
Ein personzentriertes Konzept differenzieller Behandlung bei psychosomatischen Störungen

Gert-Walter Speierer

1. Einleitung

Die Internationale Krankheitsklassifikation (ICD10-GM-2017) hat den Diagnosebegriff der Psychosomatischen Störung aufgegeben zugunsten der Gruppe F54 „Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“. Diese Kategorie erfasst psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse, die eine wesentliche Rolle in der Verursachung körperlicher Krankheiten spielen, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Die entsprechenden psychischen Störungen sind meist leicht, oft langanhaltend (z. B. Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V. Dazu gehören:

- Asthma F54 und J45
- Colitis ulcerosa F54 und K51
- Dermatitis F54 und L23-L25
- Magenulkus F54 und K25
- Reizdarmsyndrom F54 und K58
- Urtikaria F54 und L50.

Für eine assoziierte körperliche Krankheit ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen. Nicht dazu gehört: Spannungskopfschmerz G44.2 (DIMDI 2017).

Das allgemeine störungstheoretische Konzept der personzentrierten Therapie postuliert, dass Störungen des Denkens, Fühlens, Verhaltens und körperliche Symptome durch Inkongruenzen, d. h. selbstunverträglich erlebte Erfahrungen bewirkt, aufrecht erhalten, oder verstärkt werden können.

Das allgemeine therapeutische Konzept der personenzentrierten Therapie besagt, allgemein formuliert, dass eine vorurteilsfrei wertschätzende, einfühlsame und kongruent authentische Begegnung KlientInnen hilft ihre Inkongruenzen (d. h. ihre selbstunverträglichen Erfahrungen) zu erkennen, zu bearbeiten und kongruente (d. h. selbstverträgliche) Lösungen zu finden. Die therapeutische Maxime lautet daher: Wo Inkongruenz war, soll Kongruenz werden! Es wurden bisher mehrere unterschiedlich elaborierte personenzentrierte Konzepte für psychosomatische Störungen veröffentlicht. Erwähnen möchte ich hier die Arbeiten von Binder & Binder (1991), Speierer (1993), Reisch (1994) und Sachse (1995). Ich möchte nachstehend mein Störungs- und Behandlungskonzept und heilsame Erfahrungen für psychosomatische PatientInnen zusammenfassen. (Es ist in der 4. Auflage des Differenziellen Inkongruenzmodells (2016) ausführlich dargestellt.)

2. Wie Inkongruenzen, ihre Quellen, Folgesymptome und gesunde Ressourcen von psychosomatischen PatientInnen erkannt werden können

Die Inkongruenzanalyse unterscheidet Nosologische Kategorien (Störungsarten), Ätiologische Kriterien (Inkongruenzquellen), phänomenologisch relevante Bereiche (Inkongruenzsymptome mit konflikthaftem oder konfliktfreiem Belastungserleben) sowie Merkmale gesunder Ressourcen (Kongruenzindikatoren). Für die Inkongruenzanalyse stehen drei Verfahren zur Verfügung:

1. Die Transkriptanalyse mit ihren Kategorien und Merkmalen zur Einschätzung einzelner PatientInnenäußerungen. Wegen des mit ihr verbundenen hohen Aufwandes dient sie vorwiegend wissenschaftlichen Zwecken.
2. Der Beurteilungsbogen (Checkliste) zur Inkongruenzanalyse. Der Bogen ermöglicht TherapeutInnen im Anschluss an ein therapeutisches Erst- oder Probedgespräch Inkongruenz erleben, Inkongruenzquellen, Inkongruenzsymptome, salutogene Ressourcen und Erfahrungen sowie zusätzliche anamnestiche Informationen qualitativ differenziert zu dokumentieren.
3. Das Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI). Es ist ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung für PatientInnen (und gesunde Personen), um die Inkongruenzanalyse als standardisiertes Testverfahren durchzuführen (zu Anleitungen und Materialien der drei Verfahren s. Speierer, 2016).

3. Inkongruenzanalyseergebnisse bei 76 psychosomatischen PatientInnen

3.1 Gesunde Ressourcen oder selbstkongruente Erfahrungen der psychosomatischen PatientInnen betreffen ihre zumeist guten intellektuellen Fähigkeiten, Ehrgeiz, Leistungsorientierung, Belastbarkeit und Hoffnung.

3.2 Leitthema ihres selbstunverträglichen bzw. selbstbedrohlichen Erlebens ist das erlebte Versagen bei der Kontrolle der Körpersymptome und Versagen im sozialen und emotionalen Beziehungsbereich trotz größter Anstrengungen.

3.3 Bei den ICD-10 Diagnosen der Gruppe F54 handelt es sich nosologisch um Störungen mit dekompenziertem Inkongruenz erleben.

3.4 Mehrere Quellen des selbstinkongruenten Erlebens sind bedeutsam:

Dispositionelle Quellen: Vererbung, familiäre Häufung vegetativer (Über-)Erregung mit teilweise eingeschränkter Wahrnehmung

Sozial-kommunikative Quellen: die Forderung von (intellektueller) Leistung als dominante Voraussetzung der Erfüllung der Grundbedürfnisse nach Wertschätzung, Empathie und Authentizität durch bedeutsame Beziehungspersonen sowie vernachlässigte, negativ bewertete, tabuisierte Körperkontakte sowie Erfahrungen körperlicher Gewalt durch diese Personen

Lebensereignisbedingte Quellen: real erlebte oder befürchtete [Existenz]-Krise(n), bzw. Ende von persönlich bedeutungsvollen Beziehungen. Ihr (Ideal-)Selbstkonzept zeigt sich als weitere Quelle selbstunverträglichen Erlebens im Streben nach Perfektion durch (größte) Anstrengung und Emotionskontrolle sowie durch unerreichbare Seins- und Perfektionsideale.

Dazu kommen ein maschinelles Körperschema, getrennt vom Selbst, eine verringerte Aufmerksamkeit und Symbolisierung von Gefühlen und von Ihren Beziehungen zu Körperreaktionen, ferner negative Zukunftserwartungen.

3.5 Bei den Inkongruenzsymptomen (in Form der gegenwärtigen und vergangenen selbstunverträglichen Erfahrungen) stehen Körpersymptome im Vordergrund, die sich der Selbstkontrolle entziehen und deren Bezug und Bedeutung für das eigene Selbst von den PatientInnen nicht oder höchstens unklar wahrgenommen wird. Die PatientInnen leiden zudem an einem gehemmten, unbefriedigenden Gefühlserleben sowie an emotional und/oder sexuell mangelhaft erlebten (Partner)-Beziehungen.

4. Wie Inkongruenzen psychotherapeutisch bearbeitet und selbstverträgliche Erfahrungen erleichtert werden können

4.1 Die Ergebnisse der Inkongruenzanalyse zeigen mögliche individuelle Themen, Schwerpunkte und Ziele einer personenzentrierten Behandlung. Die Therapie erfolgt durch

die Kombination von personzentriertem Beziehungsangebot (unbedingte Wertschätzung, Empathie, Kongruenz) mit einer Bearbeitung des individuellen und störungsspezifischen Inkongruenzerlebens nach seinen Ursachen und seinen Symptomen. Die krankmachenden inkongruenzvergrößernden Denk-, Erlebens und Verhaltensweisen sowie die gesunden inkongruenzverringernenden Fähigkeiten und Strategien der Selbstaktualisierung werden einbezogen.

4.2 Empfehlungen für den Behandlungsablauf

Personzentriertes Erstgespräch durchführen, Vereinbarung von Probebehandlung (5 Std.) treffen, Inkongruenzanalyse durchführen – und daraus ableiten:

- Indikation und Prognose
- mögliche Themen, Schwerpunkte und Ziele einer Inkongruenzbearbeitung den PatientInnen mitteilen
- PatientIn Auswahl und Prioritäten bestimmen lassen
- Behandlung in definierten Zeiträumen (z. B. 5 Stunden) vereinbaren, dabei Selbstbestimmung und Möglichkeiten von PatientIn berücksichtigen
- Motivation von PatientIn berücksichtigen und ggf. fördern
- möglichst frühe Beendigung vorschlagen (Kriterien: Durchschnittswerte und Patientenselbstentscheidung).

4.3 Behandlung

Drei Schritte der Inkongruenzbearbeitung (Dreischritt bzw. Trias-Modell der Behandlung):

4.3.1 Inkongruenz fokussieren und Thema der Inkongruenz wählen

- entweder nach einer mit den PatientInnen vereinbarten Abfolge oder variabel, wenn Inkongruenzen (Erfahrung, Erleben, Quellen) von PatientInnen verbal oder nonverbal mitgeteilt werden. Die personzentrierte Tätigkeit verlangt deshalb auch eine inkongruenzbezogene, selektive Wahrnehmungssensibilität der TherapeutInnen!
- optionale Einleitung durch Fokussieren (in Anlehnung an Gendlin, 1978) durch entspanntes Platz-Schaffen für einen aktuellen Teil des Inkongruenzerlebens
- wertschätzendes, empathisches, kongruentes Eingehen auf verbale und nonverbale Patientenäußerungen
- Differenzierungen von Wertschätzung, Empathie und Kongruenz (etwa wie von Finke entwickelt)
- offene, auf das aktuelle inkongruente (auch körperliche) Erleben gerichtete Fragen, zum Beispiel: „Was ist das, wie sieht das aus, wann und wo kommt es vor, was für Gedanken kommen in den Sinn, wann und wo kommt es vor, wie fühlt es sich an, was ist möglich, was geht, was geht nicht?“

- offene Prozesshinweise, zum Beispiel Vorschläge, sich etwas vorzustellen, anzudenken, anzufühlen, in Gedanken probierend auszuführen. Das Ziel dieser Interventionen ist die Erfahrung und Verbalisierung der unterschiedlichen Facetten einschließlich der kognitiven, emotionalen und handlungsbezogenen Anteile des Inkongruenzerlebens.
- themenbezogene Prozesshinweise für die Selbstexploration von Motiven, Impulsen, Fantasien, Träumen. Die Therapeuteninitiativen dienen insgesamt dazu, inkongruenzbezogen eine vertiefte differenzierte Selbstexploration zu erleichtern. Das Verweilen beim und Erspüren des Körpererlebens soll helfen, dessen psychosoziale Bezüge (wieder) zu erfahren, zu benennen aber auch es vielleicht erstmals und neu nicht krankhaft zu erleben.

4.3.2 Inkongruenz bearbeiten

- Bedeutungen und Quellen der fokussierten Inkongruenzen für das Selbst bzw. das Selbstkonzept erkunden
- Erkennen der Inkongruenzverstärkungsstrategien erleichtern
- Inkongruenzbewältigungsstrategien und deren Anwendung aufzeigen
- neue Inkongruenzbewältigungsstrategien anbieten und ermutigen, sie zu erproben. Interventionsziele sind hier geringeres Inkongruenzerleben, verbesserte Inkongruenzbewältigungsstrategien, größere Inkongruenztoleranz.

4.3.3 Selbstverträgliche(re) Lösungen finden

- gemeinsam selbstverträglichere Denk-, Gefühls- und Handlungsalternativen suchen, finden und im therapeutischen Dialog erproben. Dadurch wird die gesunde Selbstaktualisierung gefördert, und es werden selbstkongruente Erfahrungen wieder möglich.
- selbstverträglichere Alternativen außerhalb der Behandlungssitzungen in relevanten persönlichen bzw. Kontextsituationen erproben (im Verlauf mehrerer Sitzungen)
- Inkongruenzbearbeitung auf Vollständigkeit überprüfen (können Inkongruenzen, die bisher nicht bearbeitet wurden noch angesprochen und bearbeitet werden?)
- Warnung vor therapeutischem Perfektionsdrang! Aus einer von TherapeutIn initiierten Inkongruenzbearbeitung darf kein qualitätshehrgeiziges, direktives und die PatientInnen gängelndes oder schulmeisterndes Arbeiten werden.

4.4 Weitere Behandlungsoptionen

1. PatientInnen zur Mitarbeit motivieren durch Erläuterung der Grundlagen und Methode der therapeutischen Beziehung, wenn PatientInnen von sich nichts, aber von den TherapeutInnen alles erwarten.
2. Information (z. B. Konstitutionsbiologie) und Übungen (z. B. autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, Bio-

- feedback, Meditationsübungen, u. U. Hypnose), um die überschießenden Reaktionen und vegetative Erregung zu verringern, Wechselwirkungen zwischen Symptomen und eigenem Denken, Fühlen und Handeln, Beziehungs- und Situationserfahrungen erfahrbar machen.
3. Förderung einer personnahen subjektiven Krankheitstheorie. Die PatientInnen werden angeregt psychosoziale Erfahrungen in ihren Zusammenhängen mit angenehmen wie unangenehmen körperlichen Empfindungen bzw. Symptomen nicht nur für deren Auftreten oder deren Verschlimmerung, sondern auch für deren Verringerung oder Aufhören (wieder) zu erkennen, zu klären, zu differenzieren, zu akzentuieren und ggf. zu relativieren. Dazu können Beispiele aus der Alltagssprache angeboten werden.
 4. Förderung des Vertrauens in die therapeutische Beziehung, zum Beispiel durch Ansprechen der erlebten Beziehungsqualität (etwa mit dem „Beziehungsklären“ nach Finke).
 5. Förderung der Inkongruenzbewältigung und eines „gesünderen“ Selbstkonzepts durch Selbsteinbringung von TherapeutInnen mit Beispielen für
 - selbstschädigende (inkongruenzvergrößernde) Inhalte der Selbstkommunikation, zum Beispiel negative Generalisierung, Alles-oder-Nichts-Prinzip, Rigidität, Dichotomisierung (Schwarz-Weiß-Denken), Externalisierung, Unerbittlichkeit, Rationalisierung, Unbeweglichkeit, Rigidität.
 - selbstförderliche (kongruenzfördernde) Inhalte der Selbstkommunikation, zum Beispiel differenzieren, konkretisieren, sich konzentrieren, relativieren, Flexibilität.
 - „organismische“ und realistische Werte, Lebensmaximen, Beziehungserwartungen; zum Beispiel Anerkennung „natürlicher“ Bedürfnisse und Befindlichkeiten, Anerkennung der Veränderungen und Grenzen im Verlauf des Lebens, Lebensregeln (z. B. „Fehler macht jeder“, „einmal ist keinmal“, Gelassenheit, „jeder verdient eine zweite Chance“, „Beziehungen können scheitern“).
 6. Vergrößerung der Inkongruenztoleranz bei chronisch körperlich Kranken durch Fokussieren auf Möglichkeiten verbesserter Selbstverwirklichung in Zeiten symptomfreien bzw. erträglichen Befindens.
 7. Gruppen-, Partner- und Familientherapieangebote sowie Selbsthilfegruppen zur Verbesserung von interpersoneller Wahrnehmung, Bewertung und Handeln.
 8. Stationäre psychosomatische Einrichtungen bieten multimodale Therapiekonzepte einschließlich körperlicher Behandlung.
 9. Personenzentrierte Krisenintervention kann als Soforthilfe beispielsweise vor dem Freiwerden eines stationären Behandlungsplatzes und als Mobilisierungshilfe für (noch) vorhandene Selbstentwicklungspotenziale dienen – kommt sie doch der Tendenz vieler PatientInnen entgegen, es kurz und, so weit wie möglich, selbst zu machen.
 10. Hilfreiche professionelle Optionen jenseits von Psychotherapie gerade bei älteren PatientInnen mit langjährigem Krankheitsverlauf sind neben ambulanter und stationärer medizinischer Behandlung etwa auch ambulante und stationäre Pflege, Sozial- und Rentenberatung und Seelsorge.

5. Heilsame selbstkongruente Erfahrungen psychosomatischer PatientInnen während und am Ende einer personzentrierten Behandlung

An erster Stelle steht die Einsicht in die („selbstgemachte“) Symptom- und Problemproduktion, sowie die Erfahrung von deren Reduktion oder Beseitigung. Dafür stehen Äußerungen wie:

- „Also, ich glaube, ich habe schon gelernt, dass ich einfach mal was nicht tu‘, also was so eine Pflicht ist einfach, sondern dass ich auch mal hergehe und sage, da geh‘ ich jetzt hin, weil ich das brauche.“
- „Und seit ich das Ganze nicht mehr so extrem sehe, einfach, also tu‘ ich mich leichter.“
- „Also ich glaube, dass das schon zu 90% an mir gelegen ist.“
- „Früher habe ich mich aufgeregt, und dann war es so, wenn ich mich aufgeregt habe, habe ich mich zurückgezogen. Also, ich bin ja ein Mensch gewesen, ich habe nicht geschrien, oder sonst irgendwas. Ich habe das alles in mich hineingefressen und bin weg und habe mich abgekapselt.“
- „Und jetzt, ich muss ganz ehrlich sagen, manche Dinge berühren mich gar nicht mehr, also das ist einfach so, das registriere ich und das berührt mich auch gar nicht mehr so. Ja, und das merke ich selber, dass das in mir selber ein Fortschritt ist.“
- „Mittlerweile kann ich ja mit meinen Allergien umgehen.“
- „Und das mache ich jetzt nicht mehr, dass ich mich so abkapsle. Und ich habe auch schon gemerkt, da lebe ich auch leichter, obwohl ich den Ausschlag habe nach wie vor ...“
- „Das habe ich ja früher gemacht, alles oder nichts.“
- „Ich rege mich ja auch nicht mehr so auf ... weil ich mir ja denke, für was denn, das nützt mir nichts.“
- „Ich fühle das auch in mir selber. Die Spannung ist weg. Ich habe ja früher eine Spannung im Körper drinnen gehabt, ich habe ja nicht mehr gewusst, wo ich bin soll mit mir, und darum bin ich ja immer gelaufen. Also, darum habe ich immer laufen müssen, die Spannung habe ich weglaufen müssen. Aber das habe ich jetzt nicht mehr.“
- „Früher ... da habe ich diese hektischen Flecken dann gekriegt ... und bin nervös gewesen, und habe so zum Zittern angefangen, das habe ich überhaupt nicht mehr, gar nicht mehr.“

- „Und ich weiß es auch jetzt schon, was ich verkehrt mache. Das habe ich ja früher gar nicht gewusst.“
- „Ich habe immer gemeint, das ist richtig so, wenn ich meinen Körper so in Zügeln halte, dass der andere meint, mir geht es gut.“

An zweiter Stelle stehen die Motivation zu Verhaltenserweiterung, das Sammeln neuer Erfahrungen, Erlebenserweiterung, positive Erfahrungsbewertung und Offenheit gegenüber neuem bzw. selbstständigem Denken, Fühlen und Handeln. Dafür stehen Äußerungen wie:

- „Das habe ich dann schon alles ziemlich bewusst miterlebt, also bewusster wie sonst ...“
- „Ich habe dann auch probiert, gerechter zu sein. Also ich geh‘ nicht einfach hin und tu‘ dann weiterwursteln, sondern überleg‘. Ich schau‘ mir die Situation genauer an.“
- „Ich probier aber dann auch immer.“
- „Weil ich auch von mir aus auf die Menschen zugehe wieder.“
- „Momentan ..., ich probiere so einfach ..., das tut mir wohl.“
- „Tabletten will ich nicht nehmen, und werde ich auch vorerst überhaupt nichts nehmen.“
- „Alleine unterwegs zu sein, allein mich irgendwo jetzt bei dem schönen Wetter rauszulegen, wirklich nichts zu machen.“
- „Im Unterricht und so, da beteilige ich mich viel mehr als auf der anderen Schule. Da habe ich praktisch überhaupt nichts gesagt.“
- „Es ist auch gut. Wir gehen auch öfter weg.“
- „Das war auch unheimlich toll, wir haben uns ganz gut unterhalten.“
- „Am Abend habe ich mir gedacht, du packst (deine Koffer), an sich hatte ich noch nicht ganz den Mut, aber viel fehlte nicht mehr. Ich könnte das ohne weiteres hinbekommen.“
- „Beruflich versuche ich jetzt, ein bisschen abzubauen, dass ich nicht mehr gar so viel arbeite. Es wird mir zum ersten Mal auch richtig lästig.“
- „Dass man also wirklich jetzt einmal sagt, nein danke, ich mach‘ nicht.“

An dritter Stelle stehen Selbstvertrauen, Selbstwertschätzung, Selbstbestimmung, Zuversicht, Selbstverwirklichung, Selbstannahme, Zufriedenheit, Gelassenheit, Freude, Selbstkontrolle, der Wunsch das Leben zu genießen und der Abstand zu Problemen. Dafür stehen Äußerungen wie:

- „Warum sollte ich am Wochenende nicht mal sagen, so Familie, macht mal selber.“
- „Da habe ich auch mal einen gewissen Egoismus.“
- „Und jetzt schon mal Durchsetzungsvermögen ...“
- „Nun freut es mich, dass ich soviel Gefühl habe, dass ich das alles so spüre für mich.“
- „Was ich mir selber zurecht geschnitzt habe an Begründungen, die treffen vielleicht eher zu.“
- „Momentan also ... erlebe ich ... wunderschön.“
- „Und dann merke ich, ist mir wurst ... irgendwie werde ich das schon meistern.“

- „Dann nehme ich mir vor, das machst du jetzt so und so, und ich lebe auch leichter.“
- „Ich weiß, was ich will. Also finde ich immer raus, was tut dir gut, was tut dir nicht gut. Und so lerne ich dann immer selber mit der Krankheit besser umzugehen.“
- „Und jetzt habe ich es bewiesen ...ich kann mich also besser beherrschen. Auch wenn mich was ärgert, kann ich also eher ruhiger reagieren als früher durch das gelassener sein.“

An vierter Stelle stehen Differenzierung, Eingrenzung, Relativierung, Flexibilität und andere Inkongruenzbewältigungsstrategien. Dafür stehen Äußerungen wie:

- „Wundere ich mich über irgendwas, dann registriere ich das, dann werde ich schneeweiß, das merke ich dann, das fühle ich dann noch. Und dann schalte ich um, ach, für was sollst du dich schon wieder aufregen. Und dann löst sich das, und dann merke ich, jetzt bin ich wieder gelöst, denke auch an das gar nicht mehr ...“
- „Wenn ich jetzt an alles denke, was mir eigentlich Probleme bereitet, dann rede ich anders drüber, als wenn es mir ... mies geht, und mir dann Probleme bereitet. Dann berührt es mich mehr.“
- „Und irgendwo dachte ich, mich über mich selber ein bißchen lustig zu machen.“

An fünfter Stelle stehen erlebte bzw. erhoffte Wertschätzung, Verständnis, Lob, Anerkennung, Respekt, Förderung seitens bedeutsamer Interaktionspartner, fremder Personen und/oder positiv(er) bewertete Beziehungen bzw. Beziehungserfahrungen. Dafür stehen Äußerungen wie:

- „Also in letzter Zeit ging‘ s wirklich so gut (in der Partnerbeziehung).“
- „Ich habe also wirklich gemerkt, es beschäftigt ihn, er wollte mit mir reden ... nicht immer nur ich zu ihm ...“
- „Und mit den anderen bin ich auch sehr gut in Kontakt gekommen, das hätte ich nicht für möglich gehalten.“
- „Und ich scheine da auch ganz gut anzukommen. Da brauche ich nicht erst zu fragen, da kann man sich wie zuhause fühlen.“
- „Jetzt so ... ich fühle mich auch viel freier jetzt, also im Umgang mit Menschen und so.“
- „Mit dem Sohn tu‘ ich mich leichter, und er tut sich auch leichter. Der hat sich sofort mit mir unterhalten können ... ich war ganz erstaunt.“

An sechster Stelle stehen Erfahrungen von (größerer) Belastbarkeit, anderes Erleben von Belastung, Durchstehen von Belastungen, gesteigerte Leistungsfähigkeit, vergrößerte Toleranz gegenüber eigenen und fremden Fehlern und Inkongruenztoleranz sowie realistische(re) Einschätzung bzw. Bewertung des Selbst, von Personen und Situationen. Dafür stehen Äußerungen wie:

- „Also irgendwann hat man sich mit irgendwas auseinandergesetzt und dann, ja, dann packt man‘ s eher.“
- „Ja, das ist was, da kämpf ich schon damit also ... und ich hab‘ s dann auch geschafft, mit aller Mühe.“

- „Wenn das losgeht mit dem Kratzen, das habe ich heute auch noch, weil ich habe eben die Krankheit, dann stehe ich eben auf, dann fange ich zum Lesen an oder irgendwas und reagiere mich halt ab. Dann creme ich es halt wieder ein ... und versuche halt dann irgendwas gut zu machen, dass es besser geht.“
- „Ausdauer, eine unwahrscheinliche Ausdauer, ja, die habe ich.“
- „Also es hat mich schon viel Nerven gekostet und auch Anstrengung, aber es läuft jetzt, es wird.“

An siebter Stelle stehen „gesunde“ Einstellungsänderungen im Sinne der Kongruenztheorie der seelischen Gesundheit und der Fully Functioning Person (Rogers, 1959a). Dafür stehen Äußerungen wie:

- „Soweit bin ich inzwischen schon gelangt, dass Arbeiten nicht alles ist. Und auch nicht mehr so als Kompensation.“
- „Also erst einmal gehe ich davon aus, dass ich mit Sicherheit nirgendwo 100%ig bin.“
- „Ich könnte jetzt nie sagen, jetzt bin ich beschwerdefrei, aber ich nehme das nicht mehr so ernst, ich nehme das nicht mehr so stur.“

An achter Stelle stehen unmittelbar erlebte Vereinbarkeit, Einklang, Verträglichkeit von Verhalten und Erfahrung mit dem Selbstkonzept und die Integration von neuen, auch problematischen und belastenden Erfahrungen, die selbstverträgliche Selbsterfahrung, Erfahrung von Veränderung der eigenen Persönlichkeit sowie der „shift“ (Gendlin 1970) eine leib-seelisch ganzheitliche Stimmigkeitserfahrung und organismische Werte statt fremder Wertintjekte, realistische statt perfektionistische Ziele und Seinsvorstellungen. Für diese Merkmale stehen Äußerungen wie:

- „Da geh‘ ich jetzt hin, weil ich das brauch‘.“
- „Ja, ich glaube, das kann keiner, dass er immer optimal reagiert.“
- „Ich weiß auch, dass ich bestimmte Dinge von anderen eben fordere ... und ja, das geht wirklich ...“
- „Irgendwo komme ich mir total normal jetzt wieder vor.“
- „Ich habe diese Arbeit ... ganz gern ... es ist besser als rumsitzen und Nichts tun.“
- „Wenn ich ihm nicht begegne, das ist keine Isolierung.“
- „Es ist ja doch eine gewisse Anspannung, aber doch auch irgendwie tut’s einem gut.“

Literatur

- Binder, U. & Binder, H.J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.
- DIMDI (2017). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification* (im Internet abrufbar).
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie: Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: a manual of the experiential method*. New York: Guilford Press.
- Reisch, E. (1994). *Verletzbar Nähe*. München: Pfeiffer.
- Sachse, R. (1995). *Der psychosomatische Patient in der Praxis*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Speierer, G.-W. (1993). *Zur Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie: Krankheits- und therapiespezifische Besonderheiten bei psychosomatischen Störungen*. In J. Finke

und L. Teusch (Hrsg.): *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie*, S. 103 -113. Heidelberg: Asanger.

Speierer, G.-W. (2016): *Das Differenzielle Inkongruenz Modell (DIM). Handbuch und Arbeitsbuch der Personzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) als Inkongruenzbehandlung. Mit personzentriertem Gespräch, Kategorien und Checkliste zur Inkongruenzanalyse, Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) und Materialien zur Qualitätskontrolle, Therapiedokumentation, Prozess- und Ergebnis-Evaluation sowie einer zusammenfassenden Darstellung des DIM in der personzentrierten Arbeit (Beratung, Supervision, Coaching, Organisationsentwicklung) 4. A. auf USB-Stick, © G.-W. Speierer, Regensburg, Vertrieb: Köln: GwG-Verlag (1.Auflage 1994 Heidelberg: Asanger).*



Gert-Walter Speierer, Prof. Dr. med. habil., Diplom-Psychologe, Gesprächspsychotherapeut, Ausbilder der GwG und Lehrtherapeut der ÄGG. Er lebt und arbeitet in Regensburg. Von 1976 bis zu seiner Emeritierung 2006 leitete er die Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität Regensburg. Er ist Gastprofessor an der Karls-Universität Prag. Seine wissenschaftlichen

Arbeitsschwerpunkte und Veröffentlichungen beziehen sich auf personzentrierte Selbsterfahrungsgruppen, das patientenorientierte Gespräch in der Medizin und das Differenzielle Inkongruenzmodell der personzentrierten Psychotherapie und Beratung. Sein Schriftenverzeichnis umfasst über 150 Titel. Er ist maßgeblich an der Konzeption, der rentenversicherungsrechtlichen Anerkennung sowie der Evaluation und Durchführung des Weiterbildungsganges zum Sozialtherapeuten der GwG Akademie sowie als Dozent und Autor an Weiterbildungsgängen der University of Applied Sciences in Frankfurt /M. beteiligt.

Kontakt:
gert.speierer@alice-dsl.net