass immer derselbe Blödsinn irgendwie wiedergekaut wird, und **eigentlich hätt' ich ja gern, dass es anders wird**, wissen Sie, was ich mein'?
- (22) T: (*verwirrt*) ich hab jetzt ...
- (23) K: nein, ich hab das Gefühl, dass ich immer drüber red', und dass es im Endeffekt doch gleich bleibt, dass sich nichts verändert, am liebsten hätt' ich die Sachen schon gestern anders gehabt als wie erst morgen, wissen Sie, wie ich mein'? Dass ich alles am liebsten gleich und sofort haben will – so wie mit der Wohnzimmer-einrichtung, ich hätt's gern, aber ich weiß, dass es nicht geht und dass es nicht notwendig ist, so ungefähr ... Ich bin da irgendwie zu schnell und zu voreilig,
- (24) T: und vielleicht auch innerlich auch aushalten, dass da wer innerlich es ganz schnell und ganz anders haben will?
- (25) K: ja
- (26) T: und **wir** sind nicht so schnell
- (27) K: (*lacht*)
- (28) T: aber ich bin da schon zufrieden, mit dem – aha, ich glaube, das ist unser Thema, wenn Sie mit dem gut umgehen können, wenn das gelöst ist, dann muss ich Sie schon wieder auslassen, dann ist das wichtigste Problem gelöst
- (29) K: (*lacht*) aber ich will nicht ausgelassen werden!

In diesem Transkript gibt es einige Stellen, welche meine ursprüngliche Diagnose bestätigen, aber auch welche, die eine Modifikation der Diagnose notwendig machen.

In (4) präzisiert die Patientin, dass es nicht nur um Austausch geht, sondern um das Gefühl, „gern gehabt zu werden“. In (10) akzeptiert sie meinen intuitiven Einfall, dass es auch um die Sorge geht, die anderen könnten sich von ihr abgelehnt fühlen. Als ich ihr jedoch in (13), (16) und (18) ein anderes Beziehungsmodell vorschlage, ist ihr der Hinweis sichtlich peinlich. Sie stimmt zwar zu, betont aber, dass sie „das eh weiß“.

Ich empfinde, dass ich sie da in eine Ecke gedrängt habe, aus der sie sich mit dem üblichen Klage-ton in (21) befreit, den ich schon aus ihren Erzählungen kenne. Sie bestätigt damit auch ihr Selbstbild: „Ich bin dem Leben nicht gewachsen, nicht einmal in der Therapie bring' ich was weiter“! Dennoch scheint sie die Bedrängnis mehr zu sich gebracht zu haben, worauf der leise Seufzer „das ist schwierig“ in (19) und die kurze Pause hindeutet. Sie setzt dann ihren Explorationsprozess in (21) und (23) auf einer tieferen Ebene fort. Sie problematisiert erstmals die Beziehung zu sich selbst. Sie ärgert sich über sich selbst, sie möchte sich ändern und erkennt, dass sie dabei „zu schnell

und zu voreilig“ sei. Sie greift mit der Formulierung „zu schnell“ eine Problematik auf, die ich schon in (3) erwähne. Durch ihre Aussage fällt mir auf, dass es um die innere Ungeduld geht, dass sie innerlich zu schnell ist, und nicht nur im Austausch mit anderen. Sie stimmt der Idee in (25) zu. Mit der Intervention in (26): „Und wir sind nicht so schnell“ versuche ich eine freundliche Distanzierung zur strukturgebundenen Hektik herzustellen. Ihr Lachen (27) zeigt mir, dass ich sie damit emotional erreicht habe. Da die Sitzungszeit aus ist, kann dieses Thema nicht weiter exploriert werden, aber ich bestätige die Wichtigkeit in (28), indem ich das Therapieziel daran knüpfe. Ihre Reaktion in (29) unterstreicht dann wieder die Annahme, dass sie das bewusste Bedürfnis nach Gern-gehabt-Werden hat und dies in ihren Beziehungen, insbesondere in der Beziehung zu sich selbst, noch nicht befriedigen kann. Die häufigen Redewendungen „wissen Sie was ich mein“ sind generell ein Hinweis darauf, dass die Patientin in etwas verstanden werden möchte, das sie selbst noch nicht richtig versteht. Mir fällt auch auf, dass sie die Redewendung verwendet, wenn sie bei mir im Kontakt Halt sucht.

Die erste Inkongruenzdiagnose (PID-1), wie sie nach dem Erstgespräch formuliert werden konnte, lautet in PID-2 nach dem 5. Gespräch nun bereits etwas anders, die zentrale Problematik kann nun deutlicher an der Art festgemacht werden, wie Frau K. innerlich reagiert.

PID-1	PID-2
<p>Frau K. sieht sich selbst als eine Person, die dem Leben nicht gewachsen ist, und bemüht sich vermutlich schon ein Leben lang, dies zu verändern. Daher hat sie sehr viele soziale Kompetenzen entwickelt, die sie aber nicht als solche schätzen kann. Sie versteht nicht, dass dieses negative Selbstbild in ihr entstanden sein dürfte, weil sie in ihren Empfindungen und Bedürfnissen nicht gesehen und verstanden wurde. So kämpft sie um Anerkennung, bekommt diese aber nicht von den anderen in der Form, wie sie sie haben will. Das bestätigt ihr Selbstbild. Daraus ergibt sich die Überforderung des Organismus und die Symptomatik.</p>	<p>Frau K. möchte gemocht werden und hat großen Stress, dies nicht zu bekommen. In diesem Stress reagiert sie zu schnell und zu voreilig, so dass sie keine Ruhe hat, sich genau mit ihren Empfindungen zu beschäftigen. Die zentrale Problematik scheint mir nun darin zu liegen, dass nicht nur die Beziehungen mit anderen von gegenseitigem Überrollen charakterisiert sind, sondern vor allem auch in der Beziehung zu sich selbst diese Hektik ihr genaues Spüren überrollt. Frau K. müsste lernen, innerlich ruhiger zu werden und ihre Stressreaktionen zu beruhigen, sich selbst „zu leiten“, wie sie es schon im Erstgespräch von mir wünscht.</p>

Aus PID-2 ergibt sich nun eine neue Interventionsstrategie, die den zu hektischen inneren Umgang mit sich selbst fokussiert. Das entspricht zwar sowieso einer traditionellen Methode der Personzentrierten Psychotherapie. Allerdings ist diese Strategie bei dieser Patientin mit ihrem Redefluss nicht leicht umzusetzen. Es wird sicherlich notwendig sein, sie abzustoppen, und dies gelingt dann wertschätzender und mit mehr Sicherheit, wenn ich sie an ihre eigenen Worte erinnern kann: „Sie haben gesagt, dass Sie sich ändern wollen, dass Sie aber dafür zu schnell und zu voreilig sind, daher lade ich Sie ein, jetzt einmal ruhig auf Ihr Inneres zu horchen ...“.

3. Prozessuale Diagnostik zur Beschreibung des Therapieverlaufs

Diagnosen über die Inkongruenzdynamik werden – wie im Fallbeispiel demonstriert – im weiteren Prozess kontinuierlich überprüft und sollten sich bis zum Ende der Therapie verfeinern und verändern. Sie markieren den empathischen Prozess, der sich im Lauf der Therapie intensiviert. Sie helfen daher auch, den Überblick im Therapieprozess zu behalten und oftmals gezielter und sicherer als ohne eine solche Verstehenshypothese zu intervenieren.

In einem längeren Therapieprozess lassen sich die Veränderungen am ehesten mit den Veränderungen der Inkongruenz-Diagnosen belegen. Denn die sichtbaren Fortschritte auf Seite der Patienten oder Patientinnen können manchmal lange ausbleiben oder werden lange nicht berichtet. Dass Symptome verschwunden sind, höre ich oft nur beiläufig und nebenher. Außerdem können Verbesserungen auch durch andere außertherapeutische Einflüsse erklärt werden. Solange jedoch die Diagnosen über die Inkongruenzdynamik genauer werden, kann auch in schwierigen Therapieverläufen angenommen werden, dass ein Therapieprozess geschieht.

Rogers (1951/2012, S. 208) sieht im therapeutischen Prozess ebenfalls eine diagnostische Dimension: „In einem bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose, und diese Diagnose ist ein Prozess, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als in der Erfahrung des Kliniklers.“ Eine Inkongruenz-Diagnose baut auf den Aussagen und Interaktionen mit den Patienten und Patientinnen auf und wird mit ihnen gemeinsam besprochen oder zumindest daran getestet, ob die daraus abgeleiteten Interventionsstrategien tatsächlich den Therapieprozess fördern. Dennoch ist immer im Bewusstsein zu halten, dass die Diagnose einer vorläufigen Arbeitshypothese des Therapeuten und der Therapeutin entspricht, die nicht mit den Erfahrungen der Klienten und Klientinnen verwechselt werden darf.

Patienten und Patientinnen erleben den therapeutischen Prozess aber oft selbst sehr verwirrend und verlieren die

Hoffnung, dass sie auf einem guten Weg sind. Dann kann ihnen das Einbringen der prozessual-diagnostischen Sicht Sicherheit geben und helfen, den Punkt klar zu bekommen, an dem sie in der Therapie arbeiten möchten.

Der Therapiefortschritt zeigt sich in der Psychotherapie meiner Erfahrung nach auf drei Ebenen:

1. Das Selbstkonzept, mit dessen Hilfe eine Person ihren Selbstwert aufrechterhalten möchte, wird immer deutlicher und verstehbarer. Die Stärken und die zu erhaltenden Vorteile werden nachvollziehbarer, aber auch die Problematik der Strategien, die damit verbunden sind, wird bewusster.
2. Es werden die Auslöser für maladaptive Muster immer besser identifiziert und es ist ein großer Fortschritt, wenn diese Muster besprechbar werden und Patienten und Patientinnen für sich neue Formen lernen, damit umzugehen.
3. Selbstbilder lassen sich kaum verändern und sollen sich auch gar nicht ändern. Was jedoch möglich ist und eine wesentliche Strukturveränderung bedeutet, ist, dass neue Selbstbilder hinzukommen. Patienten und Patientinnen sind dann in der Lage, zu akzeptieren, dass sie nicht nur – wie im Fallbeispiel – jemand sind, der dem Leben nicht gewachsen ist, sondern auch jemand, der z. B. sehr liebenswert ist.

Generell fördert das Bewusstmachen der impliziten Inkongruenz-Diagnosen auch den empathischen Prozess. Denn die Veränderung einer PID_n zu einer PID_{n+1} bedeutet, dass eine empathische Erfahrung im Sinn von Gendlins *carrying forward*-Prozesses weitergetragen wurde. PID_{n+1} verändert das gesamte Verstehen, verändert auch PID_n im Nachhinein. Es entsteht ein meta-empathischer Prozess. Denn es lässt sich fragen, wieso war PID_{n+1} erst jetzt möglich und wieso war PID_n bisher eine plausible Verstehenshypothese? Im Fallbeispiel, in dem bereits in der Beginnphase der Therapie zwei PIDs gemacht werden konnten, verdeutlicht die Veränderung von PID-1 zu PID-2 die Ansteckung in der Beziehung. So wie die Patientin die Probleme zuerst im Außen wahrnimmt, folge ich ihr mit meinem Verstehen, indem auch ich zuerst die Probleme im Außen problematisiere und erst später durch Selbstexploration der Klientin die innere Problematik konkreter verstehe. Aufgrund meiner Resonanz spüre ich, dass die direkte Konfrontation mit sich selbst noch zu bedrohlich ist, denn dazu braucht es zuerst eine ruhige und liebevolle Haltung, welche die Patientin noch nicht einnehmen kann.

4. Zusammenfassung

Das Inkongruenz-Konzept sollte als Hintergrundfolie für das empathische Verstehen des inneren Bezugsrahmens nicht nur bei der Indikation für Personzentrierte Psychotherapie, sondern

während des gesamten Therapieprozesses zur Förderung des empathischen Prozesses genutzt werden. Dafür wurde ein Modell zur Diagnostik der Inkongruenzdynamik vorgestellt. Verstehenshypothesen, die aus der Resonanz in der therapeutischen Beziehung entwickelt werden, lassen sich demnach konsequent als Inkongruenz-Diagnosen formulieren. Die Diagnose der Inkongruenzdynamik einer konkreten Person besteht aus der empathischen Beschreibung des Problems, das ihr Organismus dabei hat, mit Selbstkonzept-geleiteten Strategien sich selbst am Leben zu erhalten. Eine Inkongruenz-Diagnose beschreibt, welche Selbstbilder und Strategien die adäquate Symbolisierung von organismischem Erleben ermöglichen oder behindern, und wie, d. h. mit welchen Handlungsmustern die Person versucht, Stress zu regulieren und die bedingungslose Selbstachtung aufrechtzuerhalten.

Im Fallbeispiel wurde gezeigt, wie sich eine Inkongruenzdiagnose im weiteren Therapieprozess verändert. Das Modell beruht auf der Annahme, dass der Therapiefortschritt mit verlaufdiagnostischen Veränderungen korrespondiert. Therapeuten und Therapeutinnen können den Fortschritt, wie er sich in der Intensivierung des empathischen Prozesses zeigt, mithilfe der unterschiedlichen Inkongruenz-Diagnosen im Bewusstsein halten. Dadurch haben sie nicht nur selbst einen klaren Überblick im Therapieverlauf, sie können auch, indem sie die Fortschritte anhand dieser signifikanten Stationen deutlich machen, die Therapiemotivation in schwierigen Prozessen wecken bzw. unterstützend aufrechterhalten. Aus den unterschiedlichen Diagnosen ergeben sich außerdem Inkongruenz-spezifische Schwerpunkte für maßgeschneiderte Interventionsstrategien.

Wie jedes andere Handlungsmodell muss jedoch auch dieses zuerst an Einzelfällen eingeübt und inkorporiert werden, damit es seine qualitätssichernde Funktion in der täglichen Arbeit ohne zu großen Aufwand entfalten kann. Mit der deutlichen Referenz auf das Inkongruenzmodell des Personzentrierten Ansatzes wird außerdem die Identität als Personzentrierter Psychotherapeut und Personzentrierte Psychotherapeutin bei gleichzeitiger Methodenfreiheit gefestigt.

Literatur

Arbeitskreis OPD (2006). *OPD-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber

Auckenthaler, A. (1989). Statt zu deuten. Psychotherapie auf der Basis von Verstehenshypothesen. In T. Reinelt & W. Datler (Hrsg.), *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess* (S. 197–212). Berlin: Springer.

Auckenthaler, A. (1995). *Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation – Standards – Wirksamkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1979). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Binder, U. (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in klientenzentrierter Psychotherapie. Überlegungen zu einem systemimmanenten Konzept*. Eschborn: Dietmar Klotz.

Eckert, J., Höger, D., & Linster, H. W. (Hrsg.) (1997). *Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Eckert, J. (1996). Gesprächspsychotherapie. In Chr. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Berlin: Springer

Gendlin, E. T. (1959). The concept of congruence reformulated in terms of experiencing. Chicago: The University of Chicago. *Counseling Center Discussion Papers*, 5 (12).

Gendlin, E. T. (1997). *A Process Model*. New York: The Focusing Institute. Verfügbar unter http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2161.html

Gendlin, E. T., & Wiltschko, J. (2004). *Focusing in der Praxis. Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag* (2. Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Keil, S. (2003). „Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“ Methodische Implikationen Klientenzentrierter Psychotherapie. *PERSON*, 7 (1), 37–50.

Keil, S. (2009a). Teil I: Das Selbst als Gestalt – eine kritische Analyse und Ansätze zur Weiterentwicklung der Theorie des Selbst im klientenzentrierten Konzept. *PERSON*, 13 (2), 101–111.

Keil, S. (2009b). Teil II: „Das war ein wichtiger Schritt, mich besser in mein Selbstbild pressen zu können“ – Zur Rekonstruktion der Selbstgestalt eines Klienten und deren Entwicklung in der Psychotherapie auf Basis einer Einzelfallstudie. *PERSON*, 13 (2), 112–123.

Keil, S. (2011). Wie zeigen sich „Selbst“ und „Inkongruenz“ in der Psychotherapie? – Essenzen aus einer qualitativen Studie zum Thema Selbst/Inkongruenz. *Zeitschrift für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 42 (3), 129–137.

Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON*, 1 (1), 5–13.

Keil, W. W. (2013). HERMENEUTISCHE EMPATHIE. Über die eigene Resonanz zum wertschätzenden Verstehen kommen. Vortrag Zürich 2012, Festveranstaltung zum 30-jährigen Jubiläum von Michale Gutberlet. Verfügbar unter <http://www.pca-acp.ch/de/Personzentrierter-Ansatz/Bibliothek/Vortraege.199.html> [7. 2. 2012]

Kunert, C. (2013). Werden wollen, wer man wirklich ist. Transsexualität als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz – ein personzentrierter Standpunkt. *PERSON*, 1 (1), 34–47.

Rogers, C. R. (1951/2012). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. 1951: Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin.)

Rogers, C. R. (1959/1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG (Orig. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.) *Psychology. A study of a science*. Vol. 3: *Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill.)

Rogers, C. R. (1975/1980). Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In C. R. Rogers & R. L. Rosenberg (1980), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 75–93). Göttingen: Hogrefe. (Orig. 1975: Empathic – an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist* 5 (2), 2–10)

Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch und Arbeitsbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.