

INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL / ÉDITORIAL

- 48 Und sie bewegt sich doch, die Entwicklung der Psychotherapie
49 Mine de rien, la psychothérapie évoluée
Peter Schulthess

ORIGINALARBEIT / ARTICLE INÉDIT - SYNTHÈSE

- 50 Person-geleitete Verhaltenstherapie
65 Thérapie comportementale axée sur la personne
Heinrich Berbalk
- 67 Märchen als Ressource bei maladaptiven Schemata und pathogenen Komplexepisoden
78 Les contes comme ressources pour résoudre des schémas inadaptes et des épisodes complexes pathogènes
Pia McMahon
- 79 Komplexe und Schemata: Konzeptionelle Gemeinsamkeiten der Analytischen Psychologie und der Schematherapie
86 Complexes et schémas: Points communs conceptuels de la psychologie analytique et de la schémathérapie
Mario Schlegel
- 87 „Weil Frauen ja so emotional sind ...“: die Feminisierung eines Berufes – Psychotherapeutin
95 «C'est que les femmes sont tellement émotionnelles...»: Psychothérapeute – la féminisation d'une profession
Eva Jaeggi
- 96 Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie: Ergebnisse aus der Grundversorgung in der Schweiz
107 La qualité des résultats de la psychothérapie ambulatoire: Résultats des soins de base en Suisse
Aureliano Cramer, Margit Koemeda, Volker Tschuschke, Peter Schulthess, Agnes von Wyl
- 108 Evaluation des Universitätslehrgangs „Psychotherapeutische Psychologie“ 2004-2014
115 Evaluation de la formation universitaire «Psychologie psychothérapeutique» 2004–2014
Alexandra Koschier, Anton Leitner
- 116 Das EAP-Projekt zur Etablierung der professionellen Kompetenzen einer/eines europäischen PsychotherapeutIn
Courtenay Young, Traudl Szyszkowitz, Renée Oudijk, Peter Schulthess, Ansis Stabingis

BERICHT / RAPPORT

- 131 Auf den Spuren der Nkisi Nkondi oder Jenseits von Afrika
133 Outre-Afrique ou sur les traces du nkisi nkondi
Andreas Weichselbraun, Beatrix Wimmer
- 135 How Art and Science meet
137 How Art and Science meet
Peter Schulthess

REZENSION / REZENSION

- 139 Egon Garstick (2013): Junge Väter in seelischer Krise - Wege zur Stärkung der männlichen Identität
140 Jürgen Neffe (2014): Mehr als wir sind.
Theodor Itten

Editorial

Peter Schulthess

Und sie bewegt sich doch, die Entwicklung der Psychotherapie

Ein freies Heft bietet die Chance, verschiedene Aspekte zur Psychotherapie zu erfassen. Das geschieht in diesem Heft auf eindrückliche Weise. Nebst Beiträgen zu inhaltlichen Veränderungen in Psychotherapiekonzeptionen finden sich ein Beitrag zur Feminisierung der Psychotherapie, sowie drei Beiträge zur Forschung. Ist das nicht ein erfreulicher Mix?

Wer gedacht hat, die Therapietheorien seien gemacht, die Grenzen zwischen den Ansätzen gezogen, der sieht sich einmal mehr eines besseren belehrt. Richtungsübergreifende Konzeptionen führen die Schulenenwicklungen erfreulicherweise weiter. „There is no end on integration“, wie der Gestalttherapeut Fritz Perls einmal sagte.

Heinrich Berbak ist bekannt als Exponent der kognitiven Verhaltenstherapie, der diese kritisch diskutiert, weiterentwickelt und mit Konzepten der Schematherapie verbindet. Im vorliegenden Beitrag stellt er eine Person-geleitete Verhaltenstherapie dar, die er als Erweiterung der Klinischen und der Persönlichkeitspsychologie verstanden haben möchte. Er überbrückt dabei auch den bisherigen Graben der Verhaltenstherapie zur humanistischen Psychotherapie, zur systemischen Therapie und zur Tiefenpsychologie.

Schulenenübergreifendes Denken findet sich auch in den Beiträgen von Pia McMahon und Mario Schlegel, diesmal zwischen Schematherapie und Jungscher Analytischer Psychologie. *Pia MacMahon* zeigt, was für eine Ressource Märchen bei maladaptiven Schemata und pathogenen Komplexepisoden sein können.

Mario Schlegel, als an vergleichender Psychotherapie Interessiertem, hat dieser Beitrag herausgefordert, einen Diskussionsbeitrag zu verfassen, welcher historische und konzeptionelle Gemeinsamkeiten der Analytischen Psychologie und der Schematherapie nachzeichnet.

Eva Jaeggi nimmt mit dem Thema der Feminisierung des Psychotherapeutenberufes ein aktuelles Gender-Thema auf. Immer weniger Männer sind in diesem Beruf anzutreffen. Dazu macht sie sich Gedanken zu Ursachen und Konsequenzen und stellt einige Hypothesen auf.

Eine weitere Publikation zur Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) präsentieren *Crameri et al.* Im vorliegenden Beitrag wurde die Ergebnisqualität der untersuchten 300 ambulanten Psychotherapien untersucht. Die Analyse der Prä-Post Veränderungen zeigt grosse signifikante Effektstärken. Ein Vergleich mit Outcome-Untersuchungen von kognitiv-behavioralen Behandlungsansätzen zeigt, dass unter naturalistischen Praxisbedingungen die Effektivität der untersuchten humanistischen und tiefenpsychologischen Therapien vergleichbar ist mit jenen von evidenzbasierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren.

2004 bis 2014 hat die Donauuniversität Krems in Kooperation mit der Schweizer Charta für Psychotherapie viermal den Universitätslehrgang „Psychotherapeutische Psychologie“ angeboten. Er war gedacht für PsychotherapeutInnen, die aus anderen Grundstudien zum Psychotherapeutenberuf wechseln wollten und sich dazu nebst ihrer richtungsspezifischen Weiterbildung zum Psychotherapeuten auch das notwendige Grundlagenwissen aus psychotherapierelevanten Fächern erwerben mussten. Da sich dieser Ausbildungsweg im Zug der Gesetzgebung in der Schweiz nicht halten konnte, musste dieses Angebot eingestellt werden. In der Schwesterzeitschrift „Psychotherapie Berufsentwicklung“ findet sich aus diesem Anlass eine Würdigung des Studienganges. Vorliegend wird von *Alexandra Koschier und Anton Leitner* eine wissenschaftliche Evaluation des Universitätslehrganges präsentiert, welche sehr gute Resultate zeigt.

Die Kompetenzforschung im Felde der Psychotherapie liegt noch in den Anfängen. Will sich die Psychotherapie als eigenständiger (aber auch als psychologischer) Beruf etablieren, so wird man formulieren müssen, was denn für Kompetenzen von Psychotherapeuten erwartet werden dürfen. In der EAP (European Association for Psychotherapy) hat sich ein Projekt ergeben, das die beruflichen Kompetenzen von Psychotherapeuten beschreibt. Das Projekt hat die Phase der Festlegung genereller Berufskompetenzen beendet und befindet sich nun in der Phase der Erarbeitung richtungsspezifischer Berufskompetenzen. Der Beitrag von *Young et al.* ist ursprünglich 2013 im International Journal for Psychotherapy auf englisch erschienen und wird hier in etwas überarbeiteter Form auf deutsch präsentiert.

Das Heft wird abgerundet mit zwei Kongressberichten und Buchbesprechungen.

Éditorial

Peter Schulthess

Mine de rien, la psychothérapie évolue

Un cahier blanc offre l'opportunité de traiter divers aspects de la psychothérapie. Dans la présente publication, le défi a été relevé de manière magistrale. Outre des articles consacrés aux changements de contenus dans la conception des psychothérapies, elle en inclut un sur la féminisation de la psychothérapie et trois sur la recherche. N'est-ce pas un mélange réjouissant ?

Ceux qui jusque là pensaient que les théories en matière de thérapies étaient achevées et les frontières entre les approches établies se voient une fois de plus détrompés. Des conceptions indépendantes de tout courant permettent heureusement aux écoles de continuer à évoluer. Comme disait une fois l'inventeur de la Gestaltthérapie, « There is no end on integration ».

Heinrich Berbak est connu pour être le représentant de la thérapie comportementale et cognitive et discuter celle-ci de manière critique, la perfectionner et la mettre en relation avec des concepts appartenant à la schémathérapie. Dans le présent article, il expose une thérapie comportementale, centrée sur la personne, qu'il entend comme extension de la psychologie clinique et de la psychologie de la personnalité. Il parvient ainsi à combler l'ancien fossé entre thérapie comportementale et psychothérapie humaniste, thérapie systémique et psychologie des profondeurs.

L'approche plus indépendante, inspirée tant de la schémathérapie que de la psychologie analytique de Jung, apparaît aussi dans les articles de *Pia McMahon* et *Mario Schlegel*.

Pia McMahon démontre l'importance des contes de fée en tant que ressource dans les schémas mésadaptés et les épisodes de complexes pathogènes.

Quant à *Mario Schlegel*, intéressé par la psychothérapie comparée, il a rédigé son article en guise de défi pour retracer les points communs historiques et conceptuels de la psychologie analytique et de la schémathérapie.

Eva Jaeggi se penche sur la féminisation de la profession de psychothérapeute, qui s'inscrit dans la thématique d'actualité du genre. Les hommes se font de plus en plus rares dans cette profession. Elle livre ses réflexions concernant les causes et les conséquences et émet quelques hypothèses à ce propos.

Une autre publication concernant l'Etude de la pratique ambulatoire de la psychothérapie en Suisse (PAP-S) est présentée par *Crameri et al.* L'article reproduit ici se penche sur la qualité des résultats des 300 psychothérapies ambulatoires étudiées. L'analyse des changements constatés entre le début et la fin révèle des intensités d'effets significatives. Une comparaison avec des études outcome d'approches de traitements comportementaux et cognitifs montre que dans des conditions de pratique naturalistes, l'efficacité des thérapies humanistes et de psychologie des profondeurs est comparable à celle des traitements comportementaux et cognitifs fondés sur des faits.

Entre 2004 et 2014, la Donauuniversität Krems a proposé à quatre reprises, en collaboration avec la Charte suisse pour la psychothérapie, la formation universitaire « Psychologie psychothérapeutique ». Celle-ci s'adressait aux psychothérapeutes qui, déjà au bénéfice d'autres formations initiales, souhaitaient s'orienter vers la profession de psychothérapeute et devaient acquérir, outre les connaissances propres à cette spécialisation, toutes les notions de base dans les branches en rapport avec la psychothérapie. Cette formation n'ayant pas pu être maintenue en raison de la législation suisse, cette offre a dû être abandonnée. La revue « Psychotherapie Berufsentwicklung » lui rend hommage à cette occasion. Ici, *Alexandra Koschier* et *Anton Leitner* présentent une évaluation scientifique de cette formation universitaire, dont les résultats sont plus que probants.

La recherche au sujet des compétences nécessaires dans le domaine de la psychothérapie n'en est qu'à ses débuts. Si la psychothérapie veut s'établir en tant que profession à part entière (en même temps que psychologique), il faudra tôt ou tard formuler les compétences qu'un psychothérapeute doit offrir. Au sein de l'EAP (European Association for Psychotherapy), un projet a démarré pour décrire les compétences professionnelles de psychothérapeutes. Ce projet a terminé la phase de définition des compétences professionnelles générales et se trouve actuellement dans la phase d'élaboration des compétences professionnelles spécifiques aux différentes orientations. L'article de *Young et al.* a au départ été publié en anglais dans *International Journal for Psychotherapy* et est publié ici en allemand dans une forme légèrement retravaillée.

La revue est complétée par deux comptes rendus de congrès et des critiques de livres.

Originalarbeit

Heinrich Berbak

Person-geleitete Verhaltenstherapie Ein Ansatz für Klinische und Persönlichkeitspsychologie

Zusammenfassung: Unveräußerliche Voraussetzungen jeder psychologischen Beschreibung und Änderung werden im Rahmen kognitiv-behavioraler und persönlichkeitspsychologischer Ansätze übersehen. Was für tiefenpsychologische und humanistische Ansätze seit jeher gilt, bleibt Stiefkind in kognitiv-behavioraler und pharmakologischer Therapie: 1. die angemessene Berücksichtigung der Gesamtperson, 2. die Weise, in der die Person die vorgefundenen Lebensumstände in ihre innere Lebenswelt aufnimmt, 3. die Kenntnis realer Lebensumstände.

Mitverantwortlich sind unmäßige Lust an Störungsklassifikation, übertriebener Glaube an störungsspezifische Manualtherapien und die „Ehe“ zwischen Störungsklassifikation und Pharmakotherapie.

Berbalks Person-geleitete Verhaltenstherapie begegnet diesem Mangel mit einem eigenen Personmodell für Beschreiben und Verändern. In dem Modell sind Personanteile bipolar und konkurrierend konzipiert. Sie haben für jeden Menschen eine eigene Entwicklung und damit eine einzigartige Struktur und Dynamik.

Berbalks Innerer Globus ist ein Kugelmodell der Person mit den Dimensionen Basis, Liebe und Reife. Berbalks Inneres Universum umfasst die innere Lebenswelt der Person.

Als Methode für Beschreiben und Ändern wurde das Puppeninventar Person-geleiteter Veränderung geschaffen.

Störungen wie auch heilsame Entwicklungen sind Erscheinungen der Person, ihrer Lebenswelt und der Realität.

Schlüsselwörter: Person-geleitete Verhaltenstherapie, Dimensionen der Personanteile, Verhaltensschablone mit anteilsspezifischer Logik des Lösungsweges, innerer Globus der Person (BIG), inneres Universum der Person (BIU), reale Lebensverhältnisse.

Person-guided behaviour therapy - An approach for Clinical and Personality Psychology

Abstract: The inalienable requirements of every psychological description and change are often overlooked by those working within the framework of cognitive behavioural and personality psychological approaches. What has always been a given in depth psychology and humanistic interventions, remains the step-child in cognitive behavioural and pharmacological therapy: (1) the appropriate consideration of the whole person, (2) the way the person incorporates the encountered life conditions into her/his inner world, (3) the knowledge of the actual environmental conditions.

The excessive desire for classifying disturbances, an exaggerated belief in disturbance-specific manual-based therapies and the „marriage“ between disturbance classification and pharmacological therapy is partly responsible for this.

Berbalk's person-guided behaviour therapy meets this deficiency with a unique person model (BIG and BIU) for description and change. In this model the aspects of the person are conceptualized as bipolar and competing. Every person has their own developmental history and thereby a unique structure and dynamic. Berbalk's Inner Globe is a ball-like model of the person with the dimensions basis, love and maturity. Berbalk's Inner Universe covers the inner world of the person.

A method for description and change the puppet inventory for person-guided change has been created.

Disturbances as well as beneficial developments are phenomena of the person, their life space and reality.

Keywords: Person-guided behaviour therapy, dimensions of aspects of a person, behaviour patterns with an aspect-specific logic to the solution process, inner globe of a person, inner universe of a person; real life conditions.

Terapia comportamentale guidata dalla persona - Un approccio per la psicologia clinica e della personalità

Riassunto: I presupposti non esteriorizzati di qualunque descrizione e cambiamento psicologici sfuggono nell'ambito degli approcci cognitivo-comportamentali e della psicologia della personalità. Ciò che vale da sempre per gli approcci della psicologia del profondo e umanistici, rimane estraneo alla terapia cognitivo-comportamentale e farmacologica: 1. l'adeguata considerazione della persona nel suo insieme. 2. come la persona percepisce le condizioni di vita date nel suo mondo di vita interiore. 3. la conoscenza di condizioni di vita reali.

Sono corresponsabili la voglia smisurata di classificare i disturbi, la fede esagerata in terapie manuali specifiche dei disturbi e le "nozze" tra la classificazione dei disturbi e la farmacoterapia.

La terapia comportamentale guidata dalla persona di Berbak fa fronte a questa mancanza con un modello proprio di persona (BIG e BIU) per la descrizione e il cambiamento. In questo modello le parti di persona sono concepite in modo bipolare e in concorrenza. Per ogni persona presentano uno sviluppo proprio e dunque una struttura e una dinamica uniche.

Il BIG (globo interiore di Berbak) è un modello sferico della persona comprendente le dimensioni base, amore e maturità. Il BIU (universo interiore di Berbak) comprende il mondo di vita interiore della persona.

Come metodo per la descrizione e il cambiamento è stato creato "l'inventario di bambole per il cambiamento guidato dalla persona".

Disturbi nonché sviluppi salutari sono espressioni della persona, del suo mondo di vita e della realtà.

Parole chiave: Terapia comportamentale guidata von der Person; Dimensionen der Teile der Person: Basis - Liebe - Reife; Modell der Verhaltensänderung mit spezifischer Logik für die Teile auf dem Weg zur Lösung; globales Inneres (BIG) und Inneres der Person (BIU); Lebensbedingungen.

Konkurrenz oder Person-geleitetes Zusammenspiel der Angebote

Suchte man einen Namen für alle Therapieschulen, sähe ich in der Bezeichnung „Person-geleitete Veränderung“ einen die Richtungen der Psychotherapie vereinenden Namen. Mit der Person-geleiteten Verhaltenstherapie wäre eine überfällige Annäherung und Zusammenarbeit möglich. Vorteil des übergreifenden Namens Person-geleitete Veränderung wäre die zwischen den Therapierichtungen unstrittige Intention der Änderung (Snyder & Ingram, 2000). Es käme hinzu die Flexibilität des Namens hinsichtlich dreier Ausrichtungen: 1. Ausrichtung auf die Änderung der inneren Welt der Person, 2. Ausrichtung auf die Änderung des Reagierens und Wirkens der Person auf ihre Umgebung sowie 3. Ausrichtung auf die von außen kommende Änderung (Abschwächung oder Beseitigung einer behindernden Situation oder behindernder Lebensumstände sowie Bereitstellung förderlicher und ersprießlicher äußerer Lebensbedingungen).

Die letzte Ausrichtung, nämlich auf die Veränderung der äußeren Lebensbedingungen, entspricht auch einer Analyse des Heidelberger Kollegen Peter Fiedler. Er fand heraus, dass persönliche Änderung, sei sie für die Lebensführung förderlich oder hinderlich, kaum ohne Änderung der realen Lebensbedingungen auftritt.

Person-geleitete Verhaltenstherapie fragt nicht nach der richtigen Therapierichtung, sondern nach den individuellen Bedürfnissen und adäquaten Hilfen für die Person.

Adäquate Hilfe kann auch heißen „aus der Patsche zu helfen“ statt „über die Patsche zu reden“ und „aus der Patsche zu helfen“ statt realistische Angst und Verzweiflung mit Medikamenten zu überdecken (Breggin, 1991, Breggin & Cohen, 2007).

Die mit autonomen Anteilen ausgestattete Person

Schon William James (1909), William Stern (1918) und Gordon Allport (1937, 1955, 1961) haben sich mit Aufteilungen von Person, Ich, Selbst und Identität beschäftigt.

Nach James gibt es eine Vielzahl von „empirischen Selbsten“ (Michs), die sich im Laufe des Lebens im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Realität auf ein bestimmtes Selbst hin entwickeln.

„Oft [besteht die] Notwendigkeit, für eines meiner empirischen Selbste Partei zu ergreifen und die übrigen im Stich zu lassen. [Man möchte] gern alles zugleich sein ..., hübsch und stattlich und gut gekleidet und ein großer Athlet und ein Geschäftsmann, der in jedem Jahr eine Million verdient, ein Witzbold, ein Bonvivant und ein Herzeneroberer, dabei auch ein Philosoph; ein Philanthrop, Staatsmann, Kriegsheld, Afrikaforscher ebenso wohl wie ein Tondichter und ein Heiliger. Aber die Sache ist einfach unmöglich. ... Der Philosoph und der Frauenjäger könnten nicht gut zusammen in einer Hülle wohnen.“ ... „Solche verschiedenartigen Charaktere mögen beim Beginn des Lebens für einen Menschen gleich möglich sein. Aber um einen derselben wirklich zu gewinnen, müssen die anderen mehr oder weniger unterdrückt werden. Wer daher sein wahres, stärkstes, tiefstes Selbst gewinnen will, der muß alle Möglichkeiten sorgfältig durchmustern und diejenige ergreifen, in die er sein Heil setzt. Alle übrigen Selbste werden nun unwirklich, und nur die Schicksale dieses einen Selbst besitzen Realität. Seine Niederlagen sind wirkliche Niederlagen, seine Triumphe wirkliche Triumphe. Jener [Niederlagen] schämt man sich, wie man auf diese [Triumphe] stolz ist.“ (James, 1909, S. 185)

James verwendet „Selbste“, „Charaktere“, „Persönlichkeiten“ meist synonym. Bei der reifen Person schließt für James das Auftreten einer dieser Seiten die Existenz der anderen aus. Demgegenüber bezeichne ich diese Kennzeichen einer Person schlicht als „Anteile der Person“ und betrachte sie als voneinander unabhängige, autonom funktionierende Seiten. In ihnen kann sich die Person zwar nur in Sukzession befinden, aber die Anteile der Person koexistieren und sind dynamisch miteinander verbunden.

Die Einschränkung auf ein Selbst, einen Charakter, eine Persönlichkeit oder einen Personanteil ist nicht nur unnötig, sondern unangemessen.

William Stern, der Hamburger Begründer der Persönlichkeitspsychologie, stellt als bedeutsame Ziele der Person die Selbsterhaltung und die Selbstentfaltung heraus. Um ihnen zu entsprechen, bilden sich bei der Person Anteile mit einem Gesamtverhalten heraus. Im Falle der Selbsterhaltung wird das Unterschreiten eines Minimums verhindert und im Falle der Selbstentfaltung wird das Erreichen eines Maximums erstrebt.

Die Person zeichnet sich für Stern aus durch Vieleinheit (in meinem Ansatz autonome, koexistierende und dynamisch verbundene Anteile der Person), Zielstreben (in meinem Ansatz Handeln aus freien Stücken) und Besonderheit (in meinem Ansatz Einzigartigkeit der Person).

Gordon W. Allport, der Stern in Hamburg besuchte, hebt Selbst-Einsicht und Selbst-Objektivierung als Merkmale der Reife der Persönlichkeit hervor. Allport kennzeichnet die Person zudem als Ort des Handelns.

Sein besonderer Beitrag liegt in der Aufstellung von Funktionen, die die innere Einheit der Person herstellen sollen. Diese acht Funktionen nennt er zusammen das Proprium (Allport, 1970): 1. das körperliche Mich (Sinn für den eigenen Körper), 2. die Selbst-Identität (mit zunehmendem Alter festigt sich das Erleben, dass die eigene Person über die Zeit erhalten bleibt), 3. die Ich-Erhöhung (Eigenliebe), 4. die Ich-Ausdehnung (Aufnahme von Personen, Lebewesen, Sachen, Werten und Ideen in die eigene subjektive Lebenswelt – „gehört zu mir“), 5. das rationale Ich (Fähigkeit, innere Bedürfnisse und Realität zur Deckung zu bringen), 6. das Selbst-Bild (Richtung, worauf sich die Bewegung des Propriums orientiert; ideales Selbstbild: Zukunftsaspekt des Propriums), 7. das Eigenstreben (im Gegensatz zu opportunistischer Anpassung mit Streben nach Lösung von Spannungen ist Eigenstreben eher die Aufrechterhaltung von Spannung: Widerstand gegen das Gleichgewicht. „Die Menschen beschäftigen sich augenscheinlich damit, ihr Leben in die Zukunft zu führen, während die Psychologie sich vorwiegend damit beschäftigt, die Menschen in die Vergangenheit zu verfolgen“ [Allport, 1974, S. 52]. Der Titel meines Buches zur Person-geleiteten Veränderung lautet „Aus freien Stücken“ und soll den anstrengungsbereiten Gegenpol zur angestregten Seite eines Anpassers in einer Person bezeichnen), 8. der Wissende (der sich der anderen Anteile bewusst ist und sich bewusst ist, dass er es weiß. Vereinigender Akt des Wahrnehmens und Wissens. Moderne Sichtweisen des Gehirns erwarten ebenfalls eine Seite – ein Aktivitätsmuster – mit der Funktion eines „Chefdirigenten an der Spitze“, Default Mode Network [Raichle, 2010, S. 66]. In meinem Ansatz wird der Wissende von den Personen selbst oft in vier verschiedenen Seiten erkannt: der Beobachter, der Informant, der Vermittler, der Entscheider).

Die Auffassungen von Allport lassen sich durch neue Theorien (Millon, 1999, Millon et al., 2010), Methoden und Befunde aus Soziologie (Kaufmann, 2010), Sozialpsychologie (Leary & Tangney, 2012; Vazire & Wilson, 2012) und Entwicklungspsychologie (Kagan, 2013) bestätigen und ergänzen.

Die Besonderheiten meines eigenen Ansatzes der Person und ihrer Anteile ergänze ich im folgenden Abschnitt.

Besonderheiten der Anteile der Person

Einen Anteil der Person konzipiere ich als eine relativ autonome Struktur, die bei Aktivierung mit dem Ichbewusstsein, einem Selbstgefühl, oder dem Identitäts-Eindruck verbunden sein kann.

Bei innerer oder äußerer Aktivierung erscheint ein für den Personanteil spezifischer momentaner personaler Gesamtzustand mit einem anteilsspezifischen Gesamtverhalten (siehe Tabellen 1 und 2).

Ein Personanteil besteht oder entwickelt sich als vermeintlich aussichtsreichstes Bewältigungssystem für Lebenssituationen mit einem bestimmten Thema. Dieses kann in die Form eines Namens für den gesamten Anteil gebracht werden und in unterschiedlichen sprachlichen Modi erfolgen. Zum Beispiel könnten für einen Personanteil der opportunistischen Anpassung folgende verschiedene Bezeichnungen für den gleichen Personanteil stehen: verbaler Modus, „sagt nach Aufforderung ja“; adverbialer Modus, „passt sich eifrig an“; adjektivischer Modus, „angepasster Kollege“; substantivischer Modus, „der Ja-Sager“.

Themaspezifisch ist auch die emotionale Komponente des Personanteils und des bei Aktivierung auftretenden Gesamtzustandes (z. B. Jähzorn; Itten, 2007). Mit der Hinzunahme der emotionalen Komponente tritt die Nähe meiner Auffassung zu der Emotionstheorie von Lazarus (1999) hervor, mit dem Unterschied, dass Lazarus auf Emotionen fokussiert analysiert, während mein Ansatz die Person und ihre wesentlichen, relativ autonomen Anteile in den Mittelpunkt stellt.

Die im Gehirn und Körper verankerte Struktur eines Personanteils ist in unterschiedlichem Ausmaß vorwiegend genetisch oder vorwiegend auf Lernen in einem bestimmten Umfeld basiert. Die meisten Personanteile, insbesondere bei Jugendlichen und Erwachsenen, sind aus Lernen und genetischer Bestimmung kombinierte Strukturen, die sich in ständiger, wenn auch in der Regel geringfügiger Veränderung befinden.

Personanteile können unterschiedliche potenzielle Stärke aufweisen.

Da ein Personanteil aus physiologischen, emotionalen und motivationalen sowie thematischen Strukturen besteht, postuliere ich zu jedem Anteil einen in den wesentlichen Strukturen entgegengesetzten Anteil. Diese Bipolarität mit der Bedingung der zeitlichen Sukzession ermöglicht es auch, dass ein und dieselbe Person über gleich stark ausgeprägte entgegengesetzte Anteile verfügen kann. Dieselbe Person kann einen Anteil eines strahlenden Helden und einen Anteil eines kläglichen Feiglings in sich vereinen.

Sehr schwache Ausprägung einer Seite kann aber bei sehr starker Ausprägung der entgegengesetzten Seite den Eindruck der Unipolarität der starken Seite ergeben.

Dominanzwechsel zwischen Personanteilen erfolgt mitunter „spontan“, meistens aber durch äußere und/oder innere Anreize angestoßen („ereignisgetrieben“).

Drei Arten von Dominanz können sich für einen Personanteil einstellen:

1. die Dominanz eines Anteils gegenüber seinem Gegenteil (Einseitigkeit),

2. die Dominanz eines Anteils gegenüber einem thematisch verschiedenen Personanteil (Vormacht – Voreinstellung),
3. die Dominanz eines aktuell wirksamen Anteils gegenüber Änderungsversuchen (Änderungsresistenz).

Die Personanteile können in dynamischen zeitlich sukzessiven Beziehungen stehen sowohl zu polar entgegengesetzten (also thematisch gleichen) als auch zu thematisch verschiedenen Anteilen. Das Zusammenspiel der Anteile folgt jeweils aus aktuellen Anforderungen und Bedürfnissen oder in die Zukunft weisenden Entwicklungsbestrebungen.

Zu jedem Personanteil gehört ein ihm entsprechendes Gesamtverhalten. Es kann allerdings kein uniformes Gesamtverhalten in einem Anteil der Person geben, da es funktions- und situationsangepasst ist. Stattdessen spreche ich von anteilsspezifischer Verhaltensschablone (Verhalten auf einer höheren Beobachtungsebene; siehe Tabelle 2). Jeder Personanteil ist dabei von einer „eigenen Logik eines Lösungsweges“ bestimmt. Zu jedem Thema gehört demnach eine problemangepasste Verhaltensschablone.

Das Gesamtverhalten der Person (Unterscheidung zu Gesamtverhalten in einem Anteil) ergibt sich aus den dynamischen Beziehungen aller Anteile unter den gegebenen inneren und äußeren Bedingungen.

Es ist also zu unterscheiden zwischen Gesamtverhalten in einem bestimmten personalen Gesamtzustand (aktivierter Personanteil) und Gesamtverhalten der Person über einen zusammenhängenden längeren Zeitraum.

Allport sieht im zeitlich überdauernden Gesamtverhalten der Person, welches bei ihm die Handlungen aus dem gesamten Proprium darstellt, eine Parallele zu Adlers „Lebensstil“ (Berbalk & Hahn, 1980). In meinem Ansatz hat sich erst herauszustellen, ob die Person im Zusammenspiel all ihrer Anteile einen Lebensstil oder in wechselnden Anteilkombinationen unter verschiedenen Lebensbedingungen alternierende Lebensstile verwirklicht. Zum Beispiel könnte ein leitender Arzt in einem auf Gewinnmaximierung orientierten privat organisierten Gesundheitssystem in erster Linie als „egoistischer Herrscher“ auftreten und zeitlich versetzt als Mitglied von Ärzten ohne Grenzen als „liebvoller und selbstloser Helfer“ leben. Oder ein Wissenschaftler kann in seiner Arbeit eine „sadistische Seite“ zeigen, in der er z. B. Tieren die Stimmbänder durchtrennt, damit in Schmerzexperimenten die verzweifelten Schreie nicht so stören, und er kann in seinem Familienleben ein „fürsorglicher Vater“ für seine Kinder und ein „besorgtes Herrchen“ für sein Hündchen sein. Die Beispiele sollen zeigen: In einer Person können zugleich „unreife, andere Lebewesen schädigende Lebensstile“ und „reife Lebensstile zum Wohl der Gemeinschaft“ angelegt, entwickelt und vorhanden sein.

Berbalks Innerer Globus: das Kugelmodell der Person

Der erste Teil meines Person-Modells, Berbalks Innerer Globus (BIG), ist in Abb. 1 wiedergegeben.

Besonders geeignet für die anschauliche Darstellung einer Person erscheint mir aus mindestens zwei Gründen das geometrische Gebilde der Kugel. Sie liefert eine eindeutige Abgrenzung zwischen innen und außen – Person und Nicht-Person –, und sie ermöglicht die Darstellung von drei bedeutenden Dimensionen von Struktur und Funktion einer Person, die sich bezüglich ihres Zusammenspiels anschaulich in 8 Kugelanteile, Oktanten, und/oder 6 verschiedene Halbkugeln unterteilen und betrachten lassen (Abb. 1).

Die drei Dimensionen leite ich ab aus den Grundlagen der Psychologie (Allgemeine Psychologie, Physiopsychologie), aus der Sozialpsychologie und der Entwicklungspsychologie über die Lebensspanne.

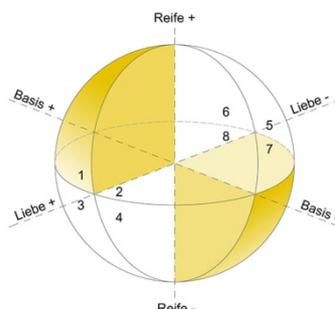


Abb.1: BIG (Berbalk's Innerer Globus) mit Beschriftung der drei Achsen Basis, Liebe und Reife, mit der Darstellung der 6 Halbkugeln mit 1.Basis +, 2.Basis -, 3.Liebe +, 4.Liebe -, 5.Reife + und 6.Reife - als höchstem Punkt der jeweiligen Halbkugel. Ersichtlich sind auch die 8 Oktanten, vier davon sind Teile auf jeder Halbkugel, in denen sich Personanteile mit Dreierkombinationen von Basis, Liebe und Reife Werten finden. Farblich hervorgehoben sind die inhaltlich entgegengesetzten Oktanten 1 und 7 mit Berührung nur an einem Punkt, der Mitte der Kugel.

© 2014 Heinrich Berbalk, Institut für Person - geleitete Veränderung

Den Dimensionen habe ich die Namen Basis, Liebe und Reife gegeben. Lässt sich ein Anteil der Dimension Basis zurechnen, ist er durch notwendige Kompetenzen zum Überleben oder der Lebensbewältigung gekennzeichnet. Ein Personanteil mit hoher Ausprägung in der Dimension Basis kann als Beitrag zur Lebenstüchtigkeit der Person gelten. Die Dimension Liebe weist einen Anteil aus als wirksam im zwischenmenschlichen Bereich des Liebens und Geliebtwerdens. Ein Personanteil mit hoher Ausprägung in der Dimension Liebe kann als Beitrag zur sozialen Einbettung der Person gelten. Die Dimension Reife bezieht sich auf Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit in altersgemäßer Form. Ein Personanteil mit hoher Ausprägung in der Dimension Reife kennzeichnet eine Person als unabhängig, verantwortungsbewusst und selbstgesteuert.

Im Oktanten 1 (Basis +, Liebe +, Reife +) wäre die optimale Person beheimatet, wenn eine Person mit allen eruierten Anteilen ausschließlich in einem Oktanten angesiedelt sein könnte. Oktant 1 ist der Ort der Anteile, die insofern vollkommene Ressourcen der Person darstellen, als sie von allen drei wichtigen Lebensdimensionen geprägt sind: Basiskompetenzen zum Überleben, Teilhabe an der Gemeinschaft durch Lieben und Geliebtwerden und Reife für altersgemäße Entscheidungen und Handlungen. In der Therapie ist der Oktant 1 der Ort der Ressourcen und der Entwicklungsziele und im Verlaufe der Therapie der Ort der positiven Veränderung.

Der Oktant 7, der räumlich den Oktanten 1 nur an einem Punkt berührt und ihm in der Kugel gegenüberliegt, beherbergt Anteile, die genau das Gegenteil darstellen: inkompetent in der Basis, isoliert und ungeliebt, unreif.

Aus Theorie, Empirie und Informationen aus vielen Einzelfällen habe ich für Basis, Liebe und Reife jeweils neun positive und neun negative prototypische Personanteile zusammengestellt (Tabelle 1).

Lfd. Nr.	Positiver Personanteil	Negativer Personanteil
Namen für Anteil der Dimension Basis		
01	Aktiv	passiv
04	unverwundbar	verwundbar
07	belohnungssensibel	belohnungsunsensibel
10	strafsensibel	strafunsensibel
13	kämpfend	fliehend
16	sich wehrend	totstellend
19	sich stellend	versteckend
22	einfallsreich	langweilig
25	natürlich	übertrieben
Namen für Anteil der Dimension Liebe		
02	geliebt	vernachlässigt
05	sicher	bedroht und verlassen
08	in Ordnung	fehlerbehaftet
11	gleich	besonders
14	unabhängig	abhängig
17	vergebend	nachtragend
20	wohlütig	geizig
23	hoffnungsvoll	resigniert
26	teilhabend	orientierungslos
Namen für Anteil der Dimension Reife		
03	weise	unbedacht
06	tolerant	strafend
09	frei	unterworfen
12	dienend	bestimmend
15	selbstbeherrscht	ungesteuert
18	unerschrocken	feige
21	gradlinig	raffiniert
24	herausgefordert	gequält
27	unverführbar	verführbar

Tabelle 1: Namen für 54 (2 mal 27) prototypische Personanteile im BIG-Modell

© 2013 Heinrich Berbalk, Institut für Person-geleitete Verhaltenstherapie

Für jeden dieser prototypischen Personanteile habe ich ein gemeinsames Thema und für die bipolaren Personanteile das jeweilige Einzelthema zusammengestellt. Dazu kommt eine typische Situation. Jeder Anteil der Person ist weiterhin mit emotionalem Empfinden verbunden und er stellt eine mit anteilsspezifischer Logik

eines Lösungsweges verbundene Verhaltensschablone für den Fall eines Reagierens oder Handelns (unmittelbare Reaktionstendenz oder Kontrollneigung) bereit (Tabelle 2).

Dimension	Gemeinsames Thema	Typische Situation	Positiver Anteil ^a	Negativer Anteil
Basis	aufgefordert	Situation ist unbefriedigend oder lässt positive Veränderung wünschenswert erscheinen	aktiv ET: Aufforderung zum Handeln VS: bereit loszulegen, starten statt warten EE: gespannt, tatkräftig, erwartungsvoll	passiv ET: lähmende Aufforderung VS: abwarten EE: gedrückt, unbeweglich, erstarrt, zurückgezogen, benebelt
Liebe	lieben und Liebe empfangen	Situation beinhaltet Signale der Liebe, Zeichen des Liebens und Geliebtheits	geliebt und liebend ET: Liebe geben und empfangen VS: zuwenden EE: fühlt sich bedingungslos akzeptiert, empfindet Zuneigung, Freude, Glück, Dankbarkeit	vernachlässigt ET: allein und ungeliebt VS: dringt nicht zu anderen vor und die anderen verbinden sich nicht mit ihr EE: vernachlässigte Seite fühlt sich allein und ungeliebt; Enttäuschung, Resignation, Neid, Eifersucht
Reife	vorausschauen	Situation lässt eine „unmittelbar“ passende Reaktion zu, erfordert kein Überdenken	weise ET: beobachten statt handeln VS: auf gerechtfertigtes Reagieren verzichten oder sogar unerwartet und paradox reagieren, z. B. Zuwendung statt Abwendung zeigen (oder umgekehrt) EE: gelassen	unbedacht ET: Recht haben und Recht nehmen VS: hol Dir Dein Recht sofort, nimm Dir, was Dir zusteht EE: reagiert impulsiv und unbeherrscht, kocht, fühlt Drang zur Erfüllung von Sehnsucht, Anspruch, Möglichkeit; gleichgültig gegenüber Folgen; haben wollen

Tabelle 2: Beispiele für Personanteile in den Dimensionen Basis, Liebe und Reife
a: ET=Einzelthema, VS=Verhaltensschablone, EE=emotionales Empfinden
© 2013 Heinrich Berbalk, Institut für Person-geleitete Verhaltenstherapie

Berbalks Inneres Universum

Zum topologischen Modell der Person gehört nicht nur der eigene innere Globus (BIG), sondern auch das innere Universum, für das Person-Modell zusammengestellt als Berbalks Inneres Universum (BIU). In der Wertewelt der Person vorkommende Menschen, Lebewesen, Objekte, Ideen sind im inneren Universum der Person als Globen (Kugeln unterschiedlicher Größe) mit Basis-, Liebe-, Reife-Anteilen repräsentiert.

So wie innerhalb des inneren Globus der Person dynamische Beziehungen zwischen den Personanteilen bestehen, gibt es auch zwischen den Globen im inneren Universum der Person dynamische Beziehungen. Es können lebensfördernde oder lebensbehindernde „Berührungen“ bestimmter Oktanten zwischen den Globen bestehen oder hergestellt werden. Spannungen, Schwierigkeiten, interpersonale Probleme werden zum Beispiel empfunden, wenn im inneren Universum einer Person positive Anteile des eigenen Globus von einer wichtigen nahestehenden Person abgewendet sind. Problematisch wäre ebenso, wenn in BIU die andere Person nur in den schädigenden Anteilen ihres Oktanten 7 erlebt würde.

Intervention in der Person-geleiteten Veränderung bedeutet deshalb sehr oft „lediglich“ das Eruiieren der wesentlichen Anteile in den relevanten Globen des inneren Universums, Erfassen ihrer Dynamik in relevanten Kontexten und das Bemühen um günstige Drehungen eines oder mehrerer Globen im inneren Universum.

Aus den vorliegenden oder eruierten Lagen der Globen innerhalb eines Universums kann allerdings auch auf eine Unvereinbarkeit von Beziehungen geschlossen werden. Unvereinbarkeiten wären z. B.:

1. Beharren einer oder mehrerer Personen auf ungünstiger Ausrichtung der Globen zueinander,
2. Destruktive Interaktion zwischen Anteilen der Partner wie unausgewogen starke submissive Anteile der einen Person und starke Dominanzanteile anderer Personen,
3. Fehlen von benötigten Personanteilen in bestimmten Oktanten.

Zu Drehungen von Globen in BIU kommen dann zusätzlich die Veränderung von eigenen Personanteilen durch Stärken, Abschwächen oder Verändern der inneren Kommunikation (dynamische Verbindungen zwischen eigenen Anteilen). Weiterhin können Veränderungen von äußeren Bedingungen (Realität) erforderlich sein, wie 1. das situative Gesamtverhalten anderer Personen oder 2. ihr zeitlich überdauerndes Gesamtverhalten (Lebensstil, Lebensstile der jeweils anderen Person) und 3. aktuelle und allgemeine Lebensbedingungen. Das Betrachten von Abbildung 2 gibt zunächst keine Information, ob eine Person sich selbst mit ihrem inneren Globus und weiteren Globen als Bestandteilen ihres inneren Universums dargestellt hat oder ob es sich um drei separate innere Globen als symbolische Selbstdarstellungen dreier verschiedener Personen handelt. Die Kreation mehrerer Globen im Rahmen eines einzelnen inneren Universums durch eine Person entspricht einer der Methoden in der Person-geleiteten Veränderung. Die Kreation nur des jeweils eigenen inneren Globus durch mehrere Personen, die im Rahmen einer Veränderung miteinander persönlich verbunden sind, ist eine weitere Methode.



Abb. 2. Drei BIGs als Ausgangspunkt für drei BIUs:
 Von rechts: BIG für den Vater, BIG der Tochter (Patientin) und BIG der Mutter. Auf den Globen befinden sich Bilder von Puppen als Repräsentanten von Anteilen der Personen (siehe Abschnitt 4). Die drei BIGs können unter der Perspektive eines BIUs der Tochter, eines BIUs des Vaters oder eines BIUs der Mutter betrachtet werden.
 © 2014 Heinrich Berbalk, Institut für Person-geleitete Veränderung

Abbildung 2 zeigt ein Universum, in dem der innere Globus einer Tochter (Patientin in der Mitte) und die Globen der Mutter und des Vaters dargestellt sind. Die Dynamik und Ausrichtung der Globen dienen der Aufklärung familiärer Schwierigkeiten, der Erklärung von Konflikten und der Kreation möglicher heilsamer Veränderungen in der Stärke von Anteilen und der Dynamik und Ausrichtung von Anteilen innerhalb und zwischen den beteiligten Personen.

Zusammenleben nach dem Personmodell mit BIGs und BIUs

Kennen und verändern kann sich immer nur eine Person selbst (Glasser, 1998, 2001). Zu dieser grundlegenden Auffassung des Begründers der Realitätstherapie William Glasser kann nach meinem Ansatz hinzugefügt werden: Zum inneren Universum einer Person gehören neben dem eigenen zwar zahlreiche weitere Globen persönlich bedeutsamer Personen. Diese repräsentieren aber nicht die „tatsächlichen“ inneren Globen der anderen, sondern die erschlossenen, erwarteten, ersehnten oder befürchteten Anteile der jeweiligen anderen Personen. Daraus folgt: 1. Es besteht eine prinzipielle und unüberbrückbare Trennung der tatsächlichen Globen von Personen (BIGs). 2. Dasselbe trifft für die individuellen Lebenswelten (BIUs) zu. 3. Aus beidem, der Abgeschlossenheit jedes individuellen Globus und der gegenseitigen Abgeschlossenheit der individuellen Lebenswelten, ergibt sich auch die prinzipielle Verschiedenheit der Auffassung und Beantwortung „gleicher“ realer Lebensbedingungen durch verschiedene Personen.

In diesen drei Bereichen kann es zu schwerwiegenden Irrtümern kommen, die zu negativen zwischenmenschlichen Erfahrungen führen mit Verwirrung, Enttäuschung, Angst, Verzweiflung und Wut (Itten, 2007).

Irrtum 1 liegt vor, wenn ich meine, dass eine andere Person in meinen inneren Globus schauen könne und deshalb wisse, was ich brauche oder möchte, und dass die andere Person auch wisse, welches Verhalten ich von ihr erwarte. Irrtum 2 liegt vor, wenn ich erwarte, dass die eigene Lebenswelt mit wichtigen Personen, Sachen, Werten und Ideen von einer anderen Person gekannt, respektiert und geteilt werde; oder die eigene innere Welt sogar eine Deckungsgleichheit in dem inneren Universum des anderen haben könne. Irrtum 3 liegt vor, wenn ich denke, es könne auf gleiche äußere Ereignisse oder Umstände bei zwei Personen gleiche Beachtung, Bedeutungszuschreibung, Bewertung, gleiches Reagieren oder Entscheiden für die gleiche Handlung geben.

Aus Irrtum 1 kann Enttäuschung resultieren, Irrtum 2 kann zu Missverständnis und Einsamkeitsgefühlen führen, Irrtum 3 kann zur Unterstellung von Ablehnung und von böser Absicht verleiten. Im Zuge dieser Irrtümer kann es zu extremen Verhaltensantworten wie Selbstschädigung bis zur Selbsttötung oder aggressivem Verhalten bis zu Folter und Mord kommen. Demgegenüber erfordert gemeinsame erfolgreiche Lebensbewältigung Erkennen und Anerkennung der prinzipiellen Begrenzung im Zugang zu einer Person und ihrer Lebenswelt. Gemeinsame Lebensbewältigung erfordert auch Kommunikation über Struktur und Prozesse in den jeweils „fremden“ inneren Globen und inneren Universen. Manchmal resultieren daraus beidseitig akzeptable Kompromisse und in einem Glücksfall Parallelität von Personanteilen und inneren Lebenswelten mit der zeitweiligen Illusion der Verschmelzung der Personen und ihrer Lebenswelten.

Kommunikation mit sprachlichen Metaphern und Puppen als Repräsentanten von Personanteilen

Die wichtigsten sprachlichen Metaphern in meinem Ansatz sind 1. Person, 2. Anteile der Person, 3. die einzelnen Namen für die prototypischen und 4. die einzelnen Namen für die individuellen Themen (für das einzelne Individuum unterschiedene Anteile).

Im Bereich der sprachlichen Metaphern sind für die prototypischen Themen (Anteile der Person, Charaktere, Selbste) Theophrast (371–286 v. Chr.) und La Bruyère (1645–1696) mit ihren Charakteren und für die individuellen Themen Polster (1995) mit den Nennungen der Vielfalt der „Selbste“ für seine einzelnen Patienten unerreichte Meister. Hinzu kommen Autoren, die sich in der Auseinandersetzung mit der Vorstellungskraft von Kindern mit Puppen als Repräsentanten (konkreten Metaphern) von Personanteilen anderer oder der eigenen Person beschäftigt haben (Petzold, 1987, Straub, 1987). Ich selbst habe mit meinen Mitarbeiterinnen ein Puppeninventar für Diagnostik und Therapie mit 164 Puppen entwickelt, welches sich in der Anwendung bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Familien sowie Paaren als Reservoir für Repräsentanten von Personanteilen bewährt hat.

Innere und interpersonale sprachliche Kommunikation

Angeregt durch die evolutionären und kulturhistorischen Entwicklungsannahmen für Bewusstsein von Jaynes (1976) gehe ich davon aus, dass gesprochene und gehörte Worte sowohl intra- als auch interpersonal unverzichtbare Instrumente des Verstehens, der Verständigung und der Beeinflussung sowie der Steuerung von Verhalten auf allen Beobachtungsebenen sind (Berkalk & Bente, 1981).

Der Weg des Menschen zu bewusster innerer Steuerung könnte in Anlehnung an Jaynes wie folgt gewesen sein: zu Beginn war ausschließliche Fremdsteuerung zunächst durch Befehle von externen „göttlichen Medien“, dann über akustische Halluzinationen solcher Befehle. Schließlich nach Auflösung dieses „bicamerale“ geistigen Funktionierens kam es zur inter- und intrapersonalen Verwendung von Sprechen und Hören, zu bewusstem Geben und Hören von Anweisungen und eventuell auch ihrem Befolgen.

Verbunden mit meinen Konzepten der Anteile der Person als sprachliche Metaphern und der Puppen als Repräsentanten von Anteilen der Person bekommt die bewusste sprachliche Kommunikation zwischen den Anteilen herausragende Bedeutung: Im Gegensatz zum „bicamerale Diktat“ kann die Beeinflussung und Steuerung der Personanteile gegenseitig erfolgen.

Einsicht in die Dynamik der gegenseitigen Steuerung der eigenen Personanteile ist in zweierlei Hinsicht übertragbar auf die interpersonale Kommunikation. In einer Hinsicht gibt es eine direkte Übertragbarkeit von Überlegungen zur Dynamik zwischen den eigenen Anteilen und ausgedachten, vermuteten, ersehnten Anteilen anderer Personen im inneren Universum der Person. In einer zweiten Hinsicht können verschiedene Personen ihre Einsichten über die Anteile und deren Dynamik in den BIGs anderen Personen kommunizieren und damit interpersonal zutreffendere Analysen und Problemlösungen anstreben.

Ein zentraler Aspekt in meinem Ansatz zur Person-geleiteten Veränderung ist die explizite Aufforderung zur sprachlichen inneren oder interpersonalen Kommunikation – laut und hörbar oder subvokal. Es geht auch um die anteilsgemäße Modulation des Sprechens passend zu der „eigenen Logik des Lösungsweges“ für jeden Personanteil. Diese Form der sprachlichen Kommunikation erfährt noch eine Bedeutungssteigerung, wenn die Themenmetapher als treffend und die Auswahl einer Puppe als Repräsentant als sorgfältig gewählt und als „passend“ empfunden werden.

Repräsentanten für Anteile der Person

Für meinen Ansatz haben sich zur Veranschaulichung zunächst das Modell der Kugeln und dann als bevorzugte Metaphern für Person und Lebenswelt Globus und Universum angeboten.

Grafisch geometrische Darstellungen können zum Verständnis von Konzepten beitragen. Unterschiedlich geeignete Wege gibt es auch für Erfassungs- und Auswertungsmethoden. Gerade im Zusammenhang von Erkennen und Ändern einer Person und der beteiligten Lebensbedingungen wäre eine mutige Erneuerung von Pawliks „Diagnose der Diagnostik“ (1976) angezeigt. Es ginge dann auch um die Abschätzung von Kosten und Nutzen von Störungsklassifikation, manualisierten Therapien und Einsatz von Pharmaka mit ihren Nebenwirkungen. In vielen Bereichen sind bei einer Person-geleiteten Betrachtung Störungsklassifikation, „evidenzbasiertes“ Vorgehen und Pharmakotherapie den Aufwand und die Kosten für die Patienten nicht wert. Abgesehen von profitierenden Autoren, Verlagen und Pharmaproduzenten ist in einer neuen Diagnose der Diagnostik Aufklärung darüber zu erwarten, ob der reklamierte Nutzen im Endergebnis einen unermesslichen Schaden verdeckt.

Für die Erhebung wesentlicher Merkmale der Person haben wir uns für die sprachlichen Metaphern und die Puppen als Repräsentanten für prototypische und/oder individuell eruierte Personanteile entschieden.

Als Beispiel für sprachliche Metaphern können die folgenden drei Listen einer Familie, bestehend aus Sohn, Vater und Mutter, mit individuell eruierten Anteilen dienen.

Anteile des Sohnes: 1, der fröhliche Junge; 2, der ausgeglichene Junge; 3, der traurige Junge; 4, der Streber; 5, der Unvernünftige; 6, der Gelangweilte; 7, der nette Junge; 8, der böse Junge; 9, der Genervte; 10, der Sympathische; 11, der Flüchtende; 12; der Wütende.

Anteile der Mutter: 1, die Glückliche; 2, die Impulsive; 3, die Traurige; 4, die Genervte; 5, die Selbstbewusste; 6, die liebevolle Mama; 7, die liebevolle Ehefrau; 8, der Besen; 9, die Gärtnerin; 10, die Nestbauerin.

Anteile des Vaters: 1, der Fürsorgliche; 2, der Pflichtbewusste; 3, der liebevolle Vater; 4, der liebevolle Mann; 5, der Kooperative; 6, der Angewiderte; 7, der Ignorante; 8, der Humorvolle; 9, der glückliche Junge; 10, der besonnene, gute Entscheider; 11, der Besondere.

Als Beispiele für Puppen als Repräsentanten von Personanteilen können die drei für Kinder prototypischen Puppen gelten (Abb. 3). Sie sind den Bereichen Basis, Liebe und Reife zugeordnet:



Abb. 3. a Einfallsreich (Basis), b gemocht (Liebe), c frei (Reife). 3 von 54 Prototypen für Personanteile bei Kindern.
© 2014 Heinrich Berbalk, Institut für Person-geleitete Veränderung

Das Puppeninventar Person-geleiteter Veränderung

Das Puppeninventar ist ein diagnostisches und therapeutisches Instrument mit zahlreichen den jeweiligen Umständen angepassten Formaten. Die Puppen werden vor allem in den folgenden drei Situationen verwendet. In der Arbeit mit dem Theater sind die verfügbaren kleinen Puppen auf vier Tribünen verteilt, sodass sie gut überblickt werden können und zur Auswahl als Repräsentant für einen vorher bestimmten Personanteil bereit stehen (hierzu passt der Titel eines Buches von Baars, „In the theater of consciousness: the workspace of the mind“, 1997). In der Arbeit mit großen Handpuppen sind diese den kleinen Puppen sichtbar nachempfunden. Diese Arbeit erfolgt in der Regel als therapeutische Intervention. In der Globusarbeit werden Fotos der im Theater ausgewählten Repräsentanten der Personanteile mit Klettunkten auf einer Kugel befestigt, sodass die Zuordnung eines jeden Anteils zu einem Oktanten des Globus sichtbar wird. Zu diesem Zweck ist die Kugel in acht Oktanten unterteilt und mit Symbolen für Basis, Liebe und Reife gekennzeichnet. Im Institut für Person-geleitete Veränderung in Eckernförde stehen drei nahezu identische Theater, drei Sätze großer Therapiepuppen und Globen unterschiedlicher Größen für die Arbeit mit Personanteilen zur Verfügung. Die am Institut entwickelten und handgemachten Puppen haben nicht nur einen hohen ideellen Wert, sondern sind auch sehr kostspielig.

Deshalb gibt es für „arme“ Therapeuten finanziell erschwingliche Varianten in Form von Fotos in unterschiedlicher Größe und Aufmachung. Allerdings ist die Vielfalt mit den echten kleinen und großen Puppen sowie Varianten von Fotos das Optimum für Selbst-Erkennen und Selbst-Verändern von Personen.

Material und technische Handhabung

Die Grundlage der Puppenarbeit bilden 164 verschiedene Puppen.

Bei der individuellen Eruiierung von Personanteilen steht der Person jede einzelne der 164 Puppen als geeigneter Repräsentant für ihren gerade eruierten Anteil zur Wahl. Aus den Intentionen bei der Herstellung und den bisherigen Wahlen vieler Personen gibt es aber für Kinder, für jugendliche und erwachsene Frauen sowie für jugendliche und erwachsene Männer Zuordnungen von Puppen zu den Prototypen der Anteile zu Basis, Liebe und Reife. Es handelt sich demnach um 3 Gruppen von prototypischen Puppen für Kinder, Frauen und Männer. Jede Gruppe enthält 54 Puppen, sodass nur zwei Puppen aller 164 nicht zugeordnet sind. Die Puppen-Prototypen sind aber in keiner Weise bindend für die Zuordnung von Puppen zu individuell eruierten Anteilen. Die gewählten Puppen werden vor den Podesten so platziert, dass schon ein dynamisches Zueinander der Anteile sichtbar werden kann. Die potenzielle Stärke, 1 bis 4, der Anteile wird ausgedrückt, indem auf eine erhöhende Unterlage verzichtet wird (1) oder die Puppen auf unterschiedlich hohe Klötze (2–4) als Podeste gestellt werden. Sind die wichtigsten Anteile ausgewählt, wird die Puppengruppe fotografiert und der durch sie dargestellten Person ausgehändigt. Es folgt die Aufforderung, als Ziel für die Therapie eine veränderte Anordnung der Anteile vorzunehmen und eventuell erwünschte Anteile zu ergänzen oder als destruktiv erkannte Anteile zu entfernen oder sie in der Bedeutung durch Herabsetzen zu reduzieren. Auch von dieser Zielvorstellung der Person wird ein Foto angefertigt und ausgehändigt. Nachdem die Person sich in der Kommunikation mit den Anteilen erprobt hat, werden Zusammenhänge eruiert zwischen Anteilen der Person und der Problematik, die in die Therapie geführt hat. Die Arbeit mit den Puppen wird immer dann wieder aufgegriffen oder fortgesetzt, wenn die Relevanz der Personanteile für den Fortgang der Therapie aufscheint.

Für jede Therapiesitzung stehen die Repräsentanten der Anteile in der zuletzt entwickelten Anordnung für den erneuten Einsatz bereit.



Abb. 4: Das Theater der Personanteile.

Die mittlere Abteilung zeigt den gewöhnlichen Aufbau: Die 164 Puppen stehen auf den vier Podesten zur Auswahl verteilt. Alle drei Einheiten sind gleich und dienen somit der Benutzung z.B. durch drei Familienmitglieder.

© 2014 Heinrich Berbalk, Institut für Person - geleitete Veränderung

In Abbildung 4 stehen zusätzlich die Globen zu den individuell entwickelten Anteilen von Tochter, Mutter und Vater auf der Arbeitsfläche zur Verfügung.

Bei der Besprechung der Globen kann ein Abgleich erfolgen, wie sich eine Person selbst sieht und wie sie gesehen wird. Gleichfalls kann deutlich werden, welche funktionalen und welche dysfunktionalen Berührungen von Oktanten unterschiedlicher Globen (Personen) dominieren. Durch Aufklärung, welche Anteile einer anderen Person benötigt würden und welche Anteile als schädigend empfunden werden, bekommt die beteiligte Person die Möglichkeit ihren Globus neu auszurichten und damit zum Ausgleich in der Beziehung beizutragen.

Kennwerte zu Themen (Anteilen der Person) und Puppen als Repräsentanten

Aussagekräftige Kennwerte lassen sich bestimmen je nach Fragestellung 1. für Einschätzungen (von der Person selbst oder dem Therapeuten) der Prototypen zwischen 1 und 4 insgesamt (Summe aller 54 absoluten Werte) oder 2. positiv und negativ separiert und weiter 3. über die Prototypen zu Basis, Liebe, Reife getrennt – alle Werte absolut. Weiter 4. wie 3 aber positiv und negativ separiert. Besonders interessant ist 5. die Diskrepanz zwischen positivem und negativem Pol innerhalb eines Themas. Wichtig sind dabei die Einstufungen als unausgewogen positiv (das positive Thema wird stark eingestuft, der negative Gegenpol als schwach), ausgewogen (beide Pole werden gleich stark eingestuft) oder unausgewogen negativ (das positive Thema wird schwach eingestuft, der negative Gegenpol als stark). 6. Wie 5 mit der Beachtung von Basis-, Liebe- und Reife-Prototypen.

Bei individuell eruierten Personanteilen sind wichtig und aufschlussreich 7. die Anzahl der Personanteile und 8. deren Zuordnung zu einem der 8 Oktanten oder 9. einer der 6 Halbkugeln im Globus. Besonders bedeutsam ist 10. die Zahl und 11. Stärke der dreifach (in Basis, Liebe und Reife) positiven Anteile (Oktant 1) und die 12. Zahl und 13. Stärke der dreifach negativen Anteile (Oktant 7).

Für den Verlauf einer Therapie sind wiederholte Zählungen oder Einschätzungen wichtig. In der Regel erhöht sich zunächst 14. die Zahl positiver Anteile und 15. negativer Anteile im Sinne einer größeren Differenzierung der Person. Bei erfolgreicher weiterer Veränderung gehen Anzahl und Stärke negativer Anteile zurück, während sich 16. „neue“ positive Anteile herausbilden oder festigen.

Veränderung der Person im Laufe der Therapie: Anfang, Mitte, fortgeschrittener Zeitpunkt

Abbildung 5a zeigt die Personanteile einer als depressiv klassifizierten Person zu einem frühen Zeitpunkt in der Therapie. Nur wenige Anteile waren zunächst eruierbar. Die Anteile von links sind eine mutlose und eine wehrlose Seite. Im Hintergrund steht eine strenge, strafende Seite. Im Vordergrund ebenfalls stark ausgeprägt ein Vermeider, der den direkt dahinter stehenden orientierungslosen und überlasteten Anteil schützt. Rechts im Hintergrund ein Ungeduldiger.



Abb. 5. Drei Zeitpunkte in der Therapie. **a** Am Anfang der Therapie, **b** in der Mitte, **c** fortgeschritten.
© 2014 Heinrich Berbalk, Institut für Person-geleitete Veränderung

Die Dynamik in den Beziehungen der Anteile liegt in der Bedrängnis des Orientierungslosen durch die kritisierende, strafende und des Weiteren durch die ungeduldige Seite. Der Vermeider wird doppelt „benötigt“, nämlich als Schutz für die beiden schwachen Seiten – mutlos und wehrlos – und vor allem als Retter der dekompenzierenden orientierungslosen Seite. In der Anfangskonstellation erweist sich der Vermeider in seiner beschützenden Funktion als der einzig positive Personanteil. Dieser Anteil hat allerdings geringes Potenzial bezüglich konstruktiver, kreativer Lösungen der verzweifelten Situation und wird in Zukunft bei erfolgreicher Entwicklung durch andere Seiten ergänzt und ersetzt werden.

In der Mitte der Therapie zeigen sich eine größere Vielfalt der Person in ihren Anteilen und erste zaghafte Erscheinungen positiver und konstruktiver Anteile mit Potenzial zur Veränderung der leidvollen Lebensbedingungen. In der Mitte des durch sechs Anteile gebildeten Halbkreises tauchen zwei in der Geschichte der Person nicht erkennbare Seiten auf: Eine Seite, die so, wie sie ist, auch in Ordnung ist, und eine lebenskompetente Seite.

Im weiteren Verlauf der Therapie kommt es zur deutlichen Stärkung positiver Seiten. Talente und positive Neigungen werden in den Anteilen sichtbar. Allerdings tauchen auch neue hindernde Anteile auf, wie etwa ein Saboteur, der auch ein „Versucher“ zu sein scheint, und ein verwandelter Vermeider, der nur noch Vermeider zu sein scheint. An die Stelle dieses dissoziierenden Beschützers ist ein fürsorglicher beschützender Anteil getreten. Die niederdrückenden Seiten, der Strafer und der Drängler, verlieren an Einfluss, was den Orientierungslosen

entlastet und positive Seiten wie einen Attraktiven, Fürsorglichen, einen Naturverbundenen und einen Sportlichen zutage treten lässt.

Eine kompetente und liebenswerte Person wechselt sich mit einer hilflosen, überforderten Person ab.

Verbindung von aktuellen Lebensproblemen mit Personanteilen

Nach Möglichkeit beginnt in meinem Person-geleiteten Ansatz jede Therapie mit der Darstellung der Person und ihrer inneren Lebenswelt. Die Sorgen, Nöte und ungelösten Probleme, die die Person eventuell in die Therapie geführt haben, bleiben allerdings nicht außer Acht. Entweder stellt es sich heraus – was nicht selten so ist –, dass die vermeintliche Störung durchaus in die Verhaltensschablone einer Seite ihrer Person passt und damit keine eigenständige Störung ist. Oder Anteile der Person können als an der Störung beteiligt oder für eine Lösung geeignet eruiert werden. Auch die direkte Intervention wird oft begünstigt, wenn relevante Personanteile dabei berücksichtigt werden. So benötigt zum Beispiel eine untröstliche Seite keine Belehrung und keinen Änderungsplan, sondern Trost. Getröstet, kann sich dann eine konstruktive Seite an der direkten Intervention versuchen.

Auch reale Verursacher von Belastung, Leid und Misserfolg können entweder durch Personanteile verschärft oder aber im Zuge einer anteilsspezifischen Verarbeitung gar nicht als solche erkannt werden. Statt angemessener Bearbeitung der realen Belastungen könnten wegen der „sich selbst Schuld zuschreibenden“ Seite von der Person defekte Entlastungsbemühungen zum Beispiel mit Psychopharmaka zugelassen und von medizinischen Beratern empfohlen werden. Viele Psychopharmaka verschlechtern die Problemlöse- und Lernfähigkeiten, die gerade bei realer Belastung benötigt werden. Die Stärken talentierter Seiten werden blockiert.

So wies beispielsweise eine höchst dominante strafende Seite einer durch reale Bedingungen überlasteten Person die Schuld für eine gravierende dysfunktionale Gewohnheit zu. Die geschwächte Person konnte deshalb der Kontrolle durch dysfunktionale Gewohnheiten nur unterliegen.

Die therapeutische Klärung der Dynamik der eigenen Personanteile im destruktiven Geschehen führte zur Entwicklung und Stärkung einer erwachsenen, die Kontrolle zurückgewinnenden Seite. Diese Seite im Konzert mit anderen „verschütteten“ kompetenten Seiten stellte sich zunächst erfolgreich der Macht des „Strafers“ und übernahm schließlich die Kontrolle über die destruktiven Gewohnheiten.



Abb. 6: a Ohnmacht und Leid mit dem Strafer (Teufel vorn im Bild). b Durch die Person-geleitete Veränderung sich des Strafers erwehren, liebevoller Umgang der Anteile untereinander, Übernahme der Verantwortung und Regie durch den Anteil der erwachsenen Frau (rechte Figur).

© 2013 Heinrich Berbalk, Institut für Person-geleitete Verhaltenstherapie

Abbildung 6a illustriert die Ohnmacht gegenüber dem strafenden, alle anderen Seiten dominierenden Anteil und Abbildung 6b den Sieg über den inneren Strafer und damit die Rückgewinnung der Kontrolle und konstruktiven Fähigkeiten zur Bewältigung der widrigen realen Lebensbedingungen.

Person und reale Lebenswelt

Oben wurde geklärt, dass die subjektive Einschätzung von realen Lebensbedingungen zu schwerwiegenden Fehlern führen kann. „Psychologisieren“ von realer Überlastung und Übervorteilung der Person schiebt die Schuld auf das Opfer. Eingreifen in die realen Bedingungen hat dann Vorrang vor Psycho- und Pharmakotherapie.

Veränderungen der Person können allerdings die reale Lebenswelt unerwartet verändern.

Beispiel mag eine ständig erniedrigte, abgewertete und betrogene Person sein. Ihre dominanteste, „voreingestellte“ Seite „nichts wert und nicht in Ordnung zu sein“ ließ sie die Therapie als „Selbst-Schuldige“ aufsuchen. Statt um Fragen zu den Ursachen ihrer vermeintlichen Minderwertigkeit ging es in der Person-geleiteten Therapie um ihre Talente, ihre lebenswerten Seiten und die reife Ernsthaftigkeit, mit der sie dem Leben begegnete. Gestärkt durch diese Gegengewichte zu ihrer „fehlerhaften“ Seite, wagte sie es, sich ohne jede formale Qualifikation auf ihren Lieblingsberuf – Bibliothekarin – zu bewerben. Das widersprach allem, was wir über die Realität des Bewerbungswesens wissen. Die persönlichen Veränderungen, die die Patientin in der Therapie erreicht hatte, waren dreifach positiv und entsprachen eindeutig dem Oktanten 1 in meinem Globus-Modell. Tatsächlich bekam sie den Job trotz „qualifizierter Konkurrenz“. Die realen Bewerbungsbedingungen hatten sich für sie durch eigenes Zutun verändert.

Eine wichtige und interessante Variante der Beeinflussung realer Bedingungen für Patienten durch Person-geleitete Verhaltenstherapie ist die Supervision von Behandlungsteams. Für Kinder und Erwachsene in stationärer Behandlung wird in Teamsitzungen gemeinsam ein vermuteter innerer Globus erstellt, es werden weitere Vermutungen angestellt über das innere Universum der Person bezogen auf ihr Zuhause und das Stationsleben. Für die weitere Behandlung werden Person-geleitete neue Aufgaben an die nach den neuen Informationen geeigneten und motivierten Mitarbeiter gestellt. Nach den BIG- und BIU-Überlegungen werden auch Personen außerhalb der Station informiert und beteiligt. Das Ergebnis ist eine für den Patienten veränderte interpersonale Realität, die wiederum in der Person und ihrem inneren Universum Resonanz findet.

Aufgaben der Therapeuten in der Person-geleiteten Verhaltenstherapie

Das letzte und die vorausgegangenen Beispiele zeigen, was Aufgaben eines Therapeuten bei der Person-geleiteten Verhaltenstherapie sein können: Der eigene Mut zu den oft vielschichtigen Aufgaben in der Therapie kann wachsen mit der Beschäftigung mit den Seiten der eigenen Person in ihrer Vielfalt und Dynamik. Bei den meisten Patienten ist wichtig, dass die Beziehung zum Therapeuten keine Wiederholung sie schädigender Erfahrungen in sich birgt. Therapeuten können prüfen, ob sie selbst in den Bereichen Kompetenz der Lebensbewältigung, Gemeinschaftsorientierung und Unabhängigkeit, Verantwortung und Toleranz zumindest ausgewogene, wenn nicht sogar überwiegend positive Seiten in sich beherbergen.

Erste wichtige Aufgabe gegenüber den Patienten ist die Einführung in die Person-geleitete Sichtweise zum Aufbau und der Arbeitsweise der Person. Der nächste Schritt ist die geduldige Unterstützung bei der Eruierung der eigenen Personanteile und beim eigenen Entwurf der Person für den Zeitraum der Therapie und darüber hinaus. Schwierigkeiten, Probleme ohne sichtbare Lösungen oder „Störungen“ werden im Kontext des Wissens um die eigene Person bearbeitet. Wichtig kann die Erkenntnis sein, dass eine präsentierte Störung lediglich eine zur Verhaltensschablone eines Personanteils gehörende Variante sein könnte. Eine ähnliche Erkenntnis kann sein, dass für eine bestimmte Person ein Krankheitsetikett besser als Name für einen Personanteil aufgefasst wird, für oder gegen den man sich entscheiden kann. Das wäre im Gegensatz zur Akzeptanz einer eigenständigen, nicht steuerbaren, eigener Kontrolle entzogenen Krankheit. Meine Vermutung ist, dass dies zum Beispiel für weit über 50, wenn nicht sogar 90 Prozent der als Depression etikettierten Personen der Fall ist. In den gefundenen Anteilen der Person lassen sich leicht Personanteile finden, die „Depression“ ersetzen könnten. Es könnte auch sein, dass ein solcher Anteil im dynamischen Zusammenspiel mit anderen Anteilen eine Person angemessen beschreibt, die vorher als Fall von Depression etikettiert wurde.

Lösungswege für Therapieprobleme werden den Eigenheiten, Bedürfnissen und Erfordernissen der Person angepasst. Manualtherapien werden allenfalls als Steinbrüche für Person-geleitete Bausteine betrachtet.

Zu dieser Abstimmung gehören auch die Dauer und das Ende der Therapie.

Auf Borneo gibt es eine Station für von Menschen geschundene und traumatisierte Orang-Utans. Die Leiterin, die Biologin Dr. Signe Preuschoft, hat in einem Interview mit dem Präsidenten der Stiftung Vier Pfoten, Helmut Dungler (2010, S. 11), eine für Therapeuten interessante Antwort gegeben. Auf die Frage „Wie lange werden Sie in Indonesien arbeiten?“ antwortete Frau Preuschoft: „Solange die Tiere mich brauchen ...“ Entscheidungen zur Dauer von Therapie braucht ebenfalls die Person-geleitete Abstimmung. Von der Person hängt es ab, wann sich Therapiekontakte verringern lassen oder die Therapie ohne Schaden beendet werden kann. Dies ist dann der Fall, wenn bedürftige, hilflose und überforderte Seiten zunehmend von eigenen Anteilen aus dem lebensstüchtigen, gemeinschaftsbezogenen und reifen Seiten beherbergenden Oktanten 1 gestützt und versorgt werden. Dies geschieht, wenn Therapeut und Therapie in den inneren Globus und das innere Universum der Person integriert wurden.

Aufgabe für Person-geleitete Veränderung im 21. Jahrhundert

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts leben wir in wichtigen Aspekten wie in vorigen Jahrhunderten. Wir werden von unseren konstruktiven auf Gemeinschaft und Wahrhaftigkeit ausgerichteten Potenzialen abgelenkt: teils explizit in der Erziehung und Ausbildung (z. B. an Universitäten in Fächern wie Jura, Betriebswirtschaft und Organisationspsychologie), teils subtil verborgen durch Subventionen und Vergünstigungen und durch korrupte und manipulative Entscheider. Wenn ein Mensch zu den so vermittelten opportunistischen Vorteilen gelangt ist, liegt es ihm fern, sich mit der damit verbundenen Übervorteilung anderer Menschen durch sein „Glück“ auseinanderzusetzen. Für das beschriebene Verhalten dieser „Gewinner“ in unserer Gesellschaft verwende ich die Bezeichnung „selbstverständliche ungerechtfertigte Bereicherung“. Dieses Verhalten hält sich wegen der vielen Mitspieler automatisch stabil und verborgen. Es handelt sich dabei nicht um unfaires Handeln, sondern im Verständnis reifer Menschen um Akzeptanz ungezügelt egoistischer Personanteile und Betrug.

Aufgabe aller Person-geleiteten Therapierichtungen einschließlich der Person-geleiteten Verhaltenstherapie kann auch sein, diese realen Missstände aufzudecken, von denen unsere Patienten mit betroffen sind. Zur Therapie gehört die Aufklärung darüber, wer Schuld an „Störungen“ im Leben in der Gemeinschaft trägt. Im 21. Jahrhundert hat Person-geleitete Veränderung einerseits die Aufgabe, Personen vor egoistischen Seiten anderer zu schützen. Eine Person, die sich und die realen Verhältnisse gut einschätzen kann, weiß sich dann auch selbst besser zu helfen. Das wichtigste Unternehmen könnte aber andererseits sein, Erziehung und Bildung neu zu gestalten: Gegenseitige Eingriffe in die Lebenswelten durch Entscheiden und Bestimmen über andere ohne offene Übereinkunft sollen keinen Platz in der Gemeinschaft haben. Selbstbestimmung ist danach Ziel von Erziehung und Zusammenleben. Sie soll nur eingeschränkt sein im Rahmen zugestandener Autorität und soll geschützt sein vor Übergriffen durch egoistische Dominanz.

Danksagung

Besonders dankbar bin ich für die außergewöhnliche Unterstützung durch E. Gottwalz-Itten, K. Hedderich, S. Kleber, T. Lonergan und B. Thiele.

Autor

Diplom-Psychologe Dr. phil. Heinrich Berbalk, Studium u. a. an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main, Universitätsprofessor für Psychologie an der Universität Hamburg. Akademische Lehre seit 40 Jahren in Kiel, Trier und Hamburg. Eigene Psychotherapeutische Praxis und Leitung des Instituts für Person-geleitete Veränderung in Eckernförde, Schleswig-Holstein. Stationssupervision am Zentrum für Integrative Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Kiel in der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie und -Psychotherapie.

Korrespondenz

E-Mail: berbalk@uni-hamburg.de

Literatur

- Allport, G.W. (1974). *Werden der Persönlichkeit*. München: Kindler.
- Allport, G. W. (1970). *Gestalt und Wachstum in der Persönlichkeit*. Meisenheim am Glan: Hain
- Baars, B. J. (1997). *In the theater of consciousness: the workspace of the mind*. New York: Oxford University Press.
- Berbalk, H., & Hahn, K.-D. (1980). Lebensstil, psychisch-somatische Anpassung und klinisch-psychologische Intervention. In: Baumann, U., Berbalk, H., & Seidenstücker, G.(Hrsg.), *Klinische Psychologie: Trends in Forschung und Praxis*, Bd. 3 (S. 22 - 71). Bern: Huber.
- Berbalk, H. & Kempkensteffen, J. (2000). Die Bedeutung des «Momentanen Personalen Gesamtzustandes» für die Arbeit in der Depressionstherapie. *Psychotherapeuten Forum: Praxis und Wissenschaft*, Nr. 3.
- Berbalk, H. & Kempkensteffen, J. (2005). Cardiovascular reactions as parts of schema processes. Vortrag auf dem Symposium Schematherapie anlässlich des 35. Jährlichen Kongresses der EABCT in Thessaloniki, Griechenland.
- Berbalk, H., Goedtke, J. & Ninnemann, S. (1984). Ängstlichkeit und Wahrnehmung sozialer Situationen. Verbindungen von Extraversionstheorie von Gray und attributionstheoretischen Erklärungsansätzen zur Depression. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 3, 1984, S 171 - 182.
- Berbalk H., Kempkensteffen J. & Grutschpalk, J (2007). Personality disorders and schema processes. S 37 *Cognitive-behavioural approaches to the therapy of personality disorders*. 15th European Congress of Psychiatry in Madrid, Spain.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base – Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Breggin, P. R. (1991). *Toxic psychiatry*. New York: St. Martin's Press.
- Breggin, P. R., & Cohen, D. (2007). *Your drug may be your problem: how and why to stop psychiatric medications*. Philadelphia: Da Capo Press.
- Clark, D.A. & Beck, A.T. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York: John Wiley.

- Coan, R.W. (1974). *The optimal personality. An empirical and theoretical analysis.* London: Routledge.
- Coan, R.W. (2008). *Masculine, Feminine, & Fully Human Developmental Paths Through the Adult Years.* Bloomington: Author-House.
- Dungler, H. (2010). Orang-Utans auf Borneo: Interview mit Dr. Signe Preuschoft. *Vier Pfoten Report* 2010(3), 10 - 11.
- Glasser, W. (1998). *Choice theory: a new psychology of personal freedom.* New York: HarperCollins.
- Glasser, W. (2001). *Counseling with choice theory: the new reality therapy.* New York: HarperCollins.
- Itten, T. (2007). *Jähzorn.* Wien: Springer.
- James, W. (1890) *The Principles of Psychology. Volume One.* Henry Holt and Company.
- James, W. (1892/1985) *Psychology. The briefer Course.* Henry Holt and Company.
- James, W. (1909) *Psychologie.* Leipzig: Quelle und Meyer.
- Jaynes, J. (1976). *The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind.* Boston: Houghton Mifflin.
- Kagan, J. (2013). *The human spark: the science of human development.* New York: Basic Books
- Kaufmann, J. C. (2010). *Wenn Ich ein anderer ist.* Konstanz: UVK.
- La Bruyère. (1947). *Die Charaktere oder die Sitten des Jahrhunderts.* Wiesbaden: Dieterich.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis.* New York: Springer Publishing Company.
- Leary, M. R., & Tangney, J. P. (Hrsg.) (2012). *Handbook of self and identity.* New York: Guilford
- Lewin, K. (1936). *Principles of Topological Psychology.* New York: McGraw Hill. (2013 reprint). Read Books Ltd.
- Millon, T. (1999) *Personality guided therapy.* New York: Wiley.
- Millon, T., Krueger, R. F., & Simonsen, E. (Hrsg.) (2010). *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11.* New York: Guilford.
- Pawlik, K. (Hrsg.) (1976). *Diagnose der Diagnostik .* Stuttgart: Klett.
- Petzold, H. (1987). Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie mit Kindern. In: Petzold, H., & Ramin, G. (Hrsg.) (1987), *Schulen der Kinderpsychotherapie (S. 427 - 488).* Paderborn: Junfermann.
- Polster, E. (1995). *A population of selves: a therapeutic exploration of personal diversity.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Raichle, M.E. (2010). Im Kopf herrscht niemals Ruhe. *Spektrum der Wissenschaft*, 2010(6), 60–66.
- Snyder, C. R., & Ingram, R. E. (Hrsg.) (2000). *Handbook of psychological change: psychotherapy processes and practices for the 21st century.* New York: Wiley.
- Stern, W. (1918). *Die menschliche Persönlichkeit.* Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Straub, H. (1987). Psychodramatische Kindertherapie mittels Puppen. In: Petzold, H., & Ramin, G. (Hrsg.) (1987), *Schulen der Kinderpsychotherapie (S. 257 - 269).* Paderborn: Junfermann.
- Theophrast. (1974). *Charakterskizzen.* München: Heimeran.
- Vazire, S., & Wilson, T. D. (Hrsg.) (2012). *Handbook of self-knowledge.* New York: Guilford.

Article inédit - Synthèse

Heinrich Berbalk

Thérapie comportementale axée sur la personne **Une approche de psychologie clinique et de la personnalité**

Les approches cognitivo-comportementales et de psychologie de la personnalité ignorent les présupposés inaliénables de toute description et de tout changement psychologiques. Ce que les approches de psychologie des profondeurs et les approches humanistes ont toujours valorisé est laissé pour compte dans la thérapie cognitivo-comportementale et dans la thérapie pharmaceutique: 1. une juste prise en compte de l'ensemble de la personne. 2. la manière dont la personne intègre à son monde intérieur les conditions de vie préalables. 3. la connaissance des conditions de vie réelles.

Il faut en voir l'explication dans le désir immodéré d'établir une classification des troubles, dans la confiance excessive accordée aux thérapies manuelles spécifiques aux troubles et dans «l'alliance» de la classification des troubles et de la pharmacothérapie. Heinrich Berbalk remédie à cette insuffisance des trois conditions fondamentales en développant la thérapie cognitivo-comportementale pour en faire une thérapie comportementale axée sur la personne.

Il a développé son propre modèle de personne (BIG et BIU) sur lequel il fonde la description et le changement. Dans ce modèle, les éléments de la personne sont conçus de manière bipolaire, chacun étant en concurrence avec un élément contraire. Ces éléments connaissent un développement propre à chaque personne et possèdent donc une structure et une dynamique uniques. BIG (Berbalk's Innerer Globus / globe intérieur de Berbalk) est un modèle sphérique de la personne incluant trois dimensions: Base (les éléments de la personne en relation avec sa maîtrise de l'existence et de la vie), Amour (les éléments de la personne en relation avec la collectivité) et Maturité (les éléments de la personne témoignant de son indépendance, de sa connaissance d'elle-même et de son autodétermination).

Son modèle de personne inclut non seulement le globe intérieur personnel (BIG), mais aussi l'univers intérieur (BIU – Berbalk's Inneres Universum).

Le BIU renferme, outre le globe intérieur de la personne, son monde de vie intérieur comprenant les globes de personnes émotionnellement importantes, les êtres vivants non humains, les objets, les valeurs et les idées.

Pour recenser les éléments essentiels de la personne, on recourt à des métaphores langagières et à des poupées représentant les éléments de la personne.

La méthode favorite de description et de changement de Heinrich Berbalk est celle qu'il a créée avec ses collaboratrices, «le changement axé sur la personne par l'inventaire de poupées».

L'inventaire de poupées est un instrument diagnostique et thérapeutique aux nombreux formats, adaptés à la situation du moment.

Ses trois variantes les plus frappantes sont:

1. le travail avec le théâtre: les petites poupées disponibles sont réparties sur quatre tribunes de manière à être bien visibles; représentant chacune un élément prédéterminé de la personne, elles peuvent être librement choisies.
2. le travail avec les grandes marionnettes à gaine, ressemblant aux petites poupées. Ce travail prend la forme d'une intervention thérapeutique.
3. le travail avec les globes: des photos des éléments choisis au cours de la première étape sont fixées sur une sphère par des pastilles adhésives de manière à assigner à chaque élément un octant du globe. A cet effet, le globe est partagé en huit octants marqués des symboles Base, Amour et Maturité.

Sur le «Berbalk's Innerer Globus» (BIG), l'octant des «éléments idéaux» de la personne (octant 1) se trouve face à l'octant des éléments de la personne gênants, dommageables, préjudiciables ou perturbateurs (octant 7). L'objectif principal du changement est de percevoir et de renforcer les éléments de l'octant 1 et d'affaiblir et de neutraliser les éléments de l'octant 7.

La personne forme, à plus d'un titre, la toile de fond de cette approche des «troubles psychiques»:

1. la personne change en fonction de la structure et de la dynamique de ses éléments et, en conséquence, ses troubles se dissipent (ils n'étaient «que» le symptôme de l'interaction des éléments BIG et de l'univers intérieur BIU).

2. observé à ce niveau, le «trouble» se révèle correspondre au modèle comportemental d'un élément de la personne: il n'est donc pas besoin de le mettre en avant comme un «trouble» spécifique.
3. ce soi-disant trouble psychique est reconnu comme un élément «à part entière» de la personne: ce faisant, on lui enlève le statut de maladie échappant au contrôle personnel.
4. la structure et la dynamique des éléments de la personne sont prises en compte pour expliquer l'origine et la persistance des troubles ainsi que les décisions de changement les concernant et concernant les conditions de vie réelles.

Le travail de poupées se fonde sur 164 poupées différentes.

Lorsqu'il s'agit d'identifier ses éléments individuels, chaque personne peut choisir entre 164 poupées différentes pour représenter convenablement l'élément à évaluer.

L'un des aspects centraux de la thérapie comportementale axée sur la personne est l'invitation explicite à recourir à la communication orale, intérieure ou interpersonnelle – à voix haute audible ou de manière subvocale. Cette communication orale prend une signification accrue lorsque le nom de «l'élément de la personne qui écoute ou qui parle» et le choix d'une poupée pour le représenter sont ressentis comme judicieux et «appropriés».

Chaque thérapie commence par la présentation de la personne et de son monde de vie intérieur. Les problèmes non résolus évoqués n'en sont pas négligés pour autant. Soit il s'avère que le prétendu trouble correspond au modèle comportemental d'un aspect de la personne et ne constitue donc pas un trouble à part entière. Soit on parvient à identifier certains éléments de la personne comme participant du trouble. L'intervention directe est souvent facilitée par la prise en compte des éléments de la personne correspondants.

Les éléments de la personne peuvent également aggraver ou négliger certaines causes réelles de problèmes. Par exemple, si le côté «coupable» est activé malgré l'existence d'ennuis réels, tous les efforts déployés pour soulager la personne s'avèreront vains. Il est ainsi possible que des conseillers médicaux prescrivent ou recommandent des psychotropes au lieu de pousser à changer la situation réelle. De nombreux psychotropes affaiblissent la capacité à régler les problèmes et la capacité d'apprentissage, qui sont pourtant essentielles dans une situation de réel stress.

Dans ce nouveau modèle, les troubles comme les évolutions salutaires sont vus comme des phénomènes liés à l'ensemble de la personne dans son monde de vie. Autant les troubles que les évolutions salutaires ont un impact sur l'environnement réel et sur les mondes intérieurs d'autres personnes. A l'inverse, un changement des conditions de vie réelles est souvent la condition préalable à tout changement du globe intérieur (BIG) et de l'univers de vie intérieur de la personne (BIU).

Mots clés: Thérapie comportementale axée sur la personne; dimension des éléments de la personne: Base – Amour – Maturité; modèle comportemental avec logique de solution spécifique à l'élément; globe intérieur (BIG) et univers intérieur de la personne (BIU); conditions de vie réelles.

Originalarbeit

Pia McMahon

Märchen als Ressource bei maladaptiven Schemata und pathogenen Komplexepisoden

Zusammenfassung: Sowohl in der Analytischen Psychologie als auch in der Schematherapie werden Konzepte beschrieben, die erklären, wie psychische Störungen und Symptome aufgrund von dysfunktionalen Beziehungsmustern entstehen können. Dabei handelt es sich um schwierige generalisierte Beziehungsepisoden, bei denen sich innerlich zwei Menschen in Form eines Kindes (als primäre intensive emotionale Zustände) und einer Beziehungsperson (als internalisierte negative Bewertungen) gegenüberstehen. Ziel beider Ansätze ist es, die negativen kognitiven Bewertungen zu modifizieren und das primäre Erleben der kindlich emotionalen Zustände bewusst zu machen. Abwehr-, Kompensations- und Bewältigungsverhalten schützen den Betroffenen jedoch vor diesen überwiegend schmerzhaften kindlich emotionalen Zuständen und erschweren den Zugang zu ihnen. Märchen stellen das allgemeinemenschliche und kulturelle Erbgut der Beziehungsgeschichten dar, ein enormer Fundus für Beziehungsmuster. Durch Märchen wird die bildhafte, imaginative Seite im Menschen angesprochen, sie entsprechen der Gefühlswelt von Kindern. Damit bieten Märchen innerhalb des therapeutischen Prozesses die Möglichkeit, die Gefühlswelt zunächst einmal empathisch und mit Distanz anzuschauen. Dies eröffnet Möglichkeiten zur Bewusstwerdung, zur Entwicklung von Empathie für diese emotionalen Zustände, damit für sich selbst und zur Mentalisierung. Dieser Beitrag erläutert, wie die Entstehung und die Bewältigung von dysfunktionalen Beziehungsmustern in Märchen abgebildet werden und wie dadurch Ressourcen im therapeutischen Prozess erschlossen werden können.

Schlüsselwörter: Analytische Psychologie, Komplex, Komplexepisode, Märchen, Modus, Ressource, Schema, Schematherapie

Fairytales as a resource for working with maladaptive schemas and pathological complex episodes

Abstract: In both Analytical Psychology and Schema Therapy, there are concepts described which explain how mental disorders and symptoms can occur due to dysfunctional relationship patterns. These are difficult generalised relationship episodes, in which internally two persons in the form of a child (as primal intensive emotional state) and an attachment figure (as internalised negative judgements) are pitted against each other. The goal of both approaches is to modify the negative cognitive assessments and to make the primary experience of the infantile emotional states conscious. However, defence, compensation, and coping behaviours protect the person from these predominantly painful infantile emotional states and make access to them difficult. Fairytales illustrate the universal human experience and cultural inheritance of relationship narratives, a great source of relationship patterns. The vivid, imaginative side within humans is highlighted through fairytales; they reflect children's spectrum of feelings. Within the therapeutic process, fairytales offer the possibility to observe this emotional spectrum both empathically and at arm's length. This opens up possibilities for becoming conscious, for the development of empathy for these emotional states, therefore for oneself and for mentalisation. The following article illustrates how the formation of and the coping strategies for dysfunctional relationship patterns are represented in fairytales, and thus how resources in the therapeutic process can be developed.

Keywords: Analytical psychology, complex, complex episodes, fairytale, modus, resource, schema, schema therapy

Le fiabe come risorsa in caso di schema maladattivo ed episodi del complesso patogeni

Riassunto: Sia la psicologia analitica che la schema therapy descrivono concetti che spiegano come disturbi psichici e sintomi possono nascere a causa di modelli relazionali disfunzionali. Si tratta di episodi relazionali difficili generalizzati nell'ambito dei quali due persone si confrontano internamente sotto forma di un bambino (stati emozionali intensivi primari) e di una persona di riferimento (giudizi negativi interiorizzati). L'obiettivo di entrambi gli approcci è quello di modificare le valutazioni cognitive negative e di rendere cosciente l'esperienza primaria degli stati emozionali infantili. Comportamenti difensivi, compensatori e di superamento proteggono tuttavia l'interessato da questi stati emozionali infantili prevalentemente dolorosi rendendo più difficoltoso l'accesso alla persona. Le fiabe rappresentano l'eredità umana e culturale comune delle storie delle relazioni: un'enorme fonte di modelli relazionali. Esse si rivolgono al lato fantastico e immaginativo della persona, corrispondono al mondo delle emozioni dei bambini. Nell'ambito del processo terapeutico, le fiabe offrono così la possibilità, in un primo momento, di guardare al mondo delle emozioni con empatia e distanza. Questo apre nuove possibilità alla presa di coscienza, allo sviluppo di empatia verso questi stati emozionali e così anche verso sé stessi e la mentalizzazione. Il seguente contributo spiega come vengono rappresentati nelle fiabe la creazione e il superamento di modelli relazionali disfunzionali e come ciò renda accessibili nuove risorse utili al processo terapeutico.

Parole chiave: psicologia analitica, complesso, episodi del complesso, fiaba, modo, risorse, schema, schema therapy

Jeffrey Young ist der Begründer der Schematherapie, die sich aus der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) der späten 80er Jahre heraus entwickelt hat. Insbesondere für Patientinnen mit schweren Persönlichkeitsstörungen respektive Borderline-Persönlichkeitsstörung erwies sich die KVT für ihn als nicht genügend wirksam. Er hat ein

Schemamodell entwickelt, das sowohl auf analytischer (Meier, 2012; Roesler, 2010) als auch auf schematherapeutischer Seite (Jacob, 2011; Roediger, 2011) mit der Komplextheorie der Analytischen Psychologie in Verbindung gebracht wird. In meiner Diplomthesis (McMahon, 2014) am C.-G.-Jung-Institut, Zürich, habe ich die wesentlichen Aspekte der Komplextheorie nach C. G. Jung den Kernelementen des Schemamodells nach Jeffrey Young auf Basis eines ersten Vergleichs von Isabelle Meier (2012) gegenübergestellt und weiter ausgearbeitet. Auf einige der Ähnlichkeiten und Unterschiede in den beiden theoretischen Konzepten gehe ich in dieser Publikation ein. Ziel ist es darüber hinaus, mögliche Synergien darzustellen, die sich aus der Verbindung der beiden Ansätze ergeben. Dabei liegt meines Erachtens der grösste Vorteil bei der Komplextheorie in der zugrunde liegenden archetypischen Dimension, die über den konsequenten Einbezug von Symbolen selbstregulative Ressourcen eröffnet, und beim Schemakzept auf dessen differenzierter Systematik aufgrund von Interpretationen klinischer Beobachtungen.

Die Literaturlauswahl ist nicht nur auf den deutschsprachigen Raum begrenzt, jedoch davon bestimmt. Der Grund dafür ist, dass innerhalb der Schematherapie ein Lehrbuch von Roediger (2009) veröffentlicht wurde, das stärker auf theoretische Grundlagen eingeht, als das generell innerhalb der Schematherapie geschieht, die von Jacob (2011) selbst eher als „Praxeologie“ verstanden wird. Zudem bezieht sich Roediger mehrmals explizit auf die Analytische Psychologie, was bei Young et al. (2008) nicht der Fall ist. Des Weiteren bestehen bei den theoretischen Grundlagen, den den Schemata zugrunde liegenden Grundbedürfnissen, Abweichungen zwischen Roediger (2011) und Young et al. (2008). Lockwood und Perris (2012) haben mittlerweile eine differenziertere Sicht auf die „Grundbedürfnisse in Beziehungen“ vorgelegt, dennoch beziehe ich mich der Klarheit halber mehrheitlich auf Roediger. Innerhalb der Analytischen Psychologie habe ich grösstenteils Autoren und Autorinnen gewählt, die die Komplextheorie weiterentwickelt haben.

Eine wesentliche Aussage meiner Diplomarbeit ist, dass die maladaptiven Schemata des Schemamodells (early maladaptive schemas) den pathogenen Komplexepisoden der Komplextheorie entsprechen.

Da sich pathogene Komplexepisoden beziehungsweise maladaptive Schemata und deren Bewältigung störend auswirken, z. B. als Verursacher von Symptomen, unangemessene Reaktionstendenzen und Fehlleistungen, ist darin der Grund zu sehen, warum man sich in der Folge innerhalb der Analytischen Psychologie (Bovensiepen, 2009) und auch der Schematherapie hauptsächlich mit dem pathologischen Aspekt auseinandergesetzt hat. Allerdings gibt es auch Ansätze innerhalb beider Richtungen, insbesondere auf Seiten der Schematherapie, sich mit Ressourcenaktivierung und der interaktionellen Entstehung und Entwicklung von gesunden oder förderlichen Schemata und Komplexepisoden und damit verbundenen Erfahrungen und Assoziationen wissenschaftlich zu beschäftigen (Kast, 2002; Lockwood & Perris, 2012).

Maladaptive Schemata und pathogene Komplexepisoden

Maladaptive Schemata sind laut Young et al. überdauernde Lebensthemen, die sich in der Kindheit entwickeln und im Verlauf des Lebens weiterentwickeln. Sie bestehen aus Erinnerungen, Emotion, Kognition und Körperempfindung (Young et al., 2008). Roediger bezeichnet sie als interaktionell-biografisch entstandene innere Ordnungsmuster und in Anlehnung an Guidano und Liotti (1983) als „unbewusste Bewertungsschablonen“ (Roediger, 2011, S. 12), wobei er im Folgenden die Ähnlichkeit zum Komplex-Begriff von Jung durchaus sieht (Jung, 1995a). Hier müsste aus meiner Sicht jedoch weiter differenziert werden, dass die maladaptiven Schemata genau genommen den pathogenen Komplexepisoden entsprechen, die Kast auf Basis der Komplextheorie von Jung beschrieben hat. Komplexepisoden beinhalten spezifische Themen, die aus einer Beziehungsepisode heraus entstanden sind. Beispiele dafür sind: „Irgendwie werde ich immer im Stich gelassen“, oder „Ich bin immer an allem schuld“, oder „Aus dem wird nie etwas Rechtes“, oder „Wenn ich nicht alles selber mache, geht immer alles schief“ (Kast, 2008, S. 5 f). Damit bilden sich für Kast die Beziehungsgeschichten der Kindheit und des späteren Lebens in den Komplexepisoden ab. Aus diesem Blickwinkel heraus betrachtet, stehen sich innerlich zwei Menschen in Form eines Kindes und einer Beziehungsperson gegenüber (Kast, 2007). Die negativen internalisierten Annahmen dieser Beziehungserfahrungen gehen dabei vom Angreifer aus, der durch die Beziehungsperson innerlich repräsentiert wird, und sie werden vom Betroffenen oft übernommen (Kast, 2008).

In beiden Ansätzen (Roediger, 2011) werden Parallelen zu den „representations of interactions that have been generalized“ von Daniel Stern gesehen. Eine generalisierte Episode muss nicht als solche erlebt worden sein; sie stellt für Stern „eine Struktur des wahrscheinlichen Ereignisverlaufs dar, die auf durchschnittlichen Erwartungen beruht“ (Kast, 2008, S. 28). Erinnerter Komplexepisoden spiegeln also als Bild und Atmosphäre des Komplexes eine generalisierte Episode wider: „Allerdings müssen das innere Kind oder die inneren Eltern nicht die Realität

darstellen, vielmehr sind es verinnerlichte Gefühle, sekundäre Emotionen oder ein Konglomerat von enttäuschten Erwartungen.“ (Meier, 2012, S. 44)

Von Vertretern beider Ansätze (Young et al., 2008; Knox, 1999, 2004) werden theoretische Vergleiche zur Bindungstheorie nach Ainsworth und Bowlby (1991), zu den inneren Arbeitsmodellen nach Bowlby (1973, 1975, 1979) und zu den sich daraus ergebenden Bindungstypen nach Ainsworth et al. (1978) gezogen, die Roediger (2011) mit den verschiedenen Bewältigungsstilen in Verbindung bringt. Knox, auf Seiten der Analytischen Psychologie, sieht zudem Parallelen zwischen den inneren Arbeitsmodellen von Bowlby und den „representations of interactions that have been generalized“ von Stern (Knox, 1999). Fazit: Verschiedene anerkannte Forscher sehen Parallelen ihrer Ansätze zur Bindungstheorie, die davon ausgeht, dass ein Kind eine „angeborene Prädisposition“ (Schlegel, 2013, S. 91) oder einen „Bindungsinstinkt“ (Young et al., 2008, S. 91) hat, sich an eine Bindungsfigur zu binden. Maladaptive Schemata sind Young et al. (2008, S. 93) zufolge als dysfunktionale innere Arbeitsmodelle zu verstehen „und die charakteristischen Reaktionen auf Bindungsfiguren als Bewältigungsstile“.

Young et al. (2008) definieren im Gegensatz zur Analytischen Psychologie ein Modell mit achtzehn Schemata, auf die ich in diesem Rahmen nicht umfänglich eingehen kann. Sie entstehen als Folge von nicht angemessen befriedigten Grundbedürfnissen und werden auf fünf Schemadomänen (schema domains) aufgeteilt. Die Frustration des jeweiligen Grundbedürfnisses gibt der Schemadomäne ihren Namen (Tabelle 1, Schemadomäne „Abgetrenntheit und Abspaltung“ mit dem frustrierten Grundbedürfnis nach „sicherer Bindung zu einem Menschen“). Die Definition der achtzehn Schemata hat sich aus langjährigen klinischen Beobachtungen ergeben und ist nicht wissenschaftlich abgeleitet (Jacob & Arntz, 2011). Sie wurden faktorenanalytisch überprüft und revidiert. Die Schemata bilden jedoch keine vollständige Systematik auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitstheorie ab, da sie sich gegenseitig bedingen (Roediger, 2011). Genauso wie die diagnostischen Fragebögen, die überwiegend nicht die Gütekriterien von Tests erfüllen (Roediger, 2011), so ist das Schemamodell, als empirisch gewonnenes Modell, als praktisch hilfreicher Ansatz für die Therapie zu sehen (Roediger, 2011).

Im Folgenden werde ich nur auf die erste Schemadomäne „Abgetrenntheit und Ablehnung“ eingehen, da erlittene Verletzungen und Frustration im Grundbedürfnis nach „sicherer Bindung zu einem Menschen“ die schwerwiegendsten Folgen haben (Young et al., 2008). Aus diesem Grund nehme ich auch an, dass diese Schemadomäne und die entsprechenden Schemata am ehesten in Märchen ihre Entsprechung finden, die ein allgemeinmenschliches und kulturelles Erbgut von Beziehungsgeschichten darstellen und symbolisch neue Lösungswege aufzeigen. Zudem möchte ich meinen Fokus exemplarisch auf das Schema „Verlassenheit und Instabilität (im Stich gelassen)“ legen, da Bowlbys Bindungstheorie die Entwicklung dieses Schemas stark beeinflusst hat (Young et al., 2008). Bowlbys Annahme eines Bindungsinstinktes stimmt wiederum mit dem biologischen Modell der Archetypenlehre überein, in dem Jung die Archetypen als „pattern of behaviour“ und als „Instinkte“ sieht (Jung, 1995f, § 1228, 1995c, § 565) und in Märchen offenbaren sich für Jung die Archetypen „in ihrem natürlichen Zusammenspiel“ (Jung, 1995e, § 400). Zusammenfassend kann man sagen, „... dass es sich bei den Archetypen um anthropologische Konstanten des Erlebens, des Abbildens, des Verarbeitens und des Verhaltens handelt“ (Kast, 2002, S. 115). Sie stellen universale psychische Strukturelemente dar, die die allgemeinen Erfahrungen der Menschheit widerspiegeln (Dorst, 2007).

Zur Erläuterung des klinischen und gegebenenfalls archetypischen Wertes von einzelnen Schemata und zur Darstellung der Parallelen zu den Komplexepisoden beziehe ich mich in Tabelle 1 nur auf die Schemata der ersten Domäne „Abgetrenntheit und Ablehnung“ in Anlehnung an Roediger (2011). Er verdeutlicht die möglichen Entstehungsbedingungen eines Schemas in dieser Domäne anhand des vorherrschenden Eltern- oder Bezugspersonenverhaltens und der daraus resultierenden Kognition. Das Schemamodell stellt eine weitere Ausdifferenzierung der negativen Elternkomplexe auf der Ebene von Komplexepisoden dar (McMahon, 2014). Aus jungscher Sicht würden die Schemata der Domäne „Abgetrenntheit und Ablehnung“ dem mütterlichen Bereich und dem negativen Pol des Mutterkomplexes und damit auch des negativen Mutterarchetyps als Urbild (Asper, 2003) entsprechen. Dies ist nicht als geschlechtsspezifisch und nicht als an die persönlichen Eltern gebunden zu verstehen: Mütterliches kann vom Vater und Väterliches von der Mutter vermittelt werden. Es handelt sich um psychische Qualitäten, die sowohl in Männern wie in Frauen potentiell vorhanden sind. Die Komplexepisode „Irgendwie werde ich immer im Stich gelassen“, die dem Schema „Verlassenheit und Instabilität (im Stich gelassen)“ entspricht, würde der Erfahrung eines negativen Mutterkomplexes gleichkommen, wobei dieser sich dann aus mehreren Komplexepisoden oder Schemata zusammensetzt, die die negative Erfahrung der „Abgetrenntheit und Ablehnung“ thematisieren.

Schemadomäne: Abtrenntheit und Ablehnung

Schema	Elternverhalten	Kognition
1. Emotionale Vernachlässigung	Vernachlässigung, Kälte/Ablehnung	Ich bin wertlos, überflüssig. Ich muss alles selbst tun, weil mir niemand hilft.
2. Verlassenheit und Instabilität (im Stich gelassen)	instabile Zuwendung, Wechsel von Fürsorge und Alleinlassen	Alles, was ich habe, werde ich wieder verlieren. Auch wenn es mir gut geht, droht jederzeit wieder Unglück.
3. Misstrauen/ Missbrauch	emotionaler, körperlicher oder sexueller Missbrauch	Nähe tut weh. Andere sind böse zu mir. Ich habe es nicht besser verdient.
4. Soziale Isolation	Wagenburg-Familien, soziale oder ethnische Minderheiten	Ich bin anders als die anderen. Ich werde nicht verstanden.
5. Unzulänglichkeit/ Scham	dem Kind vermitteln, es sei nicht liebenswert, es aktiv demütigen, herabsetzen oder benachteiligen	Ich bin nicht okay, und das werden die anderen bald merken. Ich bin an allem schuld.

Tabelle 1: Schema, Elternverhalten und Kognition bei Schemata der ersten Domäne „Abtrenntheit und Ablehnung“ in Anlehnung an Roediger (2011)

Bei der Identifikation mit Teilaspekten einer Komplexepisode unterscheidet Kast (2008) den Erwachsenen- und den Kind-Pol. In der Schematherapie wird diesbezüglich von einem (Innere-)Eltern-Modus und vom Kind-Modus gesprochen (Roediger, 2009). Unter einem Modus wird in der Schematherapie ein aktuell beschreib- oder erlebbarer momentaner Zustand („state“) der Persönlichkeit beschrieben. Ein Schema hingegen ist nicht unmittelbar erleb- und beschreibbar, weil es sich nach Roediger, um eine Abstraktion einer hintergründigen Erregungsbereitschaft im Sinne eines Wesenszuges („trait“) handelt. Die Modi fokussieren zudem stärker auf die aktuell aktivierten, zum Teil konflikthaften inneren kognitiv-emotional-körperhaltungsbezogenen Zustände sowie ihre Klärung und Bewältigung (Roediger, 2011) und können das Resultat der Aktivierung mehrerer Schemata sein (Itten, 2011). Nach Roediger (2011, S. 97) hat sich die Arbeit mit dem „erlebnisnäheren Modusmodell“ anstatt der Arbeit auf Ebene der Schemata bewährt, solange die zugrunde liegenden Schemata der Therapeutin bekannt sind und die damit im Zusammenhang stehenden frustrierten Grundbedürfnisse in der Therapie berücksichtigt werden. Berbak (Itten, 2011) wiederum postuliert eine umfassendere Sicht und Kombination aus einer Arbeit mit Modi und Schemata, um wichtige Personanteile (Schemamuster) im Zusammenhang mit den zugehörigen Modi nicht unberücksichtigt zu lassen. Zwischen den „Schemamustern“ und dem, was in der Analytischen Psychologie vollumfänglich unter einem Komplex (z. B. Mutter- oder Vaterkomplex) zu verstehen ist, könnte ein Zusammenhang bestehen. Kast bringt zur Erklärung von Vater- und Mutterkomplex die Idee von der „Generalisierung der generalisierten Episoden“ (Kast, 1998, S. 110) auf und verwirft sie wieder (Kast, 1998), was meines Erachtens innerhalb der Analytischen Psychologie und mit Schematherapeuten unter Berücksichtigung der Schemadomänen weiter zu diskutieren wäre.

Der Erwachsenen- und der Kind-Pol sowie die Eltern- und Kind-Modi repräsentieren also internalisierte negative Annahmen (z. B. dysfunktionale Eltern-Modi, als strafend oder fordernd erlebt) und aktuelle intensive emotionale Zustände (z. B. folgende Kind-Modi: verlassen, traurig, wütend). Laut Jacob und Arntz (2011) ähnelt dies dem Ego-State-Konzept von Watkins und Watkins (2003). Das Ego-State-Konzept wiederum diene Reddemann für ihre psychodynamische imaginative Traumatherapie als konzeptuelle Grundlage. Auch sie verweist bei der Arbeit mit dem inneren Kind als Ego-State-Therapie auf C. G. Jung und seine Archetypen- und Komplexlehre (Reddemann, 2005).

Roediger (2011) vergleicht in Anlehnung an Greenberg et al. (2003) das emotionale Erleben der Kind-Modi mit den präkognitiven Basis-Emotionen wie Wut, Trauer, Furcht, Ekel, Überraschung und Freude, die aktuell auftreten und noch nicht verarbeitet sind. Ziel beider Ansätze ist es, die negativen kognitiven Bewertungen zu modifizieren und das primäre Erleben der kindlich emotionalen Zustände bewusst zu machen. Das bedeutet, sie als innere Gestalten und als eigene innere Anteile anzunehmen, Verantwortung und Empathie für diese zu entwickeln (Schlegel & Kast, 2009) und auch einen Prozess der Mentalisierung in Gang zu setzen, d.h. sich dabei im Sinne von Fonagy et al. auch Klarheit über den eigenen psychischen Zustand zu verschaffen (Schlegel, 2013). Damit könnten die frustrierten Grundbedürfnisse, die zur Herausbildung des Schemas oder der Komplexepisode geführt haben, erkannt und im therapeutischen Prozess, auf die eine oder andere Art je nach therapeutischer Ausrichtung und Mentalisierungsfähigkeit der Patientin, befriedigt werden. Dies ist jedoch nicht

immer so einfach, da diese primären emotionalen Zustände schmerzhaft sind und umgangen oder abgewehrt und kompensiert werden.

Der wesentliche Punkt in beiden theoretischen Ansätzen ist, dass es im Zuge eines jeweiligen Schemas oder Schemamusters, einer Komplexepisode oder eines aus mehreren Komplexepisoden entstandenen Komplexes zu stereotypen Reaktionstendenzen (Abwehr-, Kompensations- und Bewältigungsverhalten) kommt. Besteht eine Ähnlichkeit zwischen der aktuellen Situation und den Situationen, die zur Herausbildung des abgespeicherten Schemas führten, werden nach Roediger (2011) ohne Beteiligung von kognitiven Verarbeitungsschritten präkognitive Emotionen und automatisierte Reaktionstendenzen aktiviert. Der Mensch reagiert damit auf diese Situation nicht mehr angemessen, „sondern aus einem lebensgeschichtlichen Überhang“ (Kast, 2007, S. 12 f) heraus. Bleibt es bei dieser „Fixierung“ (Roediger 2011, S. 95; Jung, 1995b) in einem früheren Entwicklungsstand, die den komplexen Anforderungen der Umwelt nicht mehr genügen kann, dann sehen sowohl Jung als auch Roediger sie als Grund an, warum Menschen manifeste klinische Symptome entwickeln können. Roediger (2011) bezieht dies ganz konkret auf das Bewältigungsverhalten: Die einstigen Lösungsversuche versagen, weil das Bewältigungsverhalten selbst zum Problem wird.

Zur Erläuterung dieser fixierten und stereotypen Verhaltensweisen verweist Kast (2002) unter anderem auf die von der Psychoanalyse beschriebenen Abwehrmechanismen oder auf Kompensationsmechanismen, wie z. B. Grössenphantasien bei drohender Fragmentierung. In der Schematherapie werden sie im Schemamodell als Bewältigungsreaktionen und im Modusmodell als Bewältigungsmodi bezeichnet: „... die Schemata aktivieren zunächst innerlich erlebte primäre Emotionen (sog. Kind-Modi) und kognitive Bewertungen (sog. Eltern-Modi) und <treiben> bzw. steuern das sichtbare Verhalten des Bewältigungsmodus ...“ (Roediger, 2011, S. 11).

Eine Bewältigungsreaktion im Schemamodell ist gemäss Berbalk (Itten, 2011) die Antwort auf ein aktiviertes Schema (siehe unten das Fallbeispiel unter „Bewältigungsstile“), während den Bewältigungsmodi mehrere Schemata oder ein Schemamuster zugrunde liegen können. Unter Bewältigungsmodi werden demnach sichtbare Handlungen der Patientin verstanden, die helfen, das aus den Eltern- und Kind-Modi resultierende emotionale Leid, zu erdulden, zu vermeiden oder zu kompensieren (Jacob & Arntz, 2011). Beispiel dafür ist der Zustand eines „ärgerlichen Beschützers“, der z. B. vermeiden hilft, die Spannung zwischen dem emotionalen Schmerz des Modus eines „verlassenen Kinds“ und einem gleichzeitig z. B. emotional fordernden Eltern-Modus („Ich darf meine Partnerin mit meinen Bedürfnissen nicht belasten, da sie dann unglücklich wird.“) erleben zu müssen. Dieser vermeidende Bewältigungsmodus des „ärgerlichen Beschützers“ kann sich z. B. darin ausdrücken, dass das Zeigen von Ärger und Schimpfen über andere als Mittel zur Herstellung von Distanz eingesetzt wird, um nicht über eigene (emotionale) Probleme reden zu müssen (Jacob & Arntz, 2011).

Die Bewältigungsstile der Erduldung, Vermeidung und der Kompensation sind übergeordnet zu verstehen und zeigen sich sowohl bei den Bewältigungsreaktionen als auch bei den Bewältigungsmodi. Der Einfachheit halber erkläre ich sie anhand der verschiedenen Bewältigungsreaktionen im Schemamodell.

Bewältigungsstile

Um Schemaaktivierung zu bewältigen sind grundsätzlich drei Bewältigungsstile möglich: Erduldung, Vermeidung oder Kompensation. Durch spezifische Bewältigungsreaktionen erhalten diese Stile bei der Schemabewältigung ihren Ausdruck.

Für Young et al. (2008) bilden Schemata das Zentrum der Persönlichkeitsstörungen, während die Bewältigungsreaktionen darauf, die im DSM IV (Saß et al., 2003) beschriebenen diagnostischen Kriterien und pathologischen Verhaltensmuster abbilden. Aus diesem Grund sollte bei Störungen auf charakterologischer Ebene das vordringlichste Ziel sein, die hinter den Bewältigungsreaktionen liegenden Schemata zu verändern, da diese die Patientinnen zu diesen Reaktionen veranlassen. Bewältigungsreaktionen können nach Young et al. (2008) je nach Schema, Lebensphase und Lebenssituation variieren, sodass der Eindruck entsteht, die Symptomatik habe sich verbessert, während das maladaptive Schema im Hintergrund bestehen bleibt. Jede Patientin hat für Young et al. ein einzigartiges Profil aus Schemata und Bewältigungsreaktionen, die aus diesem Grund gemeinsam angeschaut und verändert werden sollten.

Zur Verdeutlichung der verschiedenen Stile der Schemabewältigung verwende ich ein vereinfachtes Fallbeispiel zum Schema „Verlassenheit und Instabilität (im Stich gelassen)“ aus der Literatur.

Das vorherrschende Gefühl (im Kind-Modus) ist ein Verlassenheitsgefühl, das als solches nicht wahrgenommen werden muss oder gemieden wird und sich stattdessen z. B. in Panikattacken und dissoziativem Erleben äussern kann wie im folgenden Fallbeispiel von Jacob und Arntz (2011).

Eine 25-jährige BWL-Studentin leidet unter beiden Symptomen nachdem sie längere Zeit mit ihrer Familie, zu der sie eine gute Beziehung hat, verbracht hat und wieder allein zu ihrem Studienort fährt. Ihre Mutter war gestorben, als sie 2 Jahre alt war, und ihre Stiefmutter, zu der sie ebenfalls ein enges Verhältnis aufbauen konnte, verstarb an einer Hirnblutung, als die Patientin 16 Jahre alt war. Ausser zu ihrer Familie habe sie nur oberflächliche Beziehungen, obwohl sie nicht wisse, was sie abschrecke, aber sie könne sich nicht vorstellen, dass jemand wirklich lange für sie da sei.

Begleitende Kognitionen dieses Schemas können sein: „Alles, was ich habe, werde ich wieder verlieren. Wenn es mal gut geht, hält das nie lange an!“

Mögliche dysfunktionale Bewältigungsreaktionen je Bewältigungsstil können sich wie folgt zeigen (Young et al., 2008; Roediger, 2011):

- bei Erduldung: Eifersucht, Ängstlichkeit in Beziehungen oder Versuch, Beziehungen zu Menschen aufzunehmen, die unerreichbar oder unzuverlässig sind, und Beziehung zu ihnen aufrechtzuerhalten;
- bei Vermeidung: keine oder nur oberflächliche Beziehungen eingehen, Hobbys allein ausüben oder in anderen Fällen z. B. viel zu trinken, wenn allein;
- bei (Über-)Kompensation: andere überfordern, kontrollieren (z. B. Partner „ersticken“, bis dieser sie wegstösst) oder von sich abhängig machen und Beziehungen abbrechen, bevor es andere tun.

Roediger (2011) sieht die fixierten Bewältigungsstile des Erduldens, des Vermeidens und der Kompensation als dysfunktionale Ausformungen von biologisch angelegten und beobachtbaren Reaktionsmustern in Konflikten bei Tieren: sich unterwerfen (erdulden), passiv erstarren (vermeiden), aktiv kämpfen (überkompensieren). Hier zeigt sich mir ein zu diskutierender Anknüpfungspunkt für die biologische Richtung der Archypentheorie, wie sie Schlegel in Verbindung zur Ethologie beschreibt (Schlegel & Kast, 2009). Dabei leitet er die Archypentheorie aus dem natürlichen Verhalten des Menschen und seiner nächsten Verwandten, der Menschenaffen, ab. Verhaltensprogramme wie z. B. die Demutsgebärde, als Äquivalent zu einem erduldenen Bewältigungsstil, die eine bestimmte Körperhaltung, einen bestimmten Blick und eventuell bestimmte Geräusche beinhaltet, sind bei Affen wie bei Menschen, wenn sie z. B. betteln, biologisch begründbar und haben sich evolutiv entwickelt. Durch die Inszenierung einer Demutsgebärde werden bestimmte Verhaltensmuster angesprochen: Aggressionshemmung und Altruismus. Die Inszenierung einer Demutsgebärde, z. B. durch einen Bettler, wäre für Schlegel (2011) die Darstellung eines archetypischen Bildes. Dabei sieht er die Verbindung zur Genetik über die höhere Ebene des Verhaltens. Somit müssten sich die Bewältigungsstile ebenfalls in Märchen vorfinden lassen.

Neben seinen Erfahrungen mit psychotischen Fantasien seiner Patientinnen und ihrem potentiellem Zusammenhang mit mythologischen Motiven lieferten Jung die Ergebnisse seiner Assoziationsstudien zur Diagnostik von Komplexen wichtige Hinweise auf archetypische Strukturen. Laut Roesler (2010) entdeckte Jung, dass es einige Komplexe gab, die bei vielen Probanden vorkamen. Jung nannte diesen übereinstimmenden inhaltlichen Kern Urbild oder Archetyp. Im Verlauf seines Lebens betrachtete Jung die Archetypen aus verschiedenen Blickwinkeln (Knox, 2003; Roesler, 2010), zudem gibt Roesler (2010) einen Überblick über die vorliegende Forschung zum Nachweis von Archetypen. Ich beziehe mich mit Schlegel auf die biologische Perspektive, da sie der Verhaltenstherapie am nächsten steht.

Bei der Schemabewältigung geht es um Bewältigungsreaktionen im Sinne von Abwehrmechanismen zur Affektregulation, um die Aktivierung bestimmter Schemata und damit verbundener unangenehmer Gefühle zu umgehen oder mit belastenden Schemata umzugehen. Dabei sind die einzelnen Bewältigungsreaktionen nicht a priori als pathologisch zu betrachten. Beide Ansätze halten es für wichtig, dass es bei der Abwehr oder Kompensation bzw. Schemabewältigung nicht zu einer Fixierung von Verhalten kommt, sondern dass Abwehr-, Kompensations- und Bewältigungsverhalten flexibel eingesetzt wird, soweit keine Persönlichkeitsstörung vorliegt, die eine Fixierung von bestimmtem Bewältigungsverhalten bedingt. Aus situativen Bewältigungsreaktionen sind in diesem Fall stabile und zumeist dysfunktionale Bewältigungsstile geworden, die die Ressourcen des Erwachsenenalters unberücksichtigt lassen und keine neuen Problemlösungsstrategien zulassen (Roediger, 2011). Ehemals funktionale Bewältigungsreaktionen, soweit sie stereotyp beibehalten werden, können mit zunehmendem Alter jedoch immer mehr selbst zu einem Problem und damit dysfunktional werden, unabhängig davon, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt oder nicht. Somit könnten sie theoretisch auch als Basis anderer Störungsbilder dienen.

Menschen können laut Roediger auch mehrere Bewältigungsstile anwenden, sodass sie kombiniert oder im Wechsel auftreten, was ihre Benennung und Bewusstmachung nicht erleichtert. Dies gilt auch für die Arbeit mit

den Bewältigungsmodi. Klinische Symptome entstehen nach Roediger in Anlehnung an Grawe (1998) dann, wenn auch die dysfunktionalen Bewältigungsmodi nicht dazu beitragen können, dass sich die innere Spannung reduziert, die sich aus dem Konflikt zwischen den Bedürfnissen der Kind-Modi und den Forderungen der Eltern-Modi ergibt: „Im funktionellen Symptom <gerinnt> sozusagen die psychische Anspannung des Kind-Modus in ein Symbol, das der nicht verbalisierbaren physiologischen Anspannung einen Ausdruck gibt“ (Roediger, 2011, S. 121).

In der Analytischen Psychologie wird auch davon ausgegangen, dass Symbole die Verarbeitungsstätte der Komplexe sind (Kast, 1991). Symbole sind Bilder, die sich wie folgt zeigen können: in Träumen, Traummotiven, Imaginationen, Tagträumen und spontanen Fantasiebildern, in Märchenbildern und -motiven, gemalten Bildern, Sandbildern, bildhaften verbalen Äusserungen („Ich muss doch vorbereitet sein, wenn mir wieder der Hahn abgedreht wird.“), im Körper als Emotion und als Symptom. Ihnen allen ist gemeinsam, dass sich in etwas Äusserem etwas Inneres, z. B. ein unbewusster Konflikt, offenbart. Märchen drücken sich in Symbolen aus und es wird die bildhafte, imaginative Seite eines Menschen angesprochen (Kast, 2003), sie entsprechen der Gefühlswelt von Kindern. Die Beschäftigung mit Märchen kann helfen, diese Gefühlswelt zu erschliessen, d. h., ein emotionales Nachvollziehen der Kind-Modi oder des Kind-Pols zu ermöglichen.

Etwa vier Fünftel aller Märchen sind Beziehungsgeschichten (Kast, 1992), ein enormer Fundus für Schemata und Komplexepisoden. Kast (2007) beschreibt die archetypische Wirkung anhand des Auftretens von vergleichbaren Emotionen in archetypischen Situationen, die nicht bewusst abgerufen werden müssen und bei allen Menschen in existenziell bedeutsamen Situationen ähnlich vorkommen: z. B. Trauer bei Trennung oder Verlust; Freude, wenn etwas besser ausfällt als erwartet; Ärger, wenn jemand Grenzen verletzt; depressive Gefühle, wenn der Sinn im Leben fehlt. Alles Themen, die man in Märchen immer wieder vorfindet, auch wenn sie in symbolischer Form verschlüsselt vorliegen. Damit bieten Märchen innerhalb des therapeutischen Prozesses unter anderem die Möglichkeit, die primären Emotionen der Kind-Modi oder des Kind-Pols unter Einbeziehung eines gemeinsamen „Dritten“ als „joint referencing“ (Roediger, 2009, S. 59) zunächst einmal empathisch und mit Distanz anzuschauen. Dies eröffnet Möglichkeiten zur Bewusstwerdung, zur Entwicklung von Empathie für diese Zustände, damit für sich selbst und zur Mentalisierung.

Die Patientin wird zunächst mit ihrem (unbewussten) emotionalen Konflikt oder Leiden von der Therapeutin durch Empathie und Gegenübertragung, bei der emotionale Zustände und andere Phänomene von der Therapeutin bei sich wahrgenommen, aber der Patientin zugeschrieben werden, erkannt. Im Märchen wird dann das persönliche Leid in einen grösseren und allgemeinmenschlichen Zusammenhang gespiegelt (Kast, 2002). Der Patientin wird durch den Einfall eines Märchens seitens der Therapeutin das Gefühl vermittelt, einen Platz in der Psyche der Therapeutin innezuhaben, ähnlich wie die Mutter oder primäre Bezugsperson es beim Kind machen sollte. Die Akzeptanz der Widerstände, Widersprüche und Konflikte der Patientin und die Bereitschaft, Unbewusstes ernst zu nehmen, vermittelt der Patientin die „transzendente Funktion“ (Kuptz-Klimpel, 2003). Aus jungscher Sicht wird die Selbstregulation der Psyche über die „transzendente Funktion“ angesprochen. Sie verbindet Unbewusstes mit Bewusstem, ohne den Bezug zum Unbewussten zu verlieren, und ermöglicht damit eine neue Einstellung (Jung, 1995d, § 145).

Bovensiepen (2002) verdeutlicht diese symbolische Einstellung, die eine jungsche Therapeutin einnehmen sollte, um die Symbolisierungsfähigkeit und damit die Entfaltung der transzendenten Funktion bei Menschen, die aufgrund ihrer Störungen Defizite in diesem Bereich aufweisen (Jacoby, 1998), erst einmal zu fördern. Dazu beschreibt er das Fallbeispiel eines 10-jährigen Jungen, mit dem er gemeinsam in der Therapie Bildergeschichten gemalt hat. Die Entfaltung der transzendenten Funktion wurde von der genannten Einstellung des Analytikers unterstützt und zeigte sich darin, dass sich der Junge innerhalb der Therapie langsam einen symbolischen Raum erschliessen und er in seinem Inneren einen psychischen Raum entwickeln konnte (Bovensiepen, 2002). Dies wiederum machte sich auch daran bemerkbar, dass der Junge nach ca. eineinhalb Jahren der Behandlung anfangen zu reflektieren. Damit gehört die transzendente Funktion laut Bovensiepen (2004) auch zu einer Theorie der Mentalisierung.

Anhand einer vereinfachten Zusammenfassung des Märchens „Der Pilger“ aus Pommern (Kast, 1992) möchte ich nun darlegen, wie die Schemadomäne „Abgetrenntheit und Ablehnung“, das maladaptive Schema „Verlassenheit und Instabilität (im Stich gelassen)“, dessen Bewältigung und mögliche Modi bildhaft angesprochen werden. Dabei treten diese am deutlichsten hervor, wenn man der Erzählung und den Bildern aus einer Kindposition heraus folgt.

Ich erhebe nachfolgend keinen Anspruch auf eine vollständige in sich stimmige Märcheninterpretation, die alle wichtigen Symbole, Wendungen, Ressourcen und neuen Lösungswege berücksichtigt. Ich verstehe die

Erzählung jedoch unter einer subjektstufigen Sicht, d. h., dass vorkommende Personen und Figuren als eigene innere Anteile verstanden werden können. Märchen können aus verschiedenen Blickwinkeln heraus interpretiert werden (Kast, 1987), die Zulässigkeit einer Interpretation ergibt sich unter anderem aus der Stimmigkeit und konsequenten Einhaltung einer Sichtweise (Jacoby et al., 1978). Ich benutze in diesem Fall die Brille des Schemamodells, mit einer anderen Brille würde man die ausgewählten Szenen und Symbole anders interpretieren. Ich danke Eckhard Roediger und Christoph Fuhrhans für ihre ergänzenden Anmerkungen zu meiner Märcheninterpretation, die auch zu einer weiteren Diskussion der folgenden Punkte anregen.

Aus schematherapeutischer Sicht ist es wichtig, zwischen Symbolebene (bildhafte, psychodynamische, eventuell archetypische Ebene) und Handlungsebene (z. B. Bewältigungsstile) genau zu unterscheiden.

Der soziokulturelle Kontext des Märchens kann auf das Vorkommen von Schemata in Märchen einen Einfluss haben (wobei hier zu differenzieren wäre, ob dies für bedingungslos und bedingt gültige Schemata gleichermaßen gilt).

Es sind verschiedene schematherapeutische Interpretationen der Märchen-Szenen hinsichtlich vorkommender Modi möglich.

Zudem wurde deutlich, dass dieses Märchen auch auf der Ebene der Paarbeziehung von Prinzessin und Prinz betrachtet werden kann, wofür eine eher objektstufige Sichtweise einzunehmen wäre. Von diesem Blickwinkel aus gesehen erzählt das Märchen davon, welche Entwicklungs- und Beziehungsaufgaben (z. B. bezogen auf bestimmte Modi) anstehen, wenn Menschen mit dem Schema „Verlassenheit und Instabilität“ (Kognition: „Alles, was ich habe, werde ich wieder verlieren. Auch wenn es mir gut geht, droht jederzeit wieder Unglück.“) von Menschen mit dem Schema „Anspruchshaltung und Grandiosität“ (Kognition: „Ich kann alles haben, das steht mir zu. Für mich gelten andere Regeln. Ich bin etwas Besonderes und verdiene etwas Besonderes.“) fasziniert werden und umgekehrt.

Die nachfolgende und für diesen Rahmen verkürzte (dadurch unvollständige) subjektstufige Märcheninterpretation gibt in diesem Sinne erste Ideen wieder, die mit Bezug zum Originalmärchen weiter auszuarbeiten und zu diskutieren sind.

Das Märchen „Der Pilger“

Die schönste Prinzessin, die je ein Mensch gesehen hatte, wird von ihrem Vater am Grunde eines Sees weit hinten im Schlossgarten verborgen. – Kind-Modus „verlassenes Kind“ wird vorstellbar; das Thema Unerreichbarkeit wird symbolisch angedeutet und die Schemadomäne Abgetrenntheit vom Weiblich-Mütterlichen scheint so selbstverständlich, dass eine Mutter oder zweite weibliche Figur im ganzen Märchen nicht erwähnt wird und sogar der Titel in männlicher Form gefasst ist. –

Zu ihrem Geburtstag besucht ihr Vater sie und bringt ihr eine wunderschöne Drehorgel, die er allerdings nur geliehen hat und wieder zurückgeben muss. – Das Schema generierende Elternverhalten fällt auf: instabile Zuwendung, Wechsel von Fürsorge und Alleinlassen. – „Väterchen, du hast also doch nicht meinen Geburtstag vergessen und bringst mir ein solch schönes Geschenk, dass ich einen Trost habe hier in dem hohen Schlosse tief unter dem Wasser?“ Der König darauf: „Mein liebes Kind, diese Orgel will ich dir nur zeigen. Schenken kann ich sie dir nicht, weil sie ihrem Herrn um alle Schätze der Welt nicht feil ist.“ „Wenn du mir die Orgel nicht schenken kannst, dann hättest du sie mir gar nicht zeigen sollen!“, antwortete die Prinzessin und schnapp! schlug sie ihrem Vater das Fenster vor der Nase zu und liess ihn draussen stehen. – Vermeidender Bewältigungsmodus des „ärgerlichen Beschützers“, zum Schutz vor emotionalem Schmerz des Modus des „verlassenen Kinds“, der eigentlich mit ihrem Vater zu thematisieren wäre, wobei mir ihre Aussage im Gegensatz zu ihrer Reaktion durchaus als angemessen zu werten erscheint. Auch die Modi des „undisziplinierten“ und „wütenden Kinds“ werden vorstellbar. –

Ein Prinz sieht das Bildnis dieser unbekannt, verborgenen und wunderschönen Prinzessin im Schlafgemach seines Vaters und kann sich an ihr nicht satt sehen. – Weitere symbolisch-bildhafte Andeutung der Unerreichbarkeit und deren Faszination. – Gegen alle Widerstände will er zu ihr. – Kompensatorische Bewältigung des Gefühls der Unerreichbarkeit des Anderen. – Der Vater wurde daraufhin zornig und verweigerte ihm zu Lebzeiten jegliche Auskunft. – Elternverhalten: instabile Zuwendung, Wechsel von Fürsorge und Alleinlassen. Zudem Hinweis auf ein generationsübergreifendes Schema der Verlassenheit verbunden mit dem Thema der Unerreichbarkeit und Bewältigung durch vermeidenden Bewältigungsstil. –

Durch eine List, die dem Prinzen, als er selbst König wird, ein alter Zauberer verrät, findet er den Weg zur Prinzessin. Er muss dafür eine Drehorgel und ein Schiff bauen, das sowohl zu Land als auch zu Wasser fährt.

Der Bruder des jungen Königs leiht deshalb dem Vater der Prinzessin die selbstgebaute Drehorgel nur, weil er den Branntwein gewohnt ist und befürchtet, er würde das ganze Geld des Vaters der Prinzessin ausgeben. Während der Vater, wie bereits gehört, mit der Drehorgel, in der sich der junge König versteckt, zur Prinzessin geht, vergnügt sich der Bruder des jungen Königs in den teuersten Wirtshäusern auf Rechnung des Königs. – Bewältigungsreaktion der Vermeidung: trinkt viel, wenn allein. Ein Bruder oder eine Schwester im Märchen können Schattenaspekte darstellen, also all das, was man selbst an sich nicht wahrhaben will. –

Als der junge König den Weg zur Prinzessin gefunden hat, ruft er sie beim Namen und fragte sie, ob sie mit ihm kommen möchte, er befreie sie aus dem Gefängnis. Anfangs erschrak sie, als sie den fremden Mann erblickte; da er aber schön von Angesicht war und sie zu befreien versprach, liess sie sich nicht lange bitten, sondern kam zu ihm heraus. In der Folge heiraten die beiden.

Der junge König verlässt seine Frau für eine Lustfahrt mit seinem Bruder auf dem wunderbaren Schiff und wird von einem mächtigen Sultan gefangen genommen. – Bewältigungsreaktion der Erduldung auf Seiten der nun jungen Königin: Beziehung zu unzuverlässigen Menschen suchen. Zudem kommt die Kognition auf: „Alles, was ich habe, werde ich wieder verlieren. Auch wenn es mir gut geht, droht jederzeit wieder Unglück.“ Subjektstufung kann der junge König als ein eigener unzuverlässiger Anteil gesehen werden. –

Die Prinzessin wird in der Folge auch von dem mächtigen Sultan gefangen genommen, weil sie sich, als Pilger verkleidet, auf die Suche nach ihrem Mann macht, obwohl sie nicht weiss, wo er ist. – Kompensatorische Bewältigung des Gefühls des Verlassenwerdens. Zudem kann die Pilgerreise als Motiv zur Läuterung von dysfunktionalen Modi hin zum Gesunden-Erwachsenen-Modus verstanden werden. – Durch ihre besondere Gabe des Gesangs und Harfespiels befreit sie ihren Mann und seinen Bruder aus der Gefangenschaft. Als sie ihm auf sein Schloss nachfolgt, erkennt ihr Mann sie kaum, obwohl sie ihr Pilgerkleid abgelegt hat, wohl auch weil er eifersüchtig ist, da ihm die Frau seines Bruders diesbezüglich einen Floh ins Ohr gesetzt hat und gegen die junge Königin intrigiert. – Kompensatorische Bewältigung der Eifersucht. – Von Anfang an missgönnt sie der jungen Königin ihre Schönheit und Macht. – Bewältigungsreaktion der Erduldung: Eifersucht in Beziehungen. – Der junge König stösst seine zurückgekehrte Frau mit dem Fuss von sich weg, sodass sie ohnmächtig wird. Als sie wieder erwacht, liegt sie drei Tage lang in einem kahlen, schmutzigen, dunklen Keller. – Symbolisch-bildhafte Andeutung, dass im Unbewussten „tiefste Ablehnung“ schlummert, die durch „Abschottung“ im Sinne einer Introversion bewusst gemacht werden kann. – Dann wurde sie auf den Scheiterhaufen gebracht und der Landstreicherei und Hexerei angeklagt. Über ihren Gesang und ihr Harfenspiel, das ihr als letzter Gnadenakt genehmigt wird, erkennen die Brüder sie unter Weinen und mit Reue als ehemalige Retterin. Die böse Schwägerin aber wurde auf dem Scheiterhaufen verbrannt.

Auf der Handlungsebene propagiert das Märchen vor allem ein Wechselspiel der Bewältigungsstile. Erdulden und Kompensation scheinen mir vorrangig und bringen Entwicklung, wobei der Grad der Dysfunktionalität auch im Zusammenhang mit einem vermeidenden Bewältigungsstil nicht immer per se gegeben ist. Gerade in diesem Wechselspiel der Bewältigungsstile liegt unter anderem psychische Gesundheit verborgen und vielleicht besteht darin auch eine heilende Wirkung von Märchen.

Insbesondere durch die kompensatorische Bewältigung der Eifersucht durch Intrigieren spitzt sich die Situation zu und der Scheiterhaufen, Leid und Tod, droht, was für die letztendliche Rettung anscheinend notwendig ist. Die Rettung kommt dadurch zustande, dass die Prinzessin durch ihr Harfenspiel und ihren Gesang einen Weg gefunden hat, ihre innere Verletzung, die Ablehnung, d. h. auch ihren Modus des vulnerablen Kinds anzuerkennen, zu erdulden und über ihn „emotional anrührend“ zu kommunizieren. Erst dann finden eine wirkliche Begegnung und ein Erkennen des jungen Königs, seines Bruders und der jungen Königin statt. Dies kann dafür stehen, dass subjektstufig eine neues Bewusstsein für und eine neue Beziehung zu diesen inneren Anteilen über Mitgefühl zu sich selbst im Sinne einer Integration durch den Gesunden-Erwachsenen-Modus hergestellt wird. Die kompensatorische Bewältigung der Eifersucht durch Intrigieren wird nicht mehr benötigt und auf dem Scheiterhaufen verbrannt.

In der Regel wird der Einfall eines Märchens als eine spezielle Form der Gegenübertragung betrachtet, die vermittelt, dass die Therapeutin bereit ist, die vorkommenden Figuren und Handlungen in einen Zwischenbereich der therapeutischen Beziehung anzusiedeln (Kast, 2002). Zu welchem Zeitpunkt ein Märchen innerhalb des therapeutischen Prozesses eingesetzt wird und wie, sind Fragen, die unter Berücksichtigung der Ressourcen und Bedürfnisse der Patientin an anderer Stelle weiter diskutiert werden müssten. Die Zuordnung von Märchen zu Schemata erfolgt bei mir auch aus Kenntnis von Einzelfällen, bei denen ich das Märchen angewandt habe und sich das entsprechende Schema oder die Komplexepisode zu erkennen gegeben hatte. Ob sich damit neben der empirischen Unterstützung (Young et al., 2008) auch eine archetypische Relevanz der

Schemata und Bewältigungsstile ergibt und somit eine generelle Zuordnung von Märchen zu einem bestimmten Schema überhaupt Sinn macht, wird die weitere Praxis und Analyse von weiteren Märchen zeigen.

Autorin

Pia McMahon, Dipl. Psychologin, schloss ihr Psychologie-Studium an der Universität in Bremen (D) ab. Ausbildung zur Analytikerin und Psychotherapeutin am C.G. Jung-Institut. Dozentin am C.G. Jung-Institut, Analytikerin an einer internationalen Managementschule und Delegierte Psychotherapeutin in einer psychosomatischen Praxis.

Korrespondenz

Psychosomatik Praxis
Pia McMahon
Hasenbergstrasse 7
8953 Dietikon
E-Mail: p.mcmahon@psychosomatik-praxis.ch

Literatur

- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 333–341.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N. Y.: Erlbaum.
- Asper, K. (2003). Mutterarchetyp. In: Müller, L., & Müller, A. (Hrsg.), *Wörterbuch der analytischen Psychologie* (S. 285–286). Düsseldorf: Walter.
- Bovensiepen, G. (2002). Symbolische Einstellung und Reverie als eine Grundlage der psychotherapeutischen Behandlungstechnik. *Analytische Psychologie*, 33, 97–117.
- Bovensiepen, G. (2004). Bindung – Dissoziation – Netzwerk. *Analytische Psychologie*, 35(135), 30–53.
- Bovensiepen, G. (2009). Depressive Komplexorganisation und narzisstische Störung. *Analytische Psychologie*, 40(155), 37–56.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: anxiety and anger* (Attachment and loss, Bd. 2). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung: eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock Publications.
- Dorst, B. (2007). *Therapeutisches Arbeiten mit Symbolen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliot, R. (2003). *Emotionale Veränderungen fördern: Grundlagen einer prozeß- und erlebensorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorder: a structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Itten, T. (2011). Schematherapie – Interview mit Professor Berbalk. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 1, 135–140.
- Jacob, G. A. (2011). Was ist innovativ an der Schematherapie? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59, 179–186.
- Jacob, G., & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Jacoby, M. (1998). *Grundformen seelischer Austauschprozesse: Jungsche Therapie und neuere Kleinkindforschung*. Zürich: Walter.
- Jacoby, M., Kast, V., & Riedel, I. (1978). *Das Böse im Märchen*. Fellbach-Oeffingen: Bonz.
- Jung, C. G. (1995a). Der gefühlsbetonte Komplex und seine allgemeinen Wirkungen auf die Psyche. In: Jung, C. G., *Psychogenese der Geisteskrankheiten* (§ 77–106; Gesammelte Werke, Bd. 3). Solothurn: Walter.
- Jung, C. G. (1995b). Dementia Praecox und Hysterie: eine Parallele. In: Jung, C. G., *Psychogenese der Geisteskrankheiten* (§ 182–197; Gesammelte Werke, Bd. 3). Solothurn: Walter.
- Jung, C. G. (1995c). Die Schizophrenie. In: Jung, C. G., *Psychogenese der Geisteskrankheiten* (§ 553–584; Gesammelte Werke, Bd. 3). Solothurn: Walter.
- Jung, C. G. (1995d). Die transzendente Funktion. In: Jung, C. G., *Dynamik des Unbewussten* (§ 131–193; Gesammelte Werke, Bd. 8). Solothurn: Walter.
- Jung, C. G. (1995e). Zur Phänomenologie des Geistes in Märchen. In: Jung, C. G., *Die Archetypen und das kollektive Unbewusste* (§ 384–455; Gesammelte Werke, Bd. 9/1). Solothurn: Walter.
- Jung, C. G. (1995f). Geleitwort zu Harding *«Frauen-Mysterien»*. In: Jung, C. G., *Das symbolische Leben* (§ 1228–1233; Gesammelte Werke, Bd. 18/2). Solothurn: Walter.
- Kast, V. (1987). *Wege aus Angst und Symbiose*. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.
- Kast, V. (1991). Wandlungsprozesse in Behandlungen. In: Buchheim, P., Cierpka, M., & Seifert, T. (Hrsg.), *Psychotherapie im Wandel. Abhängigkeit* (S. 61–75). Berlin: Springer.
- Kast, V. (1992). *Liebe im Märchen*, 2. Aufl. Olten: Walter.
- Kast, V. (1998). *Abschied von der Opferrolle*, 2. Aufl. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Kast, V. (2002). *Die Dynamik der Symbole*, 4. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.

- Kast, V. (2003). Märchen. In: Müller, L., & Müller, A. (Hrsg.), Wörterbuch der analytischen Psychologie (S. 274). Düsseldorf: Walter.
- Kast, V. (2007). Die Tiefenpsychologie nach C. G. Jung. Stuttgart: Kreuz.
- Kast, V. (2008). Konflikte anders sehen. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Knox, J. (1999). The relevance of attachment theory to a contemporary Jungian view of the internal world: internal working models, implicit memory and internal objects. *Journal of Analytical Psychology*, 44, 511–530.
- Knox, J. (2003). Archetype, attachment, analysis. New York: Brunner-Routledge.
- Knox, J. (2004). Developmental aspects of analytical psychology: new perspectives from cognitive neuroscience and attachment theory. In: Cambay, J., & Carter, L. (Hrsg.), *Analytical psychology* (S. 56–82). New York: Brunner-Routledge.
- Kuptz-Klimpel, A. (2003). Funktion, transzendente. In: Müller, L., & Müller, A. (Hrsg.), Wörterbuch der analytischen Psychologie (S. 135–136). Düsseldorf: Walter.
- Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. In: van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (Hrsg.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy* (S. 41–66). Chichester: Wiley-Blackwell
- McMahon, P. (2014). Die Komplextheorie nach Carl Gustav Jung und das Schemamodell nach Jeffrey Young. Thesis am C.-G.-Jung-Institut, Küsnacht, Schweiz.
- Meier, I. (2012). Komplexe und Schemata: ein Vergleich von Konzepten der Analytischen Psychologie nach C. G. Jung und der Schematherapie nach Jeffrey Young. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 2, 95–102.
- Reddemann, L. (2005). Psychodynamisch imaginative Traumatherapie, 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Roediger, E. (2009). Was ist Schematherapie? Paderborn: Junfermann.
- Roediger, E. (2011). Praxis der Schematherapie, 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Roesler, C. (2010). Analytische Psychologie heute. Basel: Karger.
- Saß, U., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (Bearb.) (2003). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Schlegel, M. (2011). Eine biologische Begründung der archetypischen Bilder. Vortrag gehalten an der Dreiländertagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP, ÖGAP, SGAP) in Basel, 1.–4.9. 2011.
- Schlegel, M. (2013). Evolution der Empathie. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 3, 90–102.
- Schlegel, M., & Kast, V. (2009). Der Emotionsbegriff in der Jung'schen Psychotherapie. In: Schönbächler, G., & Schulthess, P. (Hrsg.), *Der Emotionsbegriff in den psychotherapeutischen Schulen* (S. 89–98; Collegium Helveticum, Heft 6). Zürich: Collegium Helveticum.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (2003). Ego states: Theorie und Therapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). Schematherapie, 2. Aufl. Paderborn: Junfermann.

Les contes comme ressources pour résoudre des schémas inadaptés et des épisodes complexes pathogènes

Dans la Psychologie Analytique (PA) autant que dans la Schémathérapie (ST), des concepts sont décrits expliquant comment des troubles psychiques peuvent apparaître en raison de modèles relationnels dysfonctionnels. Les épisodes complexes pathogènes dans la PA (cf. Kast, 2008) correspondent à ce sujet aux schémas inadaptés de la ST (cf. Young et al., 2008). Il s'agit là d'épisodes relationnels difficiles généralisés, qui reflètent les histoires relationnelles de l'enfance et de la vie d'adulte. Intérieurement, deux personnes sont face-à-face, représentées par un enfant et une personne de référence (cf. Kast, 2007, p. 14). Dans l'indentification avec des aspects partiels, la PA différencie le pôle adulte et le pôle enfant (cf. Kast, 2008, p. 36 s.), alors que la ST parle d'un mode adulte (intérieur) et d'un mode enfant (cf. Roediger, 2009, p. 43). Le pôle adulte et enfant, respectivement les pôles parents et enfants, représentent là des évaluations et des représentations négatives (par ex. des modes parentaux dysfonctionnels, vécus comme des modes qui sanctionnent ou sont exigeants) et des états émotionnels actuels intensifs (par ex. les modes enfants suivants : abandonné, triste, en colère, etc.).

Des comparaisons théoriques sont effectuées par les représentants des deux approches (cf. Young et al. 2008, p. 91 s.; Knox, 1999; 2004, p. 66) avec la théorie de l'attachement selon Ainsworth et Bowlby (1991), avec les modèles de travail intérieurs selon Bowlby (1973/1975/1979) et avec les types d'attachement qui en résultent selon Ainsworth et al. (1978), que Roediger met en lien avec les différents styles pour les surmonter (cf. Roediger, 2011, p. 58 s.). Conclusion : Différents chercheurs reconnus voient des parallèles entre leurs approches et la théorie de l'attachement, qui part du principe qu'un enfant a des « dispositions innées » (Schlegel, 2013, p. 91), respectivement un « instinct d'attachement » (Young et al., 2008, p. 91), pour, précisément, s'attacher à une figure d'attachement. Pour Young et al., les schémas inadaptés doivent donc être compris comme des modèles de travail dysfonctionnels « et les réactions caractéristiques aux figures d'attachement comme des styles pour les surmonter » (Young et al., 2008, p. 93).

A l'intérieur des deux concepts, on part du principe que le processus de réalisation de ces modèles relationnels dysfonctionnels conduit à des tendances réactionnelles stéréotypées (Comportement pour se défendre, compenser ou surmonter), pour protéger la personne concernée des états émotionnels douloureux de l'enfance.

Le but de ces deux démarches est de modifier les évaluations cognitives négatives et de rendre conscient le vécu primaire des états émotionnels de l'enfance. Cela signifie les accepter comme agencement intérieur ou comme partie intérieure personnelle, développer de la responsabilité et de l'empathie à leur égard (cf. Schlegel & Kast, 2009, p. 92) et aussi mettre en route un processus de mentalisation, c'est-à-dire aussi se créer une clarté sur son propre état psychique (Fonagy et al., 2006 selon Schlegel, 2013, p. 91). Les besoins fondamentaux frustrés, qui ont conduit à l'élaboration du schéma ou de l'épisode complexe, pourraient ainsi être reconnus et satisfaits dans le processus thérapeutique, d'une manière ou d'une autre selon l'orientation thérapeutique et la capacité de mentalisation de la patiente.

Environ quatre cinquièmes de tous les contes sont des histoires de relations entre des personnes (Kast, 1992, p. 9), c'est un énorme réservoir de schémas et d'épisodes complexes. Les contes s'expriment en symboles et les côtés imagé et imaginaire d'une personne sont interpellés (cf. Kast, 2003, p. 274) ; les contes correspondent à l'univers émotionnel des enfants. Utiliser des contes peut aider à décoder ce monde émotionnel. Les contes offrent ainsi à l'intérieur du processus thérapeutique, entre autres, la possibilité d'observer les émotions primaires du mode enfant, respectivement du pôle enfant, en utilisant un « tiers » commun comme « joint referencing » (Roediger, 2009, p. 59) d'abord avec empathie puis avec distance. Cela ouvre des possibilités de prise de conscience, de développement d'empathie pour ces états, pour soi-même et pour la mentalisation.

Les contes représentent l'héritage culturel et humain des histoires relationnelles et ils montrent de nouvelles voies de solutions sous une forme symbolique. La présente contribution explique, au moyen d'un résumé simplifié du conte « le Pèlerin » de Poméranie (cf. Kast, 1992, p. 72s), comment l'apparition et la résolution de modèles relationnels dysfonctionnels sont reproduits dans les contes et comment il est possible par là de développer des ressources dans un processus thérapeutique.

Mots-clés: Psychologie analytique, complexe, épisodes complexes, contes, mode, ressources, schéma, Schémathérapie

Originalarbeit

Mario Schlegel

Komplexe und Schemata: Konzeptionelle Gemeinsamkeiten der Analytischen Psychologie und der Schematherapie

Diskussionsbeitrag zum Artikel von McMahon

Zusammenfassung: Die konzeptionellen Übereinstimmungen der Schematheorie nach Jeffrey Young und der Komplextheorie von C. G. Jung sind gross. Um diese Annäherung zu fördern, nimmt die vorliegende Arbeit eine theoretisch begründete, gegenseitige Zuordnung der Begriffe im Bereich der Komplexe und Schemata vor, und schlägt damit eine Struktur zur Verständigung vor.

Die Begriffe „Komplex“ in der Analytischen Psychologie und „Schema“ in der Schematherapie bezeichnen intersubjektives Verhalten, das auf die Erfüllung oder Nichterfüllung sozialer menschlicher Grundbedürfnisse, vor allem in der Kindheit, zurückgeführt wird. Sowohl Analytische Psychologie als auch Schematherapie beziehen sich damit auf das Modell der Prägungen oder des Lernens, sowie des Gedächtnisses.

Der Beitrag regt an, dass in der Analytischen Psychologie, ähnlich wie in der Schematherapie, eine systematische Darstellung der Komplexe vorgenommen wird und schlägt vor, diese auf den biologischen Aspekt der Archetypen, den „Patterns of Behavior“ abzustützen, das heisst, eine ethologische Perspektive einzunehmen.

Der in der vorliegenden Arbeit gemachte Einbezug der evolutionären Perspektive auf die Bereitschaftsmuster sozialer, menschlicher Grundbedürfnisse im intersubjektiven Verhalten, führt zudem zu einer Darstellung der Selbstregulation der Psyche, einem zweiten Grundprinzip der Analytischen Psychologie.

Schlüsselwörter: Analytische Psychologie, Schematherapie, Komplex, Komplexepisoden, Schema, archetypisches Verhalten, Evolution

Conceptual similarities between Analytical Psychology and Schema Therapy – discussion of McMahon’s article

Abstract: The conceptual correspondence between Jeffrey Young’s Schema Theory and Jung’s complex theory is significant. In order to develop this convergence, the present work provides a differentiated systematic horizontal classification of the concepts in the area of complexes and schemata, and puts forward a shared structure for understanding.

The concepts of “complex” in Analytical Psychology and “schema” in Schema Therapy describe intersubjective behavior, based on basic human social needs, being either met or not met, and can be primarily traced back to childhood. Both Analytical Psychology and Schema Therapy make reference to a model of environmental conditioning/imprinting or learning as well as memory.

This contribution encourages both Analytical Psychology and Schema Therapy to undertake a systematic description of complexes and suggests that this is to be supported with the biological aspects of archetypal models, the “patterns of behavior”, which means taking an ethological perspective.

The present work includes the evolutionary perspective of archetypal readiness of basic human social needs in intersubjective behavior that, in turn, leads to a representation of the psyche’s self-regulation, which is a second basic principle of Analytical Psychology.

Keywords: Analytical Psychology, Schema Therapy, complex, complex episodes, schema, archetypal behavior

Comunanze concezionali della psicologia analitica e della schema therapy – Contributo alla discussione sull’articolo di McMahon

Riassunto: Le corrispondenze concezionali tra la schema therapy secondo Jeffrey Young e la teoria dei complessi di C. G. Jung sono numerose. Per favorire questo accostamento, nel presente lavoro è stata svolta un’attribuzione sistematica orizzontale differenziata dei termini nell’ambito dei complessi e degli schemi proponendo in questo modo una struttura comune.

I termini "complesso" nella psicologia analitica e "schema" nella schema therapy definiscono un comportamento intersoggettivo riconducibile alla realizzazione, o mancata realizzazione, di bisogni umani sociali di base, soprattutto durante l’infanzia. Sia la psicologia analitica che la schema therapy con questi termini si riferiscono al modello delle coniazioni o dell’apprendimento nonché della memoria.

Il contributo propone che nella psicologia analitica, in modo analogo a quanto avviene per la schema therapy, venga effettuata una rappresentazione sistematica dei complessi e che questa venga sorretta dall’aspetto biologico degli archetipi, dei "pattern of behavior", il che significa assumere una prospettiva etologica.

L’inclusione nel presente lavoro della prospettiva evoluzionista, per il modello della disponibilità dei bisogni sociali umani di base nel comportamento intersoggettivo, porta inoltre a una rappresentazione dell’autoregolazione della psiche, un secondo principio di base della psicologia analitica.

Parole chiave: psicologia analitica, schema therapy, complesso, episodi del complesso, schema, comportamento archetipico

Die konzeptionellen Übereinstimmungen der Schematheorie nach Jeffrey Young und der Komplextheorie von C. G. Jung sind gross. Bereits 1999 erschien eine Arbeit, die die Kompatibilität der schemafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie mit dem kognitiven Ansatz in der Komplextheorie thematisierte (Tschudi 1999). Heisig (1999, S. 61–66) hat eine Gegenüberstellung der Schematheorie von Grawe und der Komplextheorie gemacht, und auch eine Recherche der Quellen zu Rate gezogen, die zeigt, dass Grawe seine „Theorie konzeptuell auf Zwilgmeyer (1981)“ stützt, „welcher wiederum sich auf die Archetypenlehre von Jung bezieht“. Nachdem in dieser Zeitschrift Meier (2012) bereits einen Vergleich von Konzepten der Analytischen Psychologie und der Schematherapie von Young vorgelegt hat, geht McMahon im vorliegenden Heft einen Schritt weiter. Sie beschreibt, wie die Entstehung und die Bewältigung von dysfunktionalen Beziehungsmustern in Märchen abgebildet und dadurch Ressourcen im therapeutischen Prozess erschlossen werden können. Dabei baut sie auf dem Bezug auf, den Roediger (2011) von der Schematherapie zur Analytischen Psychologie gemacht hat.

Um den Diskurs zwischen der schemafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie und der analytischen Therapie zu unterstützen, versucht dieser Diskussionsbeitrag eine vertiefte Klärung der sich entsprechenden Begriffe beizusteuern. Die folgenden Ausführungen beziehen sich dabei ausdrücklich nur auf den von der Schematherapie gegebenen Rahmen der sozialen Interaktionen.

Die Begriffe „Komplex“ in der Analytischen Psychologie (AP) und „Schema“ in der Schematherapie (ST) bezeichnen intersubjektives Verhalten, das auf die Erfüllung oder Nichterfüllung sozialer menschlicher Grundbedürfnisse vor allem in der Kindheit zurückgeführt wird. Damit sind die Beziehungspersonen, denen der Mensch im Verlaufe seines Lebens begegnet, an seinen persönlichen Komplexbildungen respektive Schemata beteiligt. Sowohl AP als auch ST beziehen sich damit auf das Modell der Prägungen oder des Lernens sowie des Gedächtnisses.

Dieser gemeinsame Bezug ist auch historisch bedingt, wie ein kurzer Exkurs zum verbindenden Teil der gemeinsamen Wurzeln von AP und ST zeigt.

Das Konzept der Komplexe stammt aus den Anfängen der experimentellen Psychologie. Es beruht auf Versuchen mit dem Assoziationsexperiment, das Wundt von Galton übernahm und weiterentwickelte. Von Kraepelin wurde es in die psychiatrische Forschung eingeführt. Unter Bleuler verwendeten Jung und Riklin an der psychiatrischen Klinik Burghölzli Zürich, in der Jung ein experimentelles Forschungslabor führte, dieses Assoziationsexperiment, um herauszufinden, ob Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen unterschiedliche Assoziationen haben. Die erste Publikation der „Diagnostischen Assoziationsstudien: Experimentelle Untersuchungen über Assoziationen Gesunder“ erschien 1904 (Jung, 1995).¹

Im Unterschied zu seinen Vorgängern, die in der Forschung mit dem Assoziationsexperiment Störungen beim Assoziieren nicht untersuchten, sondern diese auf äussere Faktoren zurückführten und als Fehler betrachteten, erregten gerade diese Fehler die Aufmerksamkeit Jungs. Sie auf innere Faktoren zurückführend, entwickelte er das Konzept der „affektbetonten Komplexe“. Ihre Entdeckung hat später auch zur Entstehung seiner Typologie der Introversion und Extraversion beigetragen. Diese Begriffe sind später in der akademischen Psychologie weiterentwickelt worden und gehören heute zum Standardmodell der Beschreibung von Persönlichkeitsmerkmalen (Big Five).

Während das Konzept der Komplexe sich aus Forschungsergebnissen der beginnenden experimentellen Psychologie in Europa ergab,² entwickelte sich die AP im weiteren Verlauf innerhalb des damals neuen Paradigmas des Unbewussten, wo der affektbetonte Komplex wegen seiner oft bestehenden Unbewusstheit ein grundlegendes Modell bildet. Die Praxis der analytischen Psychotherapie macht die Komplexe im intersubjektiven Geschehen sichtbar, sodass die therapeutische Beziehung dadurch im Zentrum steht. Übertragung und Gegenübertragung sind dadurch zentrale Forschungsgegenstände, wodurch die Komplexe als psychodynamische Einheiten wahrgenommen und entsprechend benannt werden, wie zum Beispiel Mutter-, Vater- oder Minderwertigkeitskomplex, um nur die zu erwähnen, die in den allgemeinen Sprachgebrauch übernommen wurden.

¹ Eine zusammenfassende Publikation mit Beiträgen u. a. von Bleuler erschien 1915 in zwei Bänden (Jung, 1915). Eine kurze Beschreibung über den Weg des Assoziationsexperimentes findet sich bei Kast (1980) und bei Graf-Nold (1999), über die Empirie in der AP hat Meier (1968) eine zusammenfassende Darstellung publiziert. Einen Nachweis bedeutungsgebundener emotionaler Reaktionen durch ein homogenes Kollektiv erbrachte Schlegel (1982).

² Die Gründung eines selbständigen Laboratoriums für C. G. Jung am Burghölzli wurde von der Fakultät abgelehnt (Hell, 2006) Eine Weiterführung der Experimente fand daher nicht statt.

Die Verhaltenstherapie hingegen hat ihre Wurzeln im Behaviorismus, der zu Beginn des 20. Jh. in Amerika entstanden ist. Die auf diesem Hintergrund in den 1990er Jahren entstandene Schematherapie hat allgemeine problembehaftete zwischenmenschliche Muster identifiziert, was zu einer Reihe von Themen führte, die als Schemata bezeichnet und zu Schemadomänen zusammengefasst werden.

Komplexe und Schemata

Beide Begriffe – „Komplexe“ wie „Schemata“ – und die dahinterstehenden Theorien versuchen dasselbe menschliche Verhalten zu beschreiben und zu erklären. Unterschiedlich erscheint allein – um eine Metapher zu verwenden – die Auflösung des „Mikroskops“, mit dem beide Ansätze ihren Gegenstand betrachten. Die Auflösung respektive Vergrößerung desjenigen der ST ermöglicht eine detailgenauere Betrachtung als die der Analytischen Psychologie, während letztere sich vor allem mit der Psychodynamik der Komplexe beschäftigt hat..

Wie sind die Befunde dieser beiden Vergrößerungsmaßstäbe zusammenzubringen?

Auf der Seite der AP ist Kast einen Schritt weitergegangen, indem sie das Mikroskop auf die Dimension der neuronalen Verarbeitungsprozesse eingestellt hat. Sie verbindet die sogenannten RIGs (representations of interactions that have been generalized) von Daniel Stern (1992), der seinerseits vom „Episodengedächtnis“ ausgeht, das Tulving (1972) als Erinnerung an reale Erlebnisse und Erfahrungen beschrieben hat, und nennt diese Gebilde „Komplexepisoden“ (Kast, 1998, S. 108–110). So ist es möglich, die Kongruenz der Begriffe der AP und ST genauer anzuschauen.

Unter Einbezug der Evolution des Verhaltens kann die Entstehung der Komplexepisoden folgendermassen beschrieben werden: Die evolutionären Bereitschaftsmuster sozialer Interaktionen, die die individuellen und kollektiven Grundbedürfnisse des Menschen abdecken, werden in individuellen Situationen durch die Mitmenschen erfüllt oder nicht erfüllt. Durch die so entstehenden einzelnen Erlebnisse bilden sich, wie Kast es beschreibt, mittels des Kriteriums „emotional zusammengehörend“ generalisierte Episoden, Gebilde von durchschnittlichen Erwartungen, die in späteren ähnlichen Situationen immer wieder aktiviert werden.

Wenn Komplexepisoden aktiviert worden sind, spricht die AP von „konstellierten Komplexen“ oder davon, „in den Komplex gefallen“ zu sein. Seitens der ST entspricht dieser Zustand den Schemamodi. Komplexe können nach Jung auch völlig autonom sein und steuern dann das Ich. Die ST bezeichnet dermassen stark aktivierte Schemamodi als dissoziiert (Tabelle 1).

Schematherapie (ST)	Analytischen Psychologie (AP)
Klassisch: ohne Einbezug der Komplexepisoden	
Schema	Komplex
Schemadomäne	Komplex
Erweiterung: mit Einbezug der Komplexepisoden	
Schemata	Komplexepisoden
Schemadomäne	Elternkomplexe
Erweiterung: durch den Einbezug des archetypischen Verhaltens	
Unbedingte Schemata	Komplexepisoden
Bedingte Schemata	Regulierendes archetypisches Verhalten (aV)
Weitere Übereinstimmungen	
Schemamodus	Konstellierter Komplex
Dissoziierter Schemamodus	Autonomer Komplex, Teilpersönlichkeit
Bewältigungs-Strategien	Abwehr-/Kompensations-Mechanismen

Tabelle 1: Übereinstimmung von Begriffen aus der Schematherapie mit denen der Analytischen Psychotherapie

Die Komplexepisoden sind mit den „bedingungslos gültigen Schemata“ der ST kongruent. Die ST hat 13 bedingungslose Schemata eruiert und hauptsächlich in drei Domänen eingeteilt:

- Abgetrenntheit und Ablehnung
- Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung
- Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen

Die ST hat auch bedingt gültige Schemata definiert und in zwei Domänen eingeteilt:

- Fremdbezogenheit
- übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit

Bedingt gültige Schemata stellen Bewältigungsstrategien auf Schemaebene dar, sie entstehen nach Young et al. (2008, S. 56) häufig durch den Versuch, sich von der Wirkung eines „bedingungslos gültigen Schemas“ zu befreien. Die Bewältigungsstrategien der Erduldung, der Vermeidung oder der (Über-)Kompensation in der ST werden von Roediger (2011) mit dysfunktionalen Ausformungen von beobachtbaren Reaktionsmustern in Konflikten bei Tieren verglichen und McMahon (2014) macht in diesem Zusammenhang eine Verbindung zur biologischen Auslegung der Archetypenlehre von C. G. Jung. Der jungsche Psychiater Stevens hat zusammen mit Price bereits 1996 psychopathologische Störungen evolutionsbiologisch interpretiert.

Die bedingt gültigen Schemata können demnach theoretisch auch anders begründet werden, indem die Evolution und die Selbstregulation der Psyche in die Modellbildung einbezogen werden. Mit dem Konzept der Archetypen hat Jung eine naturwissenschaftlich-evolutionäre Sicht auf das menschliche Verhalten eingenommen. Er hat die Archetypen als „Instinkte“ oder „patterns of behavior“ definiert. Zusammen mit seiner Beschreibung der Psyche als selbstregulierendes System können sie auch als „Sollwerte des Verhaltens“ aufgefasst werden (Schlegel und Kast 2009, S. 95), sie übernehmen damit eine regulierende Funktion in der sozialen Interaktion, wenn Grundbedürfnisse nicht erfüllt werden (Abb. 1).

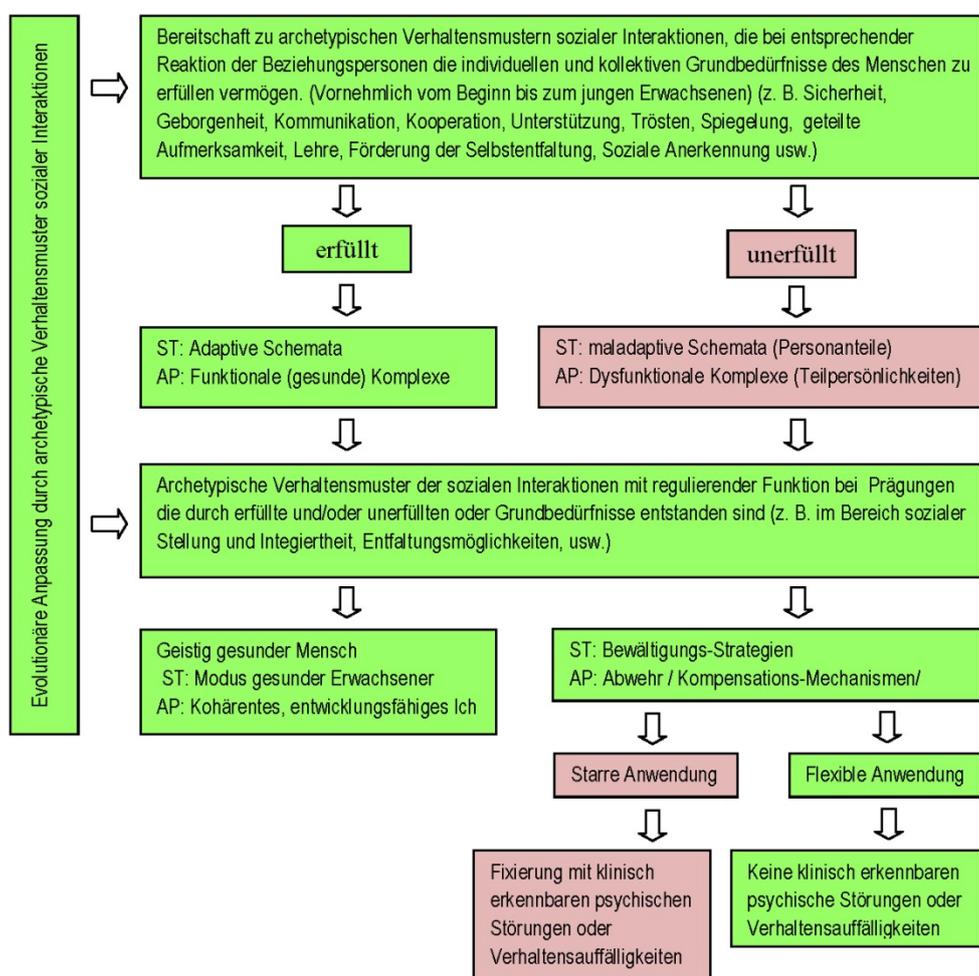


Fig. 1: Komplexe, Schemata und archetypische Verhaltensmuster

Das archetypische Verhalten zeigt sich auf zwei Ebenen:

Als archetypisch fundierte Bereitschaft für gesunde soziale Interaktionen. (oberstes Kästchen)

Als Reaktion auf unerfüllte Bedürfnisse, die es ermöglichen, sich in soziale Rollen einzufügen, sie aufrecht zu erhalten und aussichtslose Rangordnungs-Kämpfe zu vermeiden. Diese Stufe entspricht einem Selbstregulationsmechanismus auf Grund archetypischen Verhaltens, der die Chancen für das individuelle Überleben erhöht.

Der Begriff der Schemadomänen entspricht dem, was die AP als Komplexe bezeichnet. Es ist leicht zu sehen, dass sich die Themen einiger Domänen partiell in die Elternkomplexe der AP überführen lassen. Roesler (2010, S. 26) erwähnt, dass die Entstehung des Schemas „Verlassenheit und Instabilität“ mit „Erfahrungen von Verlassenheit und unsicheren Beziehungen zu Bezugspersonen in der Kindheit erklärt“ wird, und weiter: „Die Beschreibung dieses Schemas ist nahezu identisch mit dem, was die Analytische Psychologie als Mutterkomplex bezeichnet.“ Roesler unterscheidet dabei nicht zwischen „Schema“ und „Schemadomäne“, denn „Komplex“ und „Komplexepisode“ werden von ihm, wie oft in der Literatur der AP, auch nicht auseinander gehalten, obwohl die Rückführung auf die RIGs allgemeine Anerkennung gefunden hat. Seine Aussage ist trotzdem richtig, denn Komplex und Komplexepisode unterscheiden sich nur in der unterschiedlichen Perspektive auf das Objekt.

Im Beitrag von McMahon (2015) in diesem Heft erscheinen die „Komplexeepisoden“ zusammen mit den Schemata bereits im Titel, was mich veranlasst hat, den Unterschied von Komplexen und Komplexeepisoden genauer anzuschauen, zumal sie in ihrer Arbeit auch auf die in dieser Hinsicht offenen Fragen zum Begriff der Komplexeepisoden hinweist. In meiner Diskussion dieser Frage mit Verena Kast erklärte sie, dass sie mit der Verbindung zu den RIGs eine Bottom-up-Perspektive auf die Komplexe eingeführt habe. Die Differenzierung, die sich dadurch ergibt, ermöglicht es, in der vorliegenden Arbeit eine theoretisch begründete systematische Gegenüberstellung der Komplexe und Schemata vorzunehmen. In der Diskussion der psychodynamischen Sicht mit McMahon, warum sie eine Parallele zwischen den Komplexeepisoden und den Schemata zieht und sie alle Schemata der Domäne „Abgetrenntheit und Ablehnung“ mit dem negativen Mutterkomplex in Verbindung bringt, hat sich in meiner eher systemtheoretischen Perspektive herauskristallisiert, dass ein Komplex ein dynamisches Netzwerk verschiedener, miteinander interagierender Komplexeepisoden ist, was auch eine Bottom-up-Perspektive auf das Gebilde des Komplexes oder eine Vergrößerung bis ins Detail darstellt. Dieses Netzwerk stellt sich bildlich immer auch in den Auswertungen des Assoziationsexperimentes heraus, wenn die emotionalen Bedeutungen der Assoziationen miteinander in Zusammenhang gebracht werden. Auch im Zusammenhang mit den Komplexen, die Knox (2003) in Analogie mit den inneren Arbeitsmodellen der Bindungsforschung versteht, hat Bovensiepen (2006, S. 451) einen Vorschlag entwickelt, „Komplexe, die Jung als Teilpsyche versteht, als ein dissoziiertes Subnetzwerk aus der Netzwerk-Struktur der Psyche zu verstehen“. Im erwähnten Artikel gibt er auch eine vergleichende Übersicht zu Publikationen zur „Systemtheorie der Komplexe“.

Zusammenhang der Komplexeepisoden mit archetypischem Verhalten

Die phylogenetisch evolutionären Bereitschaftsmuster sozialer Interaktionen, die individuelle und kollektive Grundbedürfnisse des Menschen abdecken, entsprechen archetypischem Verhalten, die sich ontogenetisch, d. h. entwicklungspsychologisch im Biotop des sozialen kulturellen Kontextes individuell unterschiedlich ausformen.

Die zugrunde liegenden Mechanismen der bedingt gültigen Schemata entsprechen den regulierenden evolutionären Anpassungen, die eine mehr oder weniger genügend befriedigende Interaktion im sozialen Kontext ermöglichen, sollten soziale Grundbedürfnisse des Individuums befriedigt oder nicht befriedigt worden sein. Sie sind eigentliche Überlebensmechanismen, die im Kollektiv auch eine stabile soziale Ordnung garantieren. Es sind die allbekannten Mechanismen, im Zusammenhang mit Rangordnungen, die sich auch bei anderen Säugetieren beobachten lassen, wie Dominanzverhalten, Kooperation zur Erhaltung der Macht oder Verbesserung der sozialen Stellung, Imponierverhalten, Erduldung, Subordination, Unterwerfung, Vermeidung, Kompensation (Abb. 1)

Allgemein ist zu bemerken dass diese Regelmechanismen nur funktional sind, wenn es nicht zu einer Fixierung kommt. Ein starrer Ablauf bedeutet, dass keine situationsadäquate Regelung erfolgt. ST als auch AP gehen davon aus, dass Bewältigungsstrategien oder Abwehr- und Kompensationsmechanismen zur Bewältigung unerfüllter Grundbedürfnisse dienen. Kommt es jedoch zu einer Fixierung dieser Mechanismen, so gehen beide Richtungen davon aus, dass dies zu psychischen Störungen oder zu Verhaltensauffälligkeiten führt (McMahon 2014).

Diskussion

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die auffallende Übereinstimmung der Komplextheorie und der Schematherapie durch die angenäherte Sichtweise auf das Objekt, nämlich das intersubjektive Verhalten als Reaktion auf die Erfüllung oder Nichterfüllung sozialer menschlicher Grundbedürfnisse, erklärt werden muss.

Das Konzept der Komplexe entstand am Anfang des 20. Jahrhunderts in einem medizinisch-naturwissenschaftlichen Paradigma innerhalb der Psychiatrie mittels des Assoziationsexperimentes. C. G. Jung

fürte diagnostische Untersuchungen des Denkens bei unterschiedlichen Gruppen von psychischen Erkrankungen durch, die zur Entdeckung der Komplexe geführt haben. Auch das Konzept der Schematherapie entstand im klinischen Kontext. Es zählt zur dritten Welle der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapien, welche die kognitiven Therapien um Konzepte humanistischer und psychodynamischer Therapien erweitert. Bei den Konzepten der letzteren handelt es sich um Abwehrmechanismen und die Bindungstheorie. Mit der Bindungstheorie überschneidet sich die Psychoanalyse mit der Ethologie. Für die psychodynamischen Therapien ist es positiv, dass eine kognitiv-behaviorale Therapieform mit den Schemata die Komplexe bestätigt, und umgekehrt bestätigen hundert Jahre psychotherapeutische Praxis mit dem Konzept der Komplexe das Konzept der Schemata.

Um das gegenseitige Verständnis zu fördern, hat die vorliegende Arbeit eine theoretisch begründete systematische und gegenseitige Zuordnung der Begriffe im Bereich der Komplexe und Schemata vorgenommen. Inhaltlich lassen sich die Komplexe vermutlich nicht eins zu eins in die bestehenden Schemadomänen übersetzen. Dasselbe gilt für die Komplexepisoden und die Schemata. Die Schemata sind systematisch und detailliert auf Grund phänomenologischer Beobachtungen aufgefächert. Es wäre wünschenswert, dass die AP bezüglich der Komplexepisoden, auf eigenem Hintergrund, ebenfalls eine Systematik erarbeitete. Wegen der Verbindung der Komplexe mit den Archetypen liegt es auf der Hand, einer solchen Systematik archetypisches Verhalten zu unterlegen. Eine Quelle hierbei ist ohne Zweifel die Ethologie, wie Schlegel (2013) für die Evolution der Empathie dargelegt hat, denn „der soziale Kontext spielt auch für das evolutionsbiologische Verständnis der Manifestation psychischer Störungen eine wichtige Rolle“ (Brüne & Ribbert, 2002, S. 4-11). Bezüglich des dysfunktionalen Verhaltens kann eine solche Systematik auf die Evolutionäre Psychiatrie zurückgreifen, denn „evolutionspsychiatrisch werden psychopathologische Störungen phylogenetisch interpretiert“ (Schott & Tölle, 2006, S. 216). Im Bereich der AP stammen entsprechende Arbeiten von Stevens und Price (1996). In Verbindung mit neuen Erkenntnissen der Ethologie ist ein Rückgriff auf die Evolutionspsychiatrie durchaus vielversprechend.

Was kann die Schematherapie von der Analytischen Psychologie profitieren? Als Vertreter einer psychodynamischen Richtung steht es mir nicht zu, Ratschläge zu erteilen, allerdings lässt sich feststellen: „Hinsichtlich der Erkenntnisse der Analytischen Psychologie, was das intersubjektive Feld der Komplexe von Projektion, Konstellation, Übertragung und Gegenübertragung betrifft, ist bei den Schematherapeuten eine vorsichtige Öffnung zu beobachten (Jacob, 2011)“ (Meier 2012, S. 45). Die fruchtbarste Form des Austausches wären Intervisionen mit Vertreterinnen und Vertretern beider Richtungen, aus denen heraus auch gemeinsam neue Erkenntnisse formuliert werden könnten.

Autor

Mario Schlegel, Dr. sc. nat., schloss sein Biologiestudium an der Universität Zürich im Hauptfach Anthropologie ab. An der ETH Zürich doktorierte er in Verhaltenswissenschaften über psychophysiologische Reaktionen beim Wort-Assoziationstest. Ausbildung zum Psychotherapeuten am C.-G.-Jung-Institut Zürich, wo er heute als Dozent und Lehranalytiker tätig ist. Psychotherapeut in eigener Praxis, Leiter der Wissenschaftskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie und Mitbegründer der Zeitschrift „Psychotherapie-Wissenschaft“. Autor und Herausgeber diverser Publikationen im Bereich der Psychotherapie. Gegenwärtiger Arbeitsschwerpunkt: Dialog zwischen den Psychotherapieschulen und die Unterstützung evolutionären und ethologischen Denkens in die Psychotherapie.

Korrespondenz

E-Mail: mario.schlegel@bluewin.ch

Literatur

- Bleuler, E. (1915). Bewusstsein und Assoziation. In: Jung, C. G. (Hrsg.), Diagnostische Assoziationsstudien: Beiträge zur experimentellen Psychopathologie, Bd. I. (S. 229–257). Leipzig: Johann Ambros Barth.
- Bovensiepen, G. (2006). Attachment-dissociation network: some thoughts about a modern complex theory. *Journal of Analytical Psychology*, 51, 451–466.
- Brüne, M., & Ribbert, H. (2002). Grundsätzliches zur Konzeption einer evolutionären Psychiatrie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 153, 4–11. <http://www.sanp.ch/docs/2002/2002-01/2002-01-054.pdf>
- Graf-Nold, A. (1999). Eugen Bleuler und die Begegnung von Psychiatrie, Psychologie und Psychoanalyse. In: Lück, H., & Miller, R. (Hrsg.), *Illustrierte Geschichte der Psychologie*, 2. Aufl. (S. 145–157). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Heisig, D. (1999). Wandlungsprozesse durch die therapeutische Beziehung: die Konstellation und Neuorganisation von Komplexmustern. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Hell, D. (2006). Die verlorene Seele in Psychologie und Psychiatrie. In: Mattanza, G., Meier, I., & Schlegel, M. (Hrsg.), *Seele und Forschung* (S. 1–11). Basel: Karger.
- Jacob, G. A. (2011). Was ist innovativ an der Schematherapie? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59, 179–186.
- Jung, C. G. (Hrsg) (1915). *Diagnostische Assoziationsstudien: Beiträge zur experimentellen Psychopathologie*, Bd. I & II. Leipzig: Johann Ambros Barth.
- Jung, C. G. (1995). Experimentelle Untersuchungen über Assoziationen Gesunder. Mit Franz Riklin. In: Jung, C. G., *Experimentelle Untersuchungen* (S. 13–500, Gesammelte Werke, Bd. 2). Solothurn: Walter.
- Kast, V. (1980). *Das Assoziationsexperiment in der therapeutischen Praxis*. Fellbach-Oeffingen: Bonz.
- Kast, V. (1998). *Abschied von der Opferrolle*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Knox, J. (2003). *Archetype, attachment, analysis: Jungian psychology and the emergent mind*. London: Routledge.
- McMahon, P. (2014). *Die Komplextheorie nach Carl Gustav Jung und das Schemamodell nach Jeffrey Young*. Unveröffentlichte Thesis am C.-G.-Jung-Institut, Zürich Küsnacht.
- McMahon, P. (2015). Märchen als Ressource bei maladaptiven Schemata und pathogenen Komplexepisoden. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 4, 67-78
- Meier, C.A. (1968). *Die Empirie des Unbewussten, mit besonderer Berücksichtigung des Assoziationsexperimentes von C.G. Jung*. Rascher Verlag Zürich und Stuttgart
- Meier, I. (2012). Komplexe und Schemata: ein Vergleich von Konzepten der Analytischen Psychologie nach C.G. Jung und der Schematherapie nach Jeffrey Young. *Psychotherapie-Wissenschaft* 2(2), 40–47.
- Roediger, E. (2011). *Praxis der Schematherapie*, 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Roesler, C. (2010). *Analytische Psychologie heute*. Basel: Karger.
- Schlegel, M. (2013). Die Evolution der Empathie. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 3, 90–102.
- Schlegel, M., & Kast, V. (2009). Der Emotionsbegriff in der Jungschen Psychotherapie. In: Schönbächler, G., & Schulthess, P. (Hrsg.), *Der Emotionsbegriff in den psychotherapeutischen Schulen* (S. 86–97, Collegium Helveticum, Heft 6). Zürich: Collegium Helveticum.
- Schlegel, M., & Zeier, H. (1982). Psychophysiologische Aspekte des Assoziationsexperiments und Normdaten zu einer Reizwörterliste. *Analytische Psychologie*, 13, 75–92.
- Schott, H., & Tölle, R. (2006). *Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: Beck.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stevens, A., & Price, J. (1996). *Evolutionary psychiatry: a new beginning*. Routledge: London.
- Tschudi, L. (1999). Der kognitive Ansatz in der Komplextheorie von C. G. Jung und seine Bedeutung für die Psychotherapie. *Analytische Psychologie*, 30, 42–57.
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In: Tulving, E., & Donaldson, W. (Hrsg.), *Organization of memory*. New York: Academic Press.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2008). *Schematherapie*, 2. Aufl. Paderborn: Junfermann.
- Zwilmeyer, F. (1981). *Stufen des Ich: Bewusstseinsentwicklung der Menschheit in Gesellschaft und Kultur*. Fellbach: Bonz.

Article inédit - Synthèse

Mario Schlegel

Complexes et schémas: Points communs conceptuels de la psychologie analytique et de la schémathérapie

Contribution à la discussion concernant l'article de McMahon

Les concordances conceptuelles de la schémathéorie selon Jeffrey Young et de la théorie des complexes de C.G. Jung sont grandes. Afin de promouvoir ce rapprochement, le présent travail a procédé à un classement horizontal différencié et systématique des notions dans le domaine des complexes et des schémas et propose ainsi une structure commune pour une meilleure compréhension. (Tableau 1)

Les notions de « complexe » en psychologie analytique et de « schéma » en schémathérapie désignent un comportement intersubjectif qui trouve son origine dans la satisfaction ou la non satisfaction, notamment pendant l'enfance, des besoins sociaux élémentaires de l'être humain. Aussi bien la psychologie analytique que la schémathérapie se réfèrent ainsi à l'imprégnation ou l'apprentissage ainsi qu'à la mémoire.

Le concept des complexes a été développé au début du XX^e siècle dans un paradigme du domaine de la médecine et des sciences naturelles relevant de la psychiatrie. Grâce à l'expérience des associations, des examens diagnostiques de la pensée ont été effectués sur différents groupes de maladies psychiques, qui ont mené à la découverte des complexes. Le concept de la schémathérapie est, lui aussi, issu d'un contexte clinique. Il relève de la troisième vague des psychothérapies cognitivo-comportementales, au sein de laquelle les thérapies cognitives ont été élargies pour inclure des aspects humanistes et psychodynamiques. Les thérapies psychodynamiques ont bénéficié du fait qu'une forme cognitive et comportementale de ces dernières a aidé à démontrer la notion de complexe en lui ajoutant celle de schéma ; à l'inverse, dans le cadre de cent ans de pratique psychothérapeutique, le concept de complexe est une confirmation du concept de schéma.

En vue de promouvoir une meilleure compréhension, dans le présent travail nous avons systématiquement classé sur des bases théoriques les concepts relevant des complexes et des schémas, les situant les uns par rapport aux autres.

Les schémas sont répartis de manière systématique et détaillée sur la base d'observations phénoménologiques. Il serait souhaitable que la psychologie analytique élabore aussi une systématique en ce qui concerne les complexes, sur des bases qui lui sont propres. En raison du lien entre les complexes et les archétypes, il serait logique de construire une telle systématique fondée sur les comportements archétypiques. Pour cela, l'éthologie peut sans doute servir de source. En relation avec les découvertes récentes en éthologie, un recours à la psychiatrie évolutionniste pourrait également être intéressant.

L'inclusion de la perspective évolutionnaire sur le plan des disponibilités des besoins humains élémentaires humains et sociaux réalisée dans le présent travail aboutit en outre à une représentation de l'autorégulation de la psyché (III. 1), qui repose sur deux principes de base de la psychologie analytique, les archétypes en tant que « pattern of behaviour » et l'autorégulation de la psyché.

Mots-clés : Psychologie analytique, schémathérapie, complexe, épisodes des complexes, schémas, comportement archétypique

Originalarbeit

Eva Jaeggi

„Weil Frauen ja so emotional sind ...“: die Feminisierung eines Berufes – Psychotherapeutin¹

Zusammenfassung: Ausgehend von der Tatsache, dass immer weniger Männer den Beruf des Psychotherapeuten wählen, werden Überlegungen über die Ursachen und Konsequenzen dieser Tatsache angestellt. Da es wenig „harte“ Daten dazu gibt, lassen sich vor allem Hypothesen aufstellen. Sowohl biologische als auch soziologische und Gender-Aspekte werden dabei erörtert. Diese Aspekte können in Hinblick sowohl auf die Motive zur Berufswahl als auch auf die möglichen Folgen der Feminisierung des Berufes herangezogen werden.

Schlüsselwörter: Gender-Problematik, Anerkennung des Therapeutenberufes, Vergleich von Therapieschulen, Weltbilder von Therapeuten, Patient(in)-Therapeut(in)-Dyade, therapeutische Gesellschaft

“It’s because women are so emotional ...”: the feminizing of psychotherapist

Abstract: On the basis of the fact that fewer and fewer men are choosing psychotherapy as a profession, consideration has been given to the causes and consequences of this fact. As there is very little “hard” data, we can only hypothesize as to the reasons. Both biological and sociological and gender aspects are considered. These aspects can be used with a view to establishing the motives behind a career choice and in addition looking into the possible consequences of the feminizing of this profession.

Keywords: Gender problematic, recognition of the profession of therapist, comparison between therapy schools, therapists’ world view, female patient–female therapist dyad, therapeutic community

"Perché le donne sono così emozionali...": La femminilizzazione di una professione: la psicoterapeuta

Riassunto: Partendo dal dato di fatto che sempre meno uomini scelgono la professione di psicoterapeuta, vengono svolte riflessioni sulle cause e le conseguenze di questo fenomeno. Poiché in merito esistono pochi dati certi, è soprattutto possibile fare delle ipotesi. Vengono discussi sia aspetti biologici che sociologici nonché tematiche legate al gender. Questi aspetti possono essere utilizzati come argomenti per spiegare sia i motivi della scelta professionale sia le possibili conseguenze della femminilizzazione della professione.

Parole chiave: problematica del gender; riconoscimento della professione di terapeuta; confronto tra scuole di terapia; concezione del mondo di terapeuti; diade paziente-terapeuta; società terapeutica

Die kontinuierliche Steigerung der Frauenquote in unserem Beruf – Psychotherapie – stimmt uns, im Gegensatz zu anderen Steigerungen von Frauenquoten, etwas bedenklich. Warum wollen die Männer nicht mehr so oft in diesen Beruf einsteigen wie die Frauen?

Laut Statistik der Psychotherapeutenkammer Berlin wählen diesen Beruf immer weniger Männer. Unter den 50- bis 70-Jährigen gibt es noch ca. 33 % Männer, die 40- bis 50-jährigen Männer sind nur mehr mit 25 % vertreten und bei den 30- bis 40-Jährigen sind es nur noch 15 %.

Bei den ärztlichen Psychotherapeuten sind insgesamt 64 % weiblich, also 36 % Männer. Nimmt man die Gruppe der Ärzte insgesamt, dann beträgt die Anzahl der Frauen aber nur 34 %.

Die Überlegungen rund um diese Fakten werden unter den folgenden drei Gesichtspunkten diskutiert.

Was bedeutet der steigende Frauenanteil für die Berufswahl, das heißt: Warum wählen Männer so viel seltener als Frauen diesen Beruf?

Was bedeutet das für den therapeutischen Prozess? Darunter fallen die folgenden Fragen. Sind Männer als Therapeuten besser oder schlechter als Frauen? Ist die Geschlechtszugehörigkeit für besondere Gruppen von Patienten wichtig? Gibt es „männliche“ und „weibliche“ Therapierichtungen?

Was bedeutet diese ungleiche Geschlechterverteilung im gesellschaftlichem Sinn, wenn ein Beruf das Image des „Weiblichen“ trägt?

Zu all diesen Fragen kann man fast nur verschiedene hypothetische Überlegungen anstellen, so wie sie aus der (eher spärlichen) Literatur bekannt sind oder wie ich persönlich sie mir aus eigenen Erfahrungen heraus mache. Es gibt fast keine harten Fakten, mein Vortrag ist also nur als Denkanstoß gedacht und als eine Richtung in der man weiterfragen – evtl. auch-forschen könnte.

¹ Vortrag, gehalten am Landespsychotherapeutentag Berlin am 9. März 2013

Warum wählen so viel mehr Frauen als Männer diesen Beruf?

Als mögliche Ursachen könnte man biologische Argumente, Argumente der Gender-Forschung und professionsspezifische Argumente anführen.

Biologische Argumente: Frauen sind von der Venus

Einige Aussagen der Biologen, speziell der Neuropsychologen, sprechen dafür, dass auch biologische Anteile wichtig sind dafür, dass Frauen so viel häufiger Berufe im Heil- oder Erziehungssektor ergreifen, vor allem dann, wenn er sowohl gefühlsmäßige als auch vorwiegend verbale Anteile hat.

So erläutert der Physiologe Manfred Spreng (2008), gestützt auf sehr viel Literatur, eine Reihe von Differenzen zwischen Männern und Frauen bezüglich der Größe und Anzahl der Neuronen im Zwischenhirn (bei Männern mehr als bei Frauen) und gibt damit einen Ton an, der sich in vielen Veröffentlichungen von Biologen finden lässt. Mit diesen Unterschieden im Zwischenhirn wird nämlich verbunden eine unterschiedliche Schlafform bei Männern und Frauen: Frauen haben weniger Tiefschlafphasen als Männer, sind stör anfälliger, womit sich die Neigung zu depressiven Verstimmungen erklären könnte. Die unterschiedliche Größe der Amygdala (des Angstzentrums) verbindet er mit dem häufigeren Auftreten von Angsterkrankungen bei Frauen sowie der Tatsache, dass sie bei emotional erregenden Situationen sich noch lange an Details erinnern. Das alles, so könnte man meinen, disponiert zu mehr Bereitschaft, anderen in ähnlichen Situationen beizustehen.

Besonders wichtig in Hinblick auf die „typisch weiblichen“ Berufe sind die behaupteten Unterschiede in Bezug auf die Sprache: Schon sehr junge weibliche Babys weisen beim Anhören von Gesprächslauten in der linken Hirnhälfte mehr Aktivität auf als in der rechten. Schon im Alter zwischen 48 und 80 Stunden, so Spreng in seinem zusammenfassenden Referat, weisen weibliche Neugeborene mehr Verhaltensantworten auf die menschliche Stimme auf als gleichaltrige Jungen.

Bei Frauen ist eine um 23 % stärkere Verbindung zwischen beiden Hirnhälften gegeben, was mit der höheren verbalen Gewandtheit der Frauen in Zusammenhang gebracht wird. Bei Frauen ist also beim Sprechen das gesamte Gehirn beteiligt, bei Männern nur die linke Hirnhälfte. Schon bald nach der Geburt können weibliche Säuglinge besser im Gesicht der Mutter „lesen“ und den Tonfall ihrer Stimme erkennen. Die „Schaltkreise für zwischenmenschliche und verbale Kommunikation seien im Gehirn von Frauen von Natur aus fester verdrahtet als bei Männern. In der Pubertät aktiviert das viele Östrogen im Gehirn eines Mädchens das Oxytocin und spezifische weibliche Schaltkreise, insbesondere solche, welche die Fähigkeit, sich mit anderen zu unterhalten, steuern.“ (Spreng, 2008, S. 14)

Auch das höhere Maß an Empathie bei Frauen wird an der Gehirnverschaltung festgemacht.

Von Hyde (1988) wird die höhere Flexibilität im sprachlichen Bereich bei den Frauen hervorgehoben, sowie die schnellere Aggressionsbereitschaft der Männer. Beides wird auf Besonderheiten der Strukturen im Gehirn zurückgeführt. Mehl et al. (2007) wiederum sagen, dass Frauen nicht mehr sprechen als Männer, allerdings seien die Inhalte anders.

Auch das unterschiedliche Spielverhalten von Jungen und Mädchen wurde immer wieder als Beweis für die natürlich-biologische Unterschiedlichkeit herangezogen (Maccoby, 2000).

Dies sind nur Ausschnitte aus einer sehr viel größeren Literatur. Die Diskussionsrichtung ist klar. Nicht immer ist es für Nicht-Physiologen leicht, die Stimmigkeit und Validität von Aussagen zu überprüfen.

Eines aber scheint nach diesen Forschungsbefunden verständlich: dass Frauen Berufe bevorzugen, in denen die Sprache eine wichtige Rolle spielt, Berufe, in denen Einfühlung und emotionales Verständnis verlangt werden. Es scheint, dieser Sachlage nach, von der Biologie der Frau her, die Berufswahl Psychotherapie erleichtert.

Argumente der Gender-Forschung: Frauen gibt es gar nicht.

Natürlich gibt es gegen solch eindeutige (und besonders oft von sehr konservativen Kreisen getragene) biologische Geschlechtszuordnungen sehr viele Einwendungen. Da es sich bei vielen Aussagen um statistische, oft nicht sehr deutliche Zusammenhänge handelt, muss man natürlich davon ausgehen, dass es eine gewisse Schnittmenge gibt zwischen den Eigenschaften und Eigentümlichkeiten von Männern und Frauen. Das heißt also, dass es Männer mit oft als „weiblich“ assoziierten Fähigkeiten gibt und Frauen, die eher „männlich“ auftreten.

Von solchen Befunden ausgehend hat sich bekanntlich die sogenannte Gender-Problematik entwickelt, also die Überlegungen, die die soziale Konstruktion der Geschlechter hervorheben.

Die großen Forschungen und Überlegungen zur Gender-Problematik weisen uns also darauf hin, dass kulturelle und soziale Zuschreibungen ungleich gewichtiger sind als die Biologie. Einen umfassenden Überblick über das

Thema in Bezug auf den Beruf des Psychotherapeuten (der -therapeutin) fasst die österreichische Psychotherapeutin Brigitte Schigl (2012, 2014) zusammen.

Ausgehend von den Veteraninnen der Frauenbewegung Luce Irigaray und Simone de Beauvoir und der modernen Gender-Spezialistin Judith Butler zeigt sie in einer umfassenden Arbeit auf, wie schwer es ist, den Geschlechterschemata zu entgehen und wie vorsichtig Therapeut(inn)en sein müssen, weil sie selbst bei ihren Patient(inn)en immer wieder Zielsetzungen in Richtung gendermäßig orientierter Vorstellungen anstreben. Sie hat daher eine Art Manual für „Genderkompetenz“ entwickelt, mittels dessen sich Therapeuten selbst fragen können, welchen Stereotypen sie folgen, wenn sie ihre Patient(inn)en beurteilen.

Die häufige Berufswahl Psychotherapie durch Frauen, so kann man diesen Befunden nach schlussfolgern, hat vor allem mit den Zuschreibungen zu tun. Frauen werden von klein auf dazu erzogen, sich weniger aggressiv zu verhalten, nicht zu konkurrieren, Emotionen zuzulassen und sich mit Beziehungen zu beschäftigen. In diese Richtung werden auch ihre Interessen gelenkt, während die Zuschreibungen für Jungen und Männer eher in Richtung auf Funktionen, Konkurrieren und Aktivität hinweisen. Für diese Interessen ist im Beruf des Psychotherapeuten nicht sehr viel Platz.

Professionsspezifische Argumente: das ist eines Mannes nicht würdig

Eine andere Erklärung weist in institutionelle Richtung. Das Einkommen von Psychotherapeuten bewegt sich nicht in Höhen, die ein großes und luxuriöses Leben versprechen. Besonders deutlich wird dies in den ärztlichen Fachgruppen: Psychotherapeuten rangieren (zusammen mit den Hausärzten) auf der unteren Einkommensskala, was vermutlich auch ihr Prestige berührt. Ein mir bekannter ärztlicher Psychoanalytiker erzählte vom Erstaunen eines Studienkollegen, den er nach langer Zeit getroffen hatte. Er sei Psychoanalytiker geworden? „Aber Du warst doch sooo gut im Studium.“

Ein weiteres Kennzeichen des Berufes ist die relativ geringe Möglichkeit zum Aufstieg. Aufstieg im Beruf scheint eher für Männer als für Frauen identitätsstiftend und den Selbstwert steigernd zu sein. Das aber gibt der Beruf des Psychotherapeuten nicht her; man hat wenig Aufstiegschancen. Die höchste Ehre besteht meist schon darin, Lehrtherapeut und Supervisor zu werden – in den Augen „ernsthafter“ Alpha-Tiere ist das natürlich nichts Besonderes. Professorenstellen für Psychotherapeuten gibt es selten; es ist also kein Feld für das männliche Konkurrenzstreben vorhanden. Typischer Weise ist daher auch in der Sparte, die ein wenig mehr Prestige verspricht – Veröffentlichungen in Fachzeitschriften –, die Männerwelt dominant. In den 283 Artikeln der Zeitschrift „Psyche“ aus den Jahren 2000 bis 2012 fand ich 30,7 % von Frauen und 67,5 % von Männern geschriebene Artikel. Obwohl so viel mehr Frauen als Männer als Psychotherapeut(inn)en arbeiten: bei den Veröffentlichungen sind die Männer vorne.

Wir kennen die Statistiken, die uns zeigen, dass Frauen zwar heutzutage häufiger als Männer Abitur machen und studieren, dass aber die Männer noch immer die besseren Aufstiegschancen haben. Je höher das berufliche Niveau, gemessen an Einkommen, Einfluss und Prestige, desto weniger Frauen. Dies liegt einerseits an überkommenen gesellschaftlichen Vorstellungen, andererseits aber auch an den Eigenarten von Frauen, die auch dann, wenn sich ihnen Chancen bieten könnten, oft nicht aufstiegskonformes Verhalten zeigen. Der Bereich Konkurrenz erscheint vielen Frauen als gefährlich, sie erleben sich, wenn sie konkurrieren, als „gefährlich aggressiv“ und fürchten viel mehr als Männer mit Liebesentzug bestraft zu werden. (Edding, 2002; Möller & Müller-Kalkstein 2014)

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen ist, dass der Beruf familienfreundlich ist. Die noch immer von Frauen häufiger ausgeführte Doppelrolle in Beruf und Familie ist sehr viel besser zu gestalten, wenn man in eigener Praxis arbeitet.

Obwohl das Männerbild gerade im Mittelstand sich gewandelt hat – der Baby wickelnde Softie erscheint oft sogar als ein Ideal –, scheint all das nicht dahin zu führen, dass Männer den Beruf des Psychotherapeuten häufiger wählen als früher, im Gegenteil: Gerade die Kinder- und Jugendtherapie-Ausbildung wird besonders selten von Männern gewählt.

Es ist also sehr schwer zu gewichten, was die Ursache für die geringe Attraktivität des Psychotherapeutenberufes für Männer ist: Biologie? Gender? Geringer Verdienst und Prestige? Schwer zu sagen. Wahrscheinlich all dies zusammen.

Wie wirkt sich die Frauendomäne in der Therapie aus?

Wir wissen, dass, unabhängig von Therapieschulen, in der therapeutischen Beziehung die Identifikation mit dem Therapeuten, der Therapeutin eine große Rolle spielt. In der Auseinandersetzung mit dem, was Therapeuten meinen, klären, deuten oder vorschlagen, wird langsam das Bild des Therapeuten immer lebendiger, seine Worte hallen nach, die Interaktionen gewinnen mehr und mehr an Bedeutung. Die Person als Mann, als Frau wird ins

Innere genommen, zumindest in Teilen. Immer, so kann man vermuten, ist diese Person hoch emotional besetzt, aber sicher ist es dabei auch wichtig, ob es sich um einen Mann oder um eine Frau handelt – ob sie (er) alt oder jung ist, schön oder hässlich usw.

Gibt es so etwas wie „männliche“ und „weibliche“ Therapien?

Welche Konsequenzen kann die Feminisierung also für den therapeutischen Prozess haben?

Da ich keine harten Fakten habe und es auch so gut wie keine darüber gibt, kann ich hierzu nur Hypothesen aufstellen. Es scheint aber nur Hypothesen im Sinne von „Meinungen“ zu geben. Ich stelle einige Meinungen zur Disposition (Sellschopp, 2006; Sellschopp-Rüpell & Dinger-Broda, 2000).

Gängige Meinung auch für verwandte Berufe (Lehrerin, Erzieherin, Sozialarbeiterin) ist, dass es durch diese Feminisierung zu wenig männliche Vorbilder (Identifikationsobjekte) für Patienten (zu Erziehende) gibt. Ich spreche im Weiteren nur mehr von Patienten, obwohl manche der Argumentationen eben auch für andere Berufe gelten.

Für männliche Patienten könnte das Folgendes bedeuten: Gerade Patienten, die ihrer Rolle als Mann unsicher gegenüberstehen (aus welchen Gründen auch immer), finden keine Figur, die ihnen gerade in dieser Position ein Vorbild sein könnte. Dabei ist insbesondere zu bedenken, dass sie die „weichen“ Seiten ihres Wesens, die ein traditionelles Männerbild noch immer einseitig behandelt, nicht wirklich einprägsam entdecken können. Ein Mann zu sein, der auch subtile Seelenregungen zulässt und versteht – also der männliche Therapeut –, könnte ein Vorbild sein dafür, sich besser mit den eigenen Seelenregungen (Beziehungsformen) zu befassen. Andererseits aber – auch das eine manchmal gehörte Meinung – kann die Angst des Mannes vor Homosexualität (und damit verbunden die „weibliche“ Seite) eine produktive Auseinandersetzung mit der Männlichkeit verhindern, wenn ein Mann für einen Mann der Therapeut ist. Das Gegenteil kann natürlich auch der Fall sein: Endlich eine konstruktive Auseinandersetzung mit den als „weiblich“ zugeschriebenen Seiten.

Wenn wir die Beziehung eines männlichen Patienten mit einem männlichen Therapeuten als Übertragungsgeschehen ansehen, dann scheint es auch oft von Vorteil, wenn sich die Beziehungsformen, die mit dem eigenen Vater wichtig und prägend waren, wiederholen und neu bearbeiten lassen. Diese Überlegung entspricht zwar nur in sehr grober Form den doch meist recht subtilen tiefenpsychologischen Gedanken zu Interaktionswiederholungen in der Therapie, aber als „Meinung“ hört man solche Überlegungen öfters.

Wenn wir die Kombination einer weiblichen Patientin mit männlichem Therapeuten ins Auge fassen, dann kann eine selten ganz fehlende erotische Attraktion der Patientin dazu helfen, leichter ins therapeutische Geschehen einzusteigen, sich williger zu öffnen, die nie ganz auszuschaltenden Anteile des „Flirtens“ können vom Therapeuten, wenn er es denn versteht, ausgenutzt werden, um das therapeutische Feuer kontinuierlich am Glöhen zu halten. Dass dies einige Gefahren mit sich bringen kann, ist klar. Es kann natürlich vom männlichen Therapeuten gröblichst missbraucht werden, was ab und zu auch geschieht. Es ist deshalb nicht verwunderlich, wenn in einer neueren Studie zu den „Risiken“ von Therapie (Leitner et al., 2014) gerade die Dyade von weiblicher Patientin und männlichem Therapeuten von den befragten Patientinnen als „risikoreicher“ angesehen wird als andere Kombinationen.

Natürlich kann auch in dieser Übertragungskonstellation die Beziehung zum Vater wiederbelebt werden. Wenn Sexualisieren auch von Seiten des Therapeuten vermieden wird, kann die erotische Komponente durchaus fruchtbar werden, bleibt es allerdings bei einer Idealisierung, dann ist die Entwicklung der Frau unter Umständen gefährdet, es droht bei kindlicher Unterwerfung zu bleiben.

Die Problematik des hohen Anteils an Frauen im Beruf der Psychotherapeuten kann man also von allen 4 möglichen Konstellationen auf ihre therapeutische Wirkmöglichkeit hin analysieren.

Wichtig dabei ist, dass es kaum harte Fakten gibt. Untersuchungen, die sich auf das Geschlechterverhältnis beziehen, sind selten, oft handelt es sich um viel zu kleine Fallzahlen. Es überwiegen Eindrücke und Meinungen. Ich mag etwas übersehen haben: aber in der „Psyche“, die ja die jeweils vorhandenen Tendenzen in der Psychoanalyse immer zeitnah aufgreift, finden sich in den letzten 12 Jahren keine Artikel, die auf die Frage des Geschlechts im therapeutischen Prozess explizit eingehen, ebenso nicht im „Forum der Psychoanalyse“. Im Sammelband von Senf und Broda (2000) über Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und Psychoanalyse sowie im Sammelband „Wir“ (Kernberg et al., 2006) gibt es zwar Artikel über die geschlechtsspezifischen Konstellationen sowohl in der Verhaltenstherapie als auch in der Psychoanalyse, aber auch dort wird darauf hingewiesen, wie dünn die Datenlage ist, weshalb auch dort Meinungen und Vermutungen dominieren.

Eines der wenigen Ergebnisse, die „handfest“ zu sein scheinen, wird neben kleineren Studien auch in der Studie von Leitner et al. (2014) berichtet: Die Erfolge von männlichen im Vergleich mit weiblichen Therapeuten sind ganz allgemein gesehen, nicht unterschiedlich, egal ob es sich um männliche oder weibliche Patient(inn)en handelt.

Was sollen wir daraus schließen?

Dass es uns gleichgültig sein kann, ob Männer oder Frauen in diesem Beruf dominieren?

Offenbar macht es wenig Sinn, nur Erfolgsstatistiken zu befragen. Es könnte natürlich sein, dass in individuellen Fällen die bessere Erreichbarkeit eines männlichen Therapeuten auch zu einem besseren Ergebnis geführt hätte, aber dies lässt sich an den bisher ermittelten Daten nicht ablesen. Es könnte auch sein, dass weniger Männer als Frauen überhaupt eine Therapie machen wollen, weil es zu wenig Männer in diesem Beruf gibt, obwohl die psychischen Erkrankungen von Männern nicht seltener sind als die von Frauen. Bekanntlich gehen aber trotzdem weniger Männer als Frauen in Therapie. Ob das mit der Verweiblichung des Berufes zusammenhängt? Auch hier sind wir auf Vermutungen angewiesen.

Gibt es bestimmte Therapieschulen, die eher Männer anziehen als Frauen?

Eine Frage, die sich ebenfalls aufdrängt, ist die nach der bevorzugten der Wahl einer Therapierichtung. Ob es dabei wohl Unterschiede zwischen den Geschlechtern gäbe? Das Image der Therapierichtungen ist ja recht unterschiedlich: hier die an der Realität orientierte, funktionalistische, dirigierende Verhaltenstherapie – dort die symbolträchtige, verinnerlichte, an der äußeren Realität wenig interessierte Psychoanalyse, irgendwie dazwischen die Tiefenpsychologie und die humanistischen Therapieformen.

Solche Beschreibungen von Therapieformen sind natürlich Karikaturen, aber die Richtung, die sie anzeigen, haben schon einiges für sich. Dazu kommt dann noch die ebenfalls plakative Vorstellung, dass das Denken der Männer eher funktionalistischer und realitätsorientierter ist als das der Frauen, die sich mehr für Innerseelisches und Symbolisches interessieren. Daher – so die damit verbundene Schlussfolgerung – müssten mehr Männer als Frauen die Verhaltenstherapie als ihre Therapierichtung wählen.

Auch dies wäre ein interessantes Ergebnis. In der Ausbildungsstätte Berliner Akademie für Psychotherapie stimmt es nicht, wie unsere Statistiken zeigen; und das, obwohl dort die Wahl zwischen Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie sehr frei ist und manches sich sogar überschneidet in der Ausbildung. Es stimmt aber auch bundesweit nicht, wie die Untersuchung von Taubner et al. (2014) zeigt.

Es gäbe noch einen anderen Weg, um die als „weiblich“ oder „männlich“ konnotierten Einstellungen von Therapeuten zu untersuchen. Wenn es auch bei der Wahl der Therapierichtungen keine Dominanz des einen oder anderen Geschlechts gibt: Vielleicht sind es ja andere – subtilere – Stile, Haltungen, Weltbilder u. Ä., die sich mit der Wahl für eine bestimmte Therapieschule verbinden?

Mit Hilfe von Tests wurde in der Untersuchung von Taubner et al. (2014) deutschlandweit an 184 Psychologen in Ausbildung (PiA) untersucht, ob es in der therapeutischen Haltung, im Weltbild, im Mentalisierungsinteresse und in den Persönlichkeitseigenschaften zwischen den männlichen und weiblichen Therapeuten Unterschiede gibt, und ob sie sich ungleichmäßig auf die drei in Deutschland zugelassenen Verfahren verteilen. Aus diesem Grund wurden in dem Projekt zur Ausbildungsforschung PiA untersucht, bei denen die beruflichen Sozialisierungseffekte noch nicht sehr wirksam sein können.

Bei den therapeutischen Haltungen handelt es sich etwa um Haltungen, die mit Anpassung, Einsicht, Freundlichkeit, Irrationalität, Kunstfertigkeit im Gegensatz zu Distanz, Rationalität, Funktionalität u. Ä. beschrieben werden. Das Mentalisierungsinteresse bezieht sich auf die Komplexität von Attribuierungsschemata und auch auf das Interesse, das man den eigenen Seelenregungen entgegenbringt. Zur Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften wurde das Fünf-Faktoren-Inventar NEO-FFI von Costa und McCrae verwendet. Unter den als „Haltung und Mentalisierungsinteresse“ angegebenen Skalen kann man mit gutem Grund jeweils unterschiedliche „Weltbilder“ vermuten, nämlich solche, die man als eher „mechanistisch“ im Gegensatz zu „dynamisch“ kennzeichnen kann.

Dabei sind im Weltbild „dynamisch, symbolisch, verinnerlicht“ eindeutig als „weiblich“ konnotierte Züge vorhanden, im Weltbild „mechanistisch, rational, aktivitätsorientiert“ dominieren Vorlieben, die man oft als „männlich“ bezeichnet. Es ergeben sich also zwei Fragen. Sind diejenigen, die Verhaltenstherapie als ihre Therapieform wählen, eher dem „mechanistischen“ (vereinfacht) Weltbild zuzuordnen und sind diejenigen, die psychodynamischen Richtungen zuneigen, als „symbolisch-innerseelisch“ zu diagnostizieren? Sind die Weltbilder vielleicht einseitig verteilt in Bezug auf die Geschlechter?

Tatsächlich finden sich erheblichen Unterschiede in Bezug auf die Wahl der Therapieschule, und zwar in erwarteter Weise: Verhaltenstherapeuten sind eher aktivitätsorientiert, haben ein zum Mechanistischen neigendes Weltbild und denken weniger in symbolischen Kategorien als Psychoanalytiker. Kandidaten, die eine tiefenpsychologisch fundierte Therapieform gewählt haben, stehen in Bezug auf diese Aussagen in der Mitte. Dies scheinen nicht berufliche Sozialisierungsergebnisse zu sein, sondern diese Unterschiede finden sich schon am Beginn der Ausbildung. So weit, so erwartbar!

Eine andere Schlussfolgerung, die man dabei gerne ziehen wollte, gilt allerdings nicht: Es wählen nicht mehr Männer als Frauen Verhaltenstherapie als ihre Ausbildungsform und es sind – über alle Richtungen hinweg – auch nicht vorwiegend die Männer, die dem „mechanistischen“, nicht symbolischen Weltbild mehr entsprechen als die Frauen. Es ist alles gleich verteilt.

Es sind dies also kontraintuitive Ergebnisse und daher besonders interessant.

Wir sind gewohnt und haben auch Erfahrung damit, dass Männer im Alltag weniger Interesse für Beziehungen, für Symbolik haben und die Seele eher als etwas ansehen, was wie eine Maschine funktioniert. Auch männliche Patienten scheinen eher an „äußeren“ Fakten interessiert als an solchen des Innerseelischen. So sprechen männliche Patienten sehr viel öfters über berufliche Probleme als Frauen, deren Therapiethemen sich sehr viel mehr um Beziehungen drehen. (Übrigens sind auch Männer weniger oft mit ihrer Therapie zufrieden – egal ob sie diese bei einem Mann oder einer Frau machen! [Leitner et al., 2014])

Das alles spiegelt sich im Beruf des Psychotherapeuten, der Psychotherapeutin nicht. Es wählen nicht mehr Männer als Frauen Verhaltenstherapie als ihre Richtung, sie sind nicht in höherem Maß aktionsorientiert und mechanistisch denkend u. Ä. m. Wir müssen also annehmen, dass diejenigen Männer, die den Therapeutenberuf wählen, sich eher innerhalb der Schnittmenge zwischen „männlicher“ und „weiblicher“ Orientierung befinden. Zu vermuten ist daher, dass sie nicht sehr viel anders therapieren als Frauen; dass also die Vorstellung, auch männliche Therapeuten könnten Mutter-Übertragungen und vice versa provozieren, recht wahrscheinlich ist. Wir müssten uns also, wenn wir diesem Gedankengang folgen, keine Sorgen machen. Zwar wählen sehr viel mehr Frauen als Männer den Beruf (wir nehmen an, dass – egal ob biologisch oder gendermäßig motiviert – Frauen eher dem sogenannten „weiblichen“ Spektrum zuneigen), aber weder therapieren sie sehr viel anders, noch bieten sie andere Übertragungsaspekte an als Männer im Therapeutenberuf. Mit einem Wort: Was sich dem Patienten, der Patientin anbietet, ist zwar natürlich individuell verschieden, diese Verschiedenheit verläuft aber nicht unbedingt auf der Linie männlich–weiblich. Eher sind es vermutlich die vom Geschlecht unabhängigen Weltbilder und Einstellungen, die den Ausschlag geben, ob das „matching“ passt oder nicht. Von daher gesehen wird wohl auch die Therapierichtung im Einzelfall eine gewisse Rolle spielen. Allerdings schlägt auch hier, wie uns die Erfolgskontrollforschung zeigt, keine der therapeutischen Richtungen im statistischen Sinn durch.

Aber Vorsicht: Natürlich wäre es verkehrt zu sagen, dass es Therapien und Therapeuten gibt, die alleine vom mechanistischen Denken her bestimmt sind. Es sind nur Tendenzen, die sich zeigen – verglichen mit der Allgemeinheit sind natürlich alle Therapeuten interessierter an Innerseelischem. Auch die früher in diesem Sinne oft verunglimpft Verhaltenstherapie war nie eindeutig dadurch bestimmt und ist es in den heutigen Formen weniger denn je. Es handelt sich bei der Verhaltenstherapie nur um eine Tendenz, die man am besten beschreiben könnte als faktenorientiert, äußeres Geschehen einbeziehend, Umwelt beachtend, und vielleicht die symbolische Ebene psychischen Geschehens nicht immer sofort als die wichtigste erachtend und einbeziehend. Immer schon haben aber Verhaltenstherapeuten geklärt, gedeutet und darauf bestanden, dass innerseelische Prozesse beachtet werden – denken wir nur an die von Anfang an wichtigen Desensibilisierungsübungen, die eine sehr genaue Beobachtung des Innerseelischen benötigen. Auf jeden Fall sind Männer wie Frauen, die den Therapeutenberuf wählen, interessierter als der Durchschnitt der Bevölkerung an Symbolik, Empathie und den Sorgen anderer Menschen.

Was bedeutet die Feminisierung des Berufes gesamtgesellschaftlich gesehen?

Das Image des Berufes hat zwar in den letzten Jahren an Akzeptanz gewonnen und erhält positivere Eigenschaften zugesprochen. Es sind nicht mehr nur die „Verrückten“, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (und von leicht Verrückten therapiert werden), man akzeptiert in höherem Maß als früher, dass auch manch einer, dem man es nicht anmerkt, sich psychisch schlecht fühlt, und damit ist auch das Image des Berufes etwas besser geworden. Noch vor 15 Jahren (Jaeggi, 2001) war es darum nicht besonders gut bestellt, aber natürlich ist auch heutzutage das Berufsbild des Psychotherapeuten nicht zu vergleichen mit dem des Herzchirurgen oder dem des Unternehmers.

Ist eine Berufsgattung vor allem mit den sehr klar definierten Werten der Empathie, des liebevollen Wohlwollens assoziiert und dabei immer mehr von der Vorstellung, dass dies nur Frauen vorbehalten ist (einfach weil man sehr wenige Männer in diesem Beruf findet), dann trägt dies natürlich bei zu den bestehenden Zuschreibungen in Richtung der Gender-Problematik. Das heißt, die Zuschreibungen werden immer neu festgeklopft und führen dazu, dass die Unterschiede zwischen Männer- und Fraueneigenschaften größer statt kleiner werden.

Verschiedene Soziologen und Sozialphilosophen, z. B. Eva Illouz (2011), eine israelische Soziologin, oder auch Anthony Giddens (1995), ein Sozialphilosoph, beschreiben unsere Gesellschaft als eine „therapeutische“, das heißt als eine Gesellschaft in der therapeutische Werte auf dem Vormarsch sind. Man kann dies natürlich an der

Ausdrucksweise vieler Menschen aus dem Mittelstand sehr gut beobachten: Journalisten fragen Politiker nach ihren „Gefühlen“, in Managerseminaren werden Kommunikationsübungen eingeführt und Therapieziele sind nicht selten verknüpft mit dem Wunsch nach „mehr Beziehungsfähigkeit“. Man denkt und spricht in therapeutischen Kategorien – und das eben nicht nur in Therapeutenkreisen. Es dominiert laut Illouz (2011) in der Mittelstandsgesellschaft ein „emotionaler Stil“. Giddens (1995) meint, die Wichtigkeit von Beziehungen habe in einer modernen Welt damit zu tun, dass wir an einigen Stellen, nämlich in unserem privaten Alltag, Vertrauen brauchen, um mit den Verwirrungen der Pluralität einigermaßen zurechtzukommen. Die therapeutische Welt, der „emotionale Stil“ ist Ausdruck dieser Vertrauenskrise in Bezug auf die große Welt.

Denn wir befinden uns in einer Welt, die weitgehend bestimmt ist vom Markt, die vielleicht mehr denn je vom Einzelnen verlangt, dass er oder sie marktkonform denkt, sich einpasst in einen Regelzwang, der von Versicherungen, Verkehrsgesetzen, Steuervorschriften und Normen schon für kleine Schulkinder bestimmt ist. Der „emotionale Stil“ dringt hier selten durch, die harten Fakten sind übermächtig.

Das moderne Leben ist also in besonderer Weise durch die Dialektik von privater Weichheit und öffentlicher Härte gekennzeichnet. Nicht jeder hält diese Spannung gut aus, die vermehrte Klage über psychische Beschwerden zeigt dies auf. Dass Psychotherapie in diesem Zusammenhang als eine gesellschaftlich relevante Institution angesehen wird, ist unübersehbar. Der „Stil“, der von dieser Institution gepflegt wird, hat inzwischen als Symbol eine hohe gesellschaftliche Bedeutung – leider bleibt es meist beim Symbolischen.

Das aber heißt, die Therapie ist zwar zu einer festen Institution geworden, sie bleibt aber in der Nische, aus der sie einmal auszubrechen hoffte. Daneben bewegt sich die Welt der Politik und Finanzen und bestimmt unser Arbeitsleben und unsere Fortkommensmöglichkeiten.

Therapie wird nicht mehr nur zur Heilung von Krankheiten verordnet, sondern ist eine Orientierungs- und Sinngewebungsinstanz geworden, manchmal fast ohne angebbare Symptomatik. Therapie soll für viele helfen, Ordnung ins eigene Leben zu bringen, Werthierarchien zu stabilisieren und neue Lebenswege aufzuzeigen.

Man erholt sich von der schwierigen Welt, schöpft Kraft. Darin ist die Therapie übrigens oft fast gleich bedeutend mit anderen Instanzen: Meditation, esoterische Praktiken, religiöse Übungen. Manches vermischt sich auch. Man denke etwa an Achtsamkeitsübungen und Reisen ins Unbewusste.

Beide Welten – die Nischenwelt der Therapie und die Welt des Marktes – haben ihre Regeln und Verhaltensnormen, wobei Männer noch immer in der Welt des Marktes beherrschend sind. Um dort funktionieren zu können, ist weder der Therapeut noch die Therapeutin die richtige Instanz.

In der „Marktwelt“ haben vorwiegend Männer das Sagen, ob Frauen dies überhaupt in ihrer Mehrzahl wollen, ist nicht ganz ausgemacht. Darüber gibt es durchaus widersprüchliche Untersuchungen. Will man Prestige und Geld, dann siedelt man sich nicht in der Therapiewelt an, man geht in die Marktwelt, wo Männer dann „unter sich“ sind. Diese beiden Welten driften auseinander – auch die sinkende Anzahl der Männer in Berufen, die zur Sinnorientierung führen, zeigt diesen Trend an.

Wir sind also eine „Beziehungsgesellschaft“ (Giddens, 1995) und gleichzeitig eine sehr harte und absolut beziehungsunfähige Gesellschaft.

Ich denke nicht, dass wir uns allzu viele Sorgen machen müssen darüber, dass die Feminisierung des Berufes der Psychotherapeut(in) zu schlechten Ergebnissen dadurch führt, dass die Therapien insgesamt „allzu weiblich“ würden. Man muss das Thema entdramatisieren: Es gibt einige Männer und viele Frauen, für die sich der Beruf eignet. Es scheint für den Erfolg aber wenig auszumachen, ob der (die) Therapeut(in) männlich oder weiblich ist, bisher gibt es auch keine Hinweise darauf, dass Männer von Männern besser therapiert würden als von Frauen.

Unsere Anstrengungen müssen darauf ausgerichtet sein, gute und hilfreiche „Therapeutenpersönlichkeiten“ zu finden. Ob das Männer oder Frauen sind, das erscheint vom therapeutischen Prozess her betrachtet, weniger wichtig.

Bedenkenswert allerdings scheint es mir schon zu sein, wenn ein Beruf immer stärker mit dem „weichen Frau-Sein“ verbunden wird. Dies mag auch manchen männlichen Patienten abschrecken.

Die Spaltung zwischen einer als „männlich“ angesehenen konkurrenzbestimmten Alltagswelt und einer als „weiblich“ angesehenen Welt, in der weiche Werte dominieren, vertieft sich, wenn diesen beiden Welten immer wieder die Geschlechter zugeordnet werden. Genau dies scheint der Fall.

Dies ist aber schade für die mögliche „Humanisierung“ unserer öffentlichen Welt, weil manch einer meinen könnte, die Zweiteilung der Welt in die private Weichheit und die harte Öffentlichkeit sei genau so festgezurrert wie offenbar die Zweiteilung der Welt in zwei Geschlechter. Beides stimmt in dieser schlichten Form nicht.

Deshalb finde ich die Verweiblichung des Berufes der Psychotherapeuten zwar nicht als dramatisch in Bezug auf die Erfolge und die Wirkmächtigkeit der Psychotherapie. Ich fände es aber schade, wenn die mit dem Beruf assoziierten emotionalen Qualitäten sich weiterhin von der Öffentlichkeit, dort, wo die wirklich existenzbestimmenden Entscheidungen fallen, entfernt. Gefühle sind nichts, was in eine Nische gehört, und sie sind auch nichts, was nur einem Geschlecht angehört.

Die „therapeutische Welt“, der „emotionale Stil“ ist ein westliches Kulturgut – es wäre geeignet, viele andere Institutionen zu durchdringen. Wenn wir dieses Kulturgut der höheren Emotionalität, der Verfeinerung von Empathie einsperren in die Geschlechterkategorie, dann wird es seine mögliche Strahlkraft nicht so gut entfalten, dass es unserer oft harten Welt des unbarmherzigen Zwanges nützen kann. Das ist es, was ich bedaure.

Autorin

Eva Jaeggi, Studium der Psychologie, Philosophie und Geschichte in Wien. Dr. phil. Univ.-Prof. emerit. (TU Berlin), Verhaltenstherapeutin und Psychoanalytikerin, Lehrtherapeutin und Supervisorin. Verfasserin von Büchern und Artikeln zu modernen Lebensformen, zum Beruf des Psychotherapeuten und zu Therapietechniken sowie zur Didaktik der theoretischen Ausbildung.

Korrespondenz

eva.jaeggi@alumni.tu-berlin.de

Literatur

- Edding, C. (2002). Einflussreicher werden: Vorschläge für Frauen. München: Gerling-Akademie-Verlag.
- Giddens, A. (1995). Konsequenzen der Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hyde, J. S. (1988). Gender differences in verbal ability: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 104, 53–69.
- Illouz, E. (2011). Die Errettung der modernen Seele: Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe. Berlin: Suhrkamp.
- Jaeggi, E. (2001). Und wer therapiert die Therapeuten? Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F., Dulz, B., & Eckert, J. (Hrsg.) (2006). Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf. Stuttgart: Schattauer.
- Leitner, A., Schigl, B., & Märtens, M. (Hrsg.) (2014). Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Wien: Facultas.
- Maccoby, E. (2000) Psychologie der Geschlechter. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mehl, M., Vazire, S., Ramirez-Esperanza N., Slachter, R. B., & Pennebaker, J. W. (2007). Are women really more talkative than men? *Science*, 317, 82.
- Möller, H., & Müller-Kalkstein, R. (Hrsg.). Gender und Beratung: auf dem Weg zu mehr Geschlechtergerechtigkeit in Organisationen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schigl, B. (2012). Psychotherapie und Gender: Konzepte, Forschung, Praxis. Heidelberg: Springer VS.
- Schigl, B. (2014). Gendered Risk: geschlechtsspezifisches Risiko. In: Leitner, A., Schigl, B., & Märtens, M. (Hrsg.), Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie (S. 51–65). Wien: facultas.
- Sellschopp, A. (2006). Die Bedeutung des Geschlechts für die Psychotherapie. In: Kernberg, O. F., Dulz, B., & Eckert, J. (Hrsg.), Wir (S.360–364). Stuttgart: Schattauer.
- Sellschopp-Rüpell, A., & Dinger-Broda, A. (2000). Geschlechtsspezifische Aspekte der PatientIn-TherapeutIn-Beziehung in der Psychotherapie: In: Senf, W., & Broda, M. (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch (S. 639–650). Stuttgart: Thieme.
- Spreng, M. (2008). Adam und Eva: die unüberbrückbaren neurophysiologischen Unterschiede. Vortrag an der Jahrestagung der Aktion Die Wende, 28.–30. März 2008, Schwäbisch-Gmünd. Wendelstein: Die Wende e.V.
- Taubner, S., Munder, T., Möller, H., Hanke, W., & Klasen, W. (2014). Selbstselektionsprozesse bei der Wahl des therapeutischen Ausbildungsverfahrens. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 64, 214–223

«C'est que les femmes sont tellement émotionnelles...»: Psychothérapeute – la féminisation d'une profession¹

Partant du fait que de moins en moins d'hommes choisissent le métier de psychothérapeute, notre réflexion s'est penchée sur les questions suivantes:

1. Quelles pourraient être les raisons de cette désaffection? On allègue des arguments biologiques, on évoque, par exemple, la différence d'état neurologique et hormonal qui (apparemment) expliquerait le fait que les hommes sont moins intéressés par tout ce qui touche à la langue, aux relations et aux symboles, qu'en revanche, ils s'intéresseraient davantage au fonctionnel. A l'opposé, on fait appel à certains aspects de la recherche sur le genre qui rompent avec le schéma rigide homme-femme ou même le contestent. Un troisième aspect est de nature sociologique: les hommes s'intéressent davantage à leur métier parce qu'ils y voient un facteur identitaire, ce qui expliquerait pourquoi ils aspireraient à la réussite et choisiraient des métiers de prestige. Et justement, la profession de psychothérapeute confère rarement ce genre de prestige.
2. Les hommes et les femmes choisissent-ils différentes écoles thérapeutiques? On pourrait émettre l'hypothèse que les hommes auraient plutôt tendance à choisir des approches thérapeutiques techniques et axées sur la solution des problèmes (comme la thérapie comportementale). Or ce n'est pas le cas – les statistiques le démontrent.
3. Les hommes et les femmes qui choisissent la profession de psychothérapeute ont-ils différentes «conceptions du monde»? Ici encore, certaines données indiquent que tel n'est pas le cas. En revanche, une étude empirique laisse à penser que les personnes (quel que soit leur sexe) qui choisissent de se former professionnellement dans une thérapie comportementale ont une conception du monde plus technique et fonctionnaliste (par opposition à symbolique et intériorisée) que ceux qui choisissent de se former dans une branche de la psychologie des profondeurs et/ou humaniste.
4. Quelles conséquences certaines dyades ont-elles sur le processus thérapeutique (notons que dans la situation actuelle, les dyades patient masculin-thérapeute masculin et patiente féminine-thérapeute masculin sont justement plus rares)? Se pourrait-il que, pour certaines personnes/problématiques, le fait qu'il y ait peu d'hommes dans cette profession soit défavorable? Comme les ouvrages de référence présentent surtout des conjectures, nous en sommes réduits aux spéculations. Cependant, on trouve dans une étude un (mince) indice que la combinaison thérapeute masculin-patiente féminine présente plus de risques que d'autres combinaisons. Il semblerait que cela ait un lien avec le comportement agressif de certains thérapeutes masculins (voir agressions sexuelles). Lorsque les panels étudiés comportent un nombre élevé de personnes, ces différences disparaissent et un fait demeure: le succès des thérapies est le même, que les thérapeutes soient masculins ou féminins.
5. Pour finir, notre réflexion nous a conduits à nous demander si, dans une «société thérapeutique», il ne serait pas souhaitable d'opposer le contrepois de qualités à connotation féminine, groupées autour de variables relationnelles, à une société dominée par les valeurs marchandes, tout en attribuant des valeurs «thérapeutiques» aux deux sexes.

¹ Conférence tenue lors du Landespsychotherapeutentag, Berlin 09.03.2013

Originalarbeit

Aureliano Crameri, Margit Koemeda, Volker Tschuschke, Peter Schulthess, Agnes von Wyl

Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie: Ergebnisse aus der Grundversorgung in der Schweiz

Zusammenfassung: Die Ergebnisqualität von ambulanten Psychotherapien aus der Grundversorgung in der Schweiz wurde überprüft. Die untersuchte Stichprobe umfasste 300 Patienten, welche mehrheitlich mit einem tiefenpsychologischen oder humanistischen Therapieverfahren behandelt wurden. Die häufigsten Hauptdiagnosen waren affektive Störungen und Angststörungen; zwei Drittel der Patienten hatten eine oder mehrere komorbide Störungen. Fehlende Outcome-Werte wurden mit der multiplen Imputation behandelt. Die Analyse der Prä-post-Veränderungen zeigte grosse signifikante Effektstärken bei den globalen Masssen der psychosozialen Beeinträchtigung und der Symptombelastung. Die Ergebnisse der vorliegenden Stichprobe wurden mit denen aus Effectiveness-Studien verglichen, in welchen das Outcome von kognitiv-behavioralen Behandlungsansätzen evaluiert wurde. Der Vergleich zeigte, dass die Effektivität von humanistischen und tiefenpsychologischen Therapien vergleichbar mit der von evidenzbasierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren ist.

Schlüsselwörter: Ergebnisqualität, Routineversorgung, ambulante Psychotherapie, Prä-post-Vergleich, multiple Imputation

The outcome quality of ambulant psychotherapy: findings from the primary health care in Switzerland

Abstract: This study investigated the outcome quality of outpatient psychotherapies in Switzerland's primary health care. The sample analyzed encompassed 300 patients, the majority of whom had been treated with humanistic-experiential psychotherapy or psychodynamic psychotherapy. The most frequent axis I diagnoses were mood disorders or anxiety disorders; two-thirds of the patients had one or more comorbid disorders. Missing outcome values were handled by multiple imputation. The analysis of the pre-post differences revealed large significant effect sizes in the global measures "psychosocial functioning" and "symptom distress". The results from this sample were compared with the results of published studies that tested the effectiveness of evidence-based cognitive-behavioral psychotherapies. The comparison revealed that the effectiveness of humanistic-experiential and psychodynamic treatment approaches was similar to the effectiveness of cognitive-behavioral approaches.

Keywords: outcome quality, primary care, outpatient psychotherapy, pre-post comparison, multiple imputation

Qualità dei risultati della psicoterapia ambulatoriale: risultati riguardanti l'assistenza di base in Svizzera

Riassunto: Valutazione della qualità dei risultati delle psicoterapie ambulatoriali prestate nell'ambito dell'assistenza di base. Il campione esaminato comprendeva 300 pazienti, la maggioranza dei quali è stata trattata con metodi terapeutici della psicologia del profondo o umanistici. Le diagnosi principali più frequenti riguardavano disturbi affettivi e d'ansia; due terzi dei pazienti presentavano uno o più disturbi concomitanti. I valori di outcome assenti sono stati trattati con l'imputazione multipla. L'analisi dei cambiamenti pre-post ha mostrato grandi e significative dimensioni dell'effetto per l'ampiezza globale della limitazione psicosociale e del peso dei sintomi. I risultati del presente campione sono stati confrontati con quelli degli studi di effectiveness che valutavano l'outcome degli approcci di trattamento cognitivo-comportamentali. Il confronto ha mostrato che l'efficacia delle terapie umanistiche e della psicologia del profondo è paragonabile a quella delle procedure della terapia cognitiva e comportamentale basate su prove di efficacia.

Parole chiave: qualità dei risultati, assistenza di routine, psicoterapia ambulatoriale, confronti pre-post, imputazione multipla

Einleitung

Massnahmen zur Sicherstellung und Verbesserung der psychotherapeutischen Grundversorgung gehören zum Standard eines modernen Gesundheitssystems (Laireiter, 1997). Eine der ersten Definitionen von Qualität im Gesundheitswesen stammt von Donabedian (1966), welche auf die drei in Abhängigkeit zueinander stehenden Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fokussiert. In einem psychotherapeutischen Kontext ist das Konzept der Qualität, insbesondere der Ergebnisqualität, eng mit dem der Wirksamkeit verknüpft. Die allgemeine Wirksamkeit von Psychotherapie ist inzwischen durch eine Vielzahl von Studien abgesichert, wie dies in der aktuellen Auflage des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Lambert, 2013) ausführlich dokumentiert ist. Offen bleibt noch die Frage, welche der verschiedenen Therapieverfahren das Label „evidenzbasiert“ geltend machen dürfen. Vor allem für die kognitiv-behavioralen Therapieformen existiert eine umfangreiche Anzahl an randomisiert kontrollierten Studien, d. h. Studien mit einer hohen internen Validität, welche ihre Wirksamkeit belegen (Chambless & Ollendick, 2001). Die Effektivität von evidenzbasierten Therapieverfahren kann in der Alltagspraxis jedoch anders ausfallen als in kontrollierten Studien (Schindler et al., 2011). In der Praxis werden Therapien nicht selten in eklektischer Form und somit

abweichend von der getesteten manualisierten Version durchgeführt. Darüber hinaus ist die Effektivität der einzelnen Behandlungen von variierenden Faktoren abhängig, wie der Person des Therapeuten (Saxon & Barkham, 2012) oder der Beziehung zwischen Patient und behandelnder Person (Piechotta, 2008). Die Qualität von Behandlungen in der Grundversorgung sollte deshalb kontinuierlich überprüft werden.

Die Schweizer Charta für Psychotherapie als Dachverband für psychotherapeutische Ausbildungsinstitutionen, Fachverbände und Berufsverbände betreibt seit Jahren die Förderung qualitativer Standards in der Ausbildung zur Psychotherapie, in der Berufs- und Weiterbildungsethik und in der Wissenschaftlichkeit. Die Charta führte bereits 2001 eine repräsentative Erhebung unter Schweizer Psychotherapeuten durch, welche Fragen zur Ausbildung und Arbeitsweise der Therapeuten sowie zu den von ihnen behandelten Patienten umfasste (Schweizer et al., 2002).

Die Praxisstudie Ambulante Psychotherapie – Schweiz (PAP-S) ist ein weiteres von der Charta lanciertes Projekt, um die Prozess- und Ergebnisqualität von verschiedenen Therapiemethoden zu untersuchen. Eine ausführliche Beschreibung des Designs ist bei von Wyl et al. (2013) zu finden. Bezüglich der Prozessqualität wurden erste Ergebnisse, welche auf der qualitativen und quantitativen Auswertung von Tonaufnahmen von Therapiesitzungen basieren, bereits von Tschuschke et al. (2014) publiziert. Der vorliegende Artikel berichtet über das Outcome der in der Studie beforschten Therapieverläufe.

Methode

Im Folgenden werden die Teile des Studiendesigns erläutert, mit welchen die Daten für die Überprüfung der Ergebnisqualität generiert wurden. Der Fokus der präsentierten Analysen liegt auf Prä-post-Vergleichen.

Messinstrumente und -zeitpunkte

Die Patientinnen und Patienten nahmen an mindestens zwei externen Assessments teil, eines am Anfang (Prä-Assessment) und eines am Schluss (Post-Assessment) der Therapie. In diesen Assessments unterzog sich der Patient oder die Patientin einem diagnostischen Interview und füllte Fragebögen aus.

Folgende Indikatoren der Ergebnisqualität wurden herangezogen:

- *Hauptdiagnosen* auf der Achse I (klinische Syndrome) und der Achse II (Persönlichkeitsstörungen) des DSM-IV – für die Abklärung der Diagnosekriterien kamen die Strukturierten Klinischen Interviews des DSM-IV zum Einsatz (SKID-I und SKID-II; Wittchen et al., 1997)
- Aspekte der *Psychodynamik* wie *Konfliktausprägungen* (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2, Achse III; Arbeitskreis OPD, 2006) und *Strukturdefizite* (OPD-2, Achse IV) – die Items der Achse III und IV wurden zu drei Skalen zusammengefasst: (1) Skala „Konflikte“ als Mittelwert der 7 Items zu den repetitiv dysfunktionalen Konflikten (Achse III), (2) Skala „Selbstbezug“ als Mittelwert der Items 1a, 2a, 3a, 4a (Achse IV) und Skala „Objektbezug“ als Mittelwert der Items 1b, 2b, 3b, 4b (Achse IV)
- das allgemeine *Funktionsniveau* (Global Assessment of Functioning, GAF; Endicott et al., 1976; Saß et al., 2003)
- die Selbsteinschätzung der *psychischen Belastung* anhand folgender Fragebögen: Outcome Questionnaire-45 (OQ-45; Lambert et al., 2002), Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000), Beck Depression Inventory (BDI; Hautzinger et al., 1994), Sense of Coherence (SOC-13; Antonovsky, 1987) und Inkongruenzfragebogen (K-INK; Grosse-Holtforth & Grawe, 2003)

Zusätzlich wurden nach jeder 5. Sitzung im Rahmen der Prozessmessungen folgende Indikatoren erhoben:

- Selbsteinschätzung der *psychischen Belastung* anhand des OQ-45
- Selbsteinschätzung der *therapeutischen Beziehung* mit der Patientenversion des Helping Alliance Questionnaire (HAQ-P; Bassler et al., 1995) – dieser Fragebogen erfasst Aspekte der Qualität der therapeutischen Beziehung, für die vorliegenden Auswertungen haben wir die Zwei-Faktorenstruktur, welche Bassler et al. (1995) und De Weert-Van Oene et al. (1999) ermittelt haben, verwendet: die erste Skala misst die Qualität der Zusammenarbeit, die zweite das Ausmass an empfundener Hilfe; Bassler et al. (1995) betrachten die zweite Skala auch als Mass der Erfolgsszufriedenheit
- Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch den Therapeuten mit der Therapeutenversion des HAQ-P (HAQ-T; Groß & Riedel, 1995).

Stichprobe und Datenanalyse

Ein grosses Problem bei der Analyse des Behandlungsergebnisses (Outcome) unter naturalistischen Bedingungen stellen die fehlenden Werte dar, welche entstehen, wenn Patienten aus der Studie aussteigen und an der Schlussmessung nicht teilnehmen (diese Patienten werden im Folgenden als Drop-outs bezeichnet). Die Analyse von ausschliesslich vollständigen Fällen führt zu verzerrten Schätzungen des Outcomes, da unter ihnen der Anteil an Misserfolgen in der Regel kleiner ist als unter den Drop-outs. Um eine unverzerrte Behandlungsevaluation zu erhalten, sollten die Daten von allen behandelten Patienten in die Analyse einbezogen werden (Lachin, 2000). Eine inferenzstatistische Methode, welche zum State of the Art in der Behandlung von fehlenden Werten gehört, ist die multiple Imputation (Schafer & Graham, 2002; Jekauc et al., 2012). Mit dieser Methode werden anhand statistischer Modelle für jeden fehlenden Wert mehrere plausible Werte generiert. Die Imputation des Outcomes setzt neben der Prä-Messung regelmässige Zwischenmessungen im Laufe der Behandlung voraus. In der PAP-S-Studie wurden die Fortschritte regelmässig nach jeder 5. Sitzung mit Hilfe der Fragebögen OQ-45 und des HAQ gemessen. Cramer (2013) konnte anhand ausführlicher Simulationen zeigen, dass für eine robuste Schätzung des unvollständigen Outcomes die zwei letzten Zwischenmessungen ausreichen. Die multiplen Imputationen wurden mit dem R-Paket *mi* (Su et al., 2011) generiert.

Für die vorliegende Evaluation der Ergebnisqualität wurden die Therapien berücksichtigt, welche bis Ende Juni 2012 abgeschlossen wurden (Abb. 1). Es handelte sich insgesamt um 300 Patienten, 78 davon nahmen am Post-Assessment nicht teil. Für 50 dieser Drop-outs, welche mindestens 10 Therapiesitzungen in Anspruch nahmen, war es möglich, das Outcome zu imputieren. Insgesamt konnten deshalb 272 Behandlungen, d. h. mehr als 90 % der Stichprobe, in die Evaluation einbezogen werden.

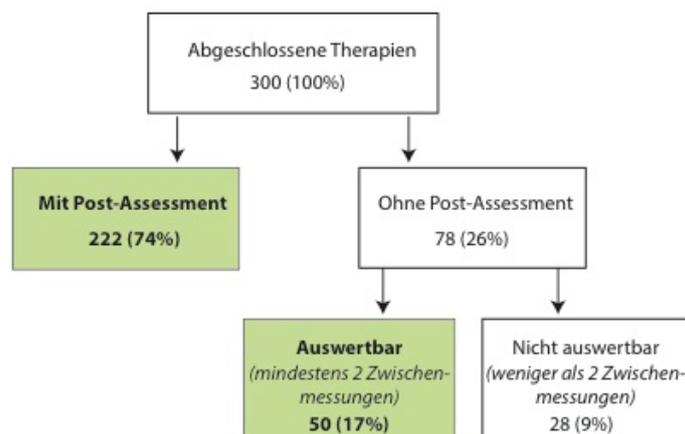


Abb. 1: Auswertungsstichprobe

Um den Vergleich der Ergebnisse in den verschiedenen Skalen zu erleichtern, wurde die Effektstärke g herangezogen, welche aus der Division der Prä-post-Differenz durch die Standardabweichung der Prä-Werte berechnet wird (Becker, 1988; Glass, 1976; Grawe & Braun, 1994). Die Effektstärke wurde jeweils so umgepolt, dass ein positiver Wert einen positiven Therapieeffekt bedeutet. Für die Beurteilung der Signifikanz wurde für jede Effektstärke das 95 %-Konfidenzintervall berechnet. Umschliesst dieses Intervall den Wert null, so gilt die Effektstärke als nicht signifikant von null verschieden (Signifikanzniveau 5 %).

Tabelle 1 und 2 zeigen eine Beschreibung der analysierten Stichprobe. Der grösste Teil der Patienten wurden entweder mit einem humanistischen oder einem tiefenpsychologischen Ansatz behandelt (Schlegel et al., 2011). Die analysierte Stichprobe wurde von insgesamt 71 Therapeutinnen und Therapeuten rekrutiert. Davon haben 58 % eine Therapieausbildung humanistischer Richtung und 38 % eine Ausbildung tiefenpsychologischer Richtung; die restlichen 4 % sind ausgebildete Kunsttherapeutinnen.

Etwa 10 % der Patienten hatten keine Berufsbildung, weitere 35 % absolvierten eine Berufslehre, die restlichen wiesen eine höhere Schulbildung auf. Affektive Störungen und Angststörungen sind die häufigsten Hauptdiagnosen. Bei etwa zwei Dritteln der Patienten sind eine oder mehrere komorbide Störungen vorhanden. Rund 60 % litten auch in der Vergangenheit an einer psychischen Störung. Eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen wurden bei circa 40 % der Patienten diagnostiziert. Eine derart hohe Prävalenz an Persönlichkeitsstörungen (PS) unter den Patienten, die wegen psychischer Probleme professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, wird von epidemiologischen Studien bestätigt (Grant et al., 2005).

Etwa drei Viertel der Therapien wurden regulär abgeschlossen (d. h. im gegenseitigen Einverständnis). In der analysierten Stichprobe dauerten die humanistischen Therapien im Durchschnitt 43 Sitzungen und die tiefenpsychologischen Therapien 36 Sitzungen. Ein solcher Unterschied in der Therapiedauer erwies sich aber als nicht signifikant ($t[177] = -1,5, p = 0,126$). Ebenfalls nicht signifikant war der Zusammenhang zwischen der Art des Behandlungsabschlusses und der des angewendeten Therapieverfahrens ($\chi^2[3] = 2,2, p = 0,529$).

Hauptansatz / Therapieverfahren	N	%
Humanistische Psychotherapie		
Integrative Körperpsychotherapie	72	26,5
Transaktionsanalyse	51	18,8
Gestalttherapie	28	10,3
Personale Existenzanalyse nach Längle	14	5,1
Logotherapie und Existenzanalyse nach Frankl	9	3,3
Total	174	64,0
Tiefenpsychologie		
Prozessorientierte Psychotherapie	48	17,6
Bioenergetische Analyse	27	9,9
Analytische Psychologie	7	2,6
Psychoanalyse	4	0,4
Total	86	31,6
Integrative Psychotherapie		
Kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie	12	4,4
Total	12	4,4

Tabelle 1: Anzahl Patienten pro Therapieverfahren und Hauptansätze

	N (%) oder Mittelw. (SD)	
Geschlecht		
Frauen	179	(65,8 %)
Männer	93	(34,2 %)
Alter	39,9	(11,7)
Schul- / Berufsbildung		
Keine Berufsbildung	26	(9,6 %)
Berufslehre	94	(34,6 %)
Höhere Schulbildung	152	(55,9 %)
Achse I, Hauptdiagnose		
Affektive Störung	106	(39,0 %)
Angststörung	65	(23,9 %)
Anpassungsstörung	45	(16,5 %)
Andere	22	(8,0 %)
Keine (V-Kodierungen ^a)	34	(12,5 %)
Achse I, Komorbidität	182	(66,9 %)
Achse I, Lifetime	167	(60,0 %)
Achse II, Hauptdiagnose		
Cluster A (schizoid, paranoid u.a.)	7	(2,6 %)
Cluster B (Borderline, narzisstisch u.a.)	35	(12,9 %)
Cluster C (selbstunsicher, zwanghaft u.a.)	68	(25,0 %)
Keine	162	(59,5 %)
Anzahl Therapiesitzungen	40,7	(33,7)
Art des Abschlusses		
Im gegenseitigen Einverständnis	208	(76,5 %)
Auf Initiative des Patienten	52	(19,1 %)
Auf Initiative des Therapeuten	10	(3,7 %)
Abbruch wegen fehlender Kostensprache des Krankenversicherers	2	(0,7 %)

^a V-Kodierungen, Zustände, die nicht einer psychischen Störung zuzuschreiben sind, aber Anlass zur Beobachtung oder Behandlung geben

Tabelle 2: Deskriptive Statistik (N = 272)

Resultate

Alle Patienten

In Tabelle 3 sind die Prä-post-Vergleiche der gesamten Stichprobe zusammengefasst. Alle Effektstärken sind statistisch signifikant. Nach Cohen (1992) entspricht eine standardisierte Prä-post-Differenz von 0,5 einem mittleren und eine von 0,8 einem starken Effekt. Betrachtet man globale Masse der psychosozialen Beeinträchtigung und der Symptombelastung, wie GAF, OQ-Total oder GSI, so befinden sich die Effekte in einem hohen Bereich. Die kleinsten Effekte ergeben sich in den Hauptdimensionen der psychodynamischen Struktur, d. h. Selbst- und Objektbezug. Die positiven Entwicklungen dieser zwei Komponenten der Persönlichkeit sind als klein bis mittel einzustufen.

		Prä ^a		Post		Effektstärke ^b		
		M	SE	M	SE	untere	g	obere
OQ-45	Symptombelastung	38,34	0,94	23,31	0,83	0,90	1,04	1,17
	Interpers. Beziehungen	15,88	0,41	10,62	0,43	0,70	0,85	1,00
	Soziale Integration	12,62	0,33	8,65	0,30	0,67	0,80	0,94
	Total	66,84	1,43	42,58	1,40	0,96	1,09	1,22
BSI	Somatisierung	0,67	0,04	0,38	0,03	0,33	0,48	0,64
	Ängstlichkeit	0,97	0,06	0,47	0,03	0,52	0,68	0,84
	Phobische Angst	0,54	0,04	0,22	0,02	0,40	0,53	0,66
	Zwanghaftigkeit	1,19	0,05	0,61	0,04	0,60	0,73	0,86
	Unsicherheit	1,30	0,06	0,69	0,04	0,56	0,70	0,83
	Paranoides Denken	0,93	0,06	0,46	0,03	0,45	0,59	0,74
	Globale Belastung (GSI)	0,96	0,04	0,46	0,03	0,76	0,89	1,01
BDI	Depression	16,84	0,73	6,81	0,46	0,86	1,00	1,15
SOC	Kohärenzgefühl	54,00	0,90	66,76	0,86	0,86	1,04	1,22
INK-K	Annäherung	3,09	0,06	3,80	0,06	0,76	0,94	1,13
	Vermeidung	2,69	0,05	2,01	0,05	0,69	0,87	1,05
OPD	Konflikte	1,72	0,04	1,36	0,03	0,57	0,73	0,88
	Selbstbezug	1,98	0,03	1,75	0,02	0,40	0,52	0,65
	Objektbezug	1,90	0,03	1,72	0,03	0,24	0,37	0,51
GAF	Allg. Funktionsniveau	62,39	1,09	76,30	0,98	0,79	0,99	1,19

^a M, Mittelwert; SE, Standardfehler

^b g, Effektstärke mit oberer und unterer Grenze des Konfidenzintervalls.

Tabelle 3: Prä-post-Vergleiche bei allen Patienten (N = 272)

Die Einschätzungen bezüglich der therapeutischen Beziehung während der Anfangs- (erste Prozessmessung nach der 5. Sitzung) und Schlussphase (letzte Prozessmessung) sind in Tabelle 4 zusammengefasst. Die Einschätzungen der Patienten sind im Durchschnitt höher als die entsprechenden Werte der Therapeuten. Das Ausmass an empfundener Hilfe nimmt aus der Perspektive beider Beteiligten im Laufe der Behandlung mit einer mittleren bis grossen Effektstärke zu. Die durchschnittliche Einschätzung der Kooperation aus Sicht der Patienten nimmt leicht ab. Diese leichte Abnahme ist durch die Therapieabbrecher bedingt, deren Einschätzungen von einem anfänglichen Mittelwert von 5,31 zu einem abschliessenden Mittelwert von 5,08 sinken. Die Einschätzungen der Patienten mit einem regulären Abschluss hingegen bleiben mit einem Durchschnitt von 5,44 konstant. Die fehlende Zunahme der von dieser Patientengruppe gelieferten Werte ist möglicherweise vom vorhandenen Deckeneffekt in der Skala bedingt. Die entsprechende Skala des Therapeuten, welche weniger stark von einem Deckeneffekt betroffen ist als die des Patienten, registriert hingegen eine Zunahme in der Kooperationsqualität.

		Erste Prozessmessung		Letzte Prozessmessung		Effektstärke		
		M	SE	M	SE	untere	g	obere
HAQ-P	Kooperation	5,41	0,03	5,35	0,04	-0,26	-0,12	0,03
	Empfundene Hilfe	4,41	0,05	4,83	0,06	0,41	0,55	0,69
HAQ-T	Kooperation	4,63	0,04	4,78	0,04	0,10	0,26	0,41
	Empfundene Hilfe	4,07	0,04	4,57	0,05	0,59	0,76	0,93

Tabelle 4: Entwicklung der therapeutischen Beziehung in der Gesamtstichprobe (N = 272)

Von den 238 Patienten, welche am Anfang der Therapie die Kriterien einer Achse-I-Störung erfüllten, erreichten 170 (71 %) eine Remission ihrer Symptome beim Abschluss ihrer Behandlung (Ergebnis des SKID-I-Interviews).

Patienten mit affektiven Störungen oder Angststörungen

Zusammengefasst in den Tabellen 5 und 6 sind die Prä-post-Veränderungen für die zwei wichtigsten Störungsgruppen der Achse I, nämlich Patienten mit affektiven Störungen und mit Angststörungen. Bezüglich der Reduktion der globalen Belastung (OQ-45-Total und GSI) sind bei beiden Gruppen ähnlich starke Effekte der Behandlung zu registrieren. Für Patienten mit einer affektiven Störung fällt die Effektstärke des GAF-Wertes grösser aus als bei Patienten mit einer Angststörung. Dieser Unterschied ist durch die verschiedenen Anfangswerte der zwei Gruppen bedingt. Beide erreichen am Schluss der Behandlung einen Durchschnitt von etwa 75 Punkten auf der GAF-Skala.

		Prä		Post		Effektstärke		
		M	SE	M	SE	untere	g	obere
OQ-45	Total	74,07	2,04	49,38	2,25	0,90	1,11	1,31
BSI	Globale Belastung (GSI)	1,15	0,06	0,58	0,05	0,81	1,02	1,24
GAF	Allg. Funktionsniveau	57,36	1,51	74,78	1,53	0,99	1,24	1,49
BDI	Depression	19,97	1,07	8,47	0,74	0,95	1,16	1,36
BSI	Ängstlichkeit	1,13	0,09	0,59	0,05	0,48	0,73	0,99

Tabelle 5: Prä-post-Vergleiche bei Patienten mit einer affektiven Störung (N = 106)

		Prä		Post		Effektstärke		
		M	SE	M	SE	untere	g	obere
OQ-45	Total	72,14	2,77	46,35	2,96	0,90	1,16	1,41
BSI	Globale Belastung (GSI)	1,06	0,07	0,50	0,06	0,70	0,99	1,27
GAF	Allg. Funktionsniveau	60,54	1,74	74,59	1,81	0,69	1,00	1,31
BDI	Depression	17,72	1,38	6,87	1,01	0,81	1,09	1,36
BSI	Ängstlichkeit	1,16	0,10	0,51	0,07	0,59	0,90	1,20

Tabelle 6: Prä-post-Vergleiche bei Patienten mit einer Angststörung (N = 65)

Eine Remission der Symptome wird von 66 % der Patienten mit einer affektiven Störung und von 67 % der Patienten mit einer Angststörung erreicht.

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

In Tabelle 7 finden sich die Ergebnisse der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (PS). Auch für diese Gruppe bewegen sich die Effektstärken bei den globalen Massen der Beeinträchtigung in einem hohen Bereich und sind nicht signifikant kleiner als die Effektstärken für Patienten ohne PS (z. B. OQ-45-Total: $F[1, 69,2] = 0,3, p = 0,602$). Signifikante Unterschiede lassen sich zwischen Patienten mit einer PS des Clusters B (mehrheitlich PS des Typs Borderline oder des narzisstischen Typs) und solchen ohne PS bei den Hauptdimensionen der psychodynamischen Struktur feststellen (Abb. 2).

		Prä		Post		Effektstärke		
		M	SE	M	SE	untere	g	obere
OQ-45	Total	73,49	2,44	50,39	2,51	0,82	1,04	1,26
BSI	Globale Belastung (GSI)	1,14	0,07	0,60	0,05	0,74	0,97	1,19
GAF	Allg. Funktionsniveau	57,36	1,46	71,40	1,59	0,73	1,00	1,27
BDI	Depression	19,24	1,30	9,06	0,84	0,78	1,02	1,27
BSI	Ängstlichkeit	1,09	0,10	0,56	0,06	0,46	0,73	1,01

Tabelle 7: Prä-post-Vergleiche bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (N = 110)

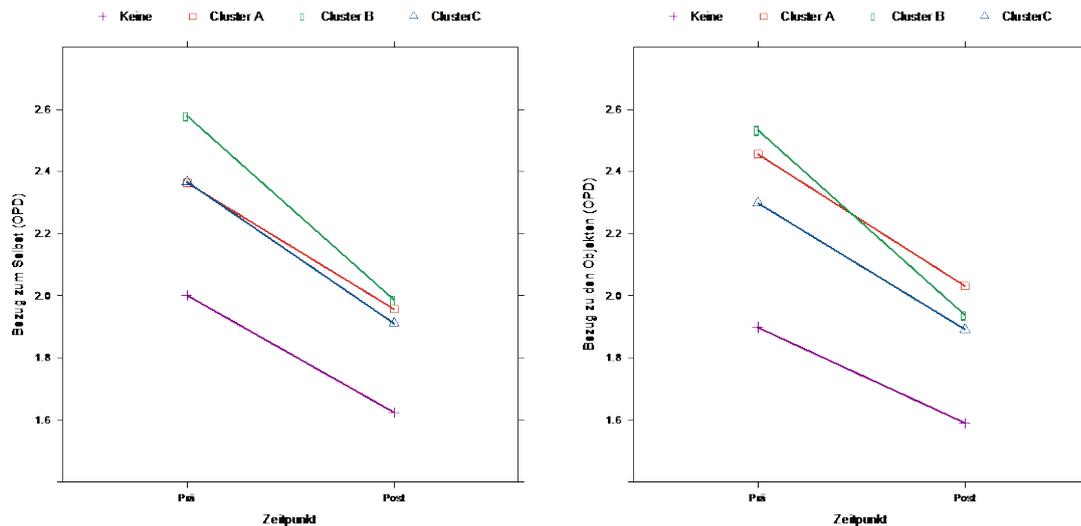


Abb. 2: Prä-post-Veränderungen in den Hauptdimensionen der psychodynamischen Struktur in Abhängigkeit von Achse-II-Diagnosen.

Die Effektstärken in der Dimension „Selbstbezug“ betragen für Patienten ohne PS 0,38 (SE = 0,04) und für Patienten mit einer PS des Clusters B 0,59 (SE = 0,08); dieser Unterschied ist signifikant ($t[135,5] = 2,5, p = 0,014$). In der Dimension „Objektbezug“ ist die Effektstärke für Patienten vom Cluster B mit 0,60 (SE = 0,08) ebenfalls signifikant grösser als die der Patienten ohne PS, welche nur 0,31 (SE = 0,04) beträgt ($t[144,8] = 3,8, p < 0,001$).

Therapieverfahren

Ein Vergleich zwischen humanistischen und tiefenpsychologischen Therapien bezüglich der Verbesserungen auf globaler Ebene ist in Tabelle 8 zu sehen. Auf der Skala OQ-45-Total erreichen humanistische Therapien im Durchschnitt eine höhere Effektstärke als tiefenpsychologische Therapien; dieser Unterschied ist aber nicht signifikant ($F[1, 4164,3] = 2,2, p = 0,136$). Ebenfalls nicht signifikant ist der Unterschied auf der Skala GSI ($F[1, 131,6] = 0,2, p = 0,674$).

In 73,7 % der humanistischen Therapien wird eine Remission der Achse-I-Symptome erzielt, während dies nur in 67,6 % der tiefenpsychologischen Therapien der Fall ist. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant ($OR = 1.34, CI95\% = \{0,71, 2,54\}$).

		Prä		Post		Effektstärke		
		M	SE	M	SE	untere	g	obere
OQ Total	Humanistisch	67,83	1,79	41,76	1,76	1,01	1,17	1,33
	Tiefenpsychologisch	65,43	2,51	43,79	2,46	0,75	0,97	1,19
GSI	Humanistisch	0,99	0,05	0,47	0,03	0,77	0,93	1,10
	Tiefenpsychologisch	0,94	0,06	0,44	0,04	0,65	0,87	1,08

Tabelle 8: Prä-post-Vergleiche zwischen humanistischen und tiefenpsychologischen Therapien (N = 174 bzw. N = 86)

An den humanistischen und tiefenpsychologischen Therapieformen wird nicht selten ein Mangel an evidenzbasierten Wirksamkeitsstudien kritisiert. Im Gegensatz dazu existiert für die kognitiv-behavioralen Therapieformen eine umfangreiche Anzahl Studien, welche ihre Wirksamkeit belegen (Chambless & Ollendick, 2001). Wir haben deshalb die Ergebnisse der PAP-S-Studie mit denen aus 5 Effectiveness-Studien (d. h. Studien unter Praxisbedingungen) zu kognitiv-behavioralen Therapieansätzen verglichen (Tabelle 9).

Studie	N	Diagnosegruppe	Sitzungen (M)	Prä-Werte		Prä-post- Effektstärke ^a	
				GSI	BDI	GSI	BDI
Nelson & Hiller (2013)	1866	gemischt (40 % Depr., 26 % Angstst.)	33,8	1,09	18,9	0,72	0,54
Puschner et al. (2008)	64	gemischt (48 % F3, 41 % F4)	32,3	0,96		0,68	
Westbrook & Kirk (2005)	151	gemischt (19 % Depr., 56 % Angstst.)	13,2		16,9		0,67
Gibbons et al. (2010)	217	Depressionen	15,9		26,4		1,06
Strauss et al (2006)	40	PS (selbstunsicher, zwanghaft)	43,3		15,9		1,18

^a Prä-post-Effektstärken, falls im Original nicht vorhanden, wurden nach Becker (1988) berechnet.

Tabelle 9: Studien zur Effectiveness von kognitiv-behavioralen Therapieansätzen

Zwei Studien sind aus dem deutschsprachigen Raum (Nelson & Hiller, 2013; Puschner et al., 2008), eine aus Grossbritannien (Westbrook & Kirk, 2007) und zwei aus den USA (Gibbons et al., 2010; Strauss et al., 2006). Unsere Stichprobe weist hinsichtlich der Zusammensetzung der Diagnosen und der initialen Belastung die grösste Ähnlichkeit mit der Stichprobe von Nelson und Hiller (2013) auf. Insgesamt lässt sich erkennen, dass die Effektstärken der Therapien aus der PAP-S-Studie, welche mehrheitlich nach einem humanistischen oder tiefenpsychologischen Konzept durchgeführt wurden, in den meisten Vergleichen nicht geringer sind als die Effektstärken von den sogenannten evidenzbasierten verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. Beschränkt man den Vergleich auf Studien mit einer heterogenen Diagnosezusammensetzung (Nelson & Hiller, 2013; Puschner et al., 2008; Westbrook & Kirk, 2007), so stellt man im Gegenteil grössere Effekte bei den Behandlungen aus der PAP-S-Studie fest. Diese Unterschiede müssen aber nicht unbedingt mit der Therapieform zusammenhängen, sie können auch ein Ausdruck der Dosis-Wirkungs-Beziehung sein. Die Dauer der Verhaltenstherapien ist bei den meisten Studien nämlich kürzer als bei den Therapien in unserer Stichprobe. Nichtsdestotrotz unterstützen die Ergebnisse der fünf Vergleichsstudien die Hypothese, dass unter Praxisbedingungen die Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Ansätze im gleichen Spektrum wie die der humanistischen und tiefenpsychologischen Ansätze liegt. Outcome-Unterschiede sind vermutlich eher auf die Forschungsmethodologie als auf die Art der beforschten Interventionen zurückzuführen. Gemäss Schindler et al. (2011) liegt die durchschnittliche Effektstärke bei randomisierten Studien mit einer hohen internen Validität, in welchen die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei Depressionen überprüft wird, bei 1,39 und somit höher als der Durchschnitt bei Effectiveness-Studien mit Schwerpunkt auf externer Validität mit vergleichbaren Patientenstichproben.

Zusammenfassung und Diskussion

Das Ziel der evidenzbasierten Medizin ist „die Spreu vom Weizen zu trennen“, d. h. wirksame von unwirksamen oder wenig wirksamen Behandlungsmethoden zu unterscheiden. Dafür werden randomisiert-kontrollierte Studien durchgeführt, in welchen Behandlungen unter möglichst optimalen Bedingungen geprüft werden (z. B. die Patienten haben in der Regel keinen Substanzmissbrauch als Komorbidität oder die Therapeuten erhalten Supervision). Die Effektivität von Behandlungen, die in der Grundversorgung durchgeführt werden, ist aber nicht nur von der zugrunde liegenden „evidenzbasierten“ Technik abhängig, sondern auch von anderen Faktoren, wie dem Schweregrad der Störung, der Qualität der therapeutischen Beziehung oder der Person des Therapeuten. Deshalb sollte die Ergebnisqualität von psychotherapeutischen Routinebehandlungen ebenfalls untersucht werden. In der vorliegenden Arbeit wird die Ergebnisqualität anhand von Prä-post-Vergleichen evaluiert. Die Analysen basieren auf einer Stichprobe von 300 konsekutiv aufgenommenen Patienten, die im Rahmen der PAP-S-Studie rekrutiert wurden. Die häufigsten Hauptdiagnosen in dieser Stichprobe waren affektive Störungen und Angststörungen. Der Anteil an Patienten mit einer oder mehreren komorbiden Störungen betrug zwei Drittel. Durch die Behandlung der fehlenden Werte mit der multiplen Imputation konnten die Daten von 91 % der Therapieverläufe für die statistische Analyse verwertet werden. Mit diesem Vorgehen wurde dafür gesorgt, dass auch Drop-outs mit einem bescheidenen Behandlungsergebnis in der Evaluation berücksichtigt wurden.

Die Analyse der Prä-post-Veränderungen zeigte grosse signifikante Effektstärken bei den globalen Massen der psychosozialen Beeinträchtigung und der Symptombelastung. Die Zustandsverbesserungen von Patienten mit einer affektiven Störung und von denen mit einer Angststörung waren vergleichbar ausgeprägt. Patienten mit einer PS des Clusters B (mehrheitlich Borderline oder narzisstisch) hatten zu Therapiebeginn grössere Defizite der psychischen Struktur als Patienten ohne PS. Die erste Gruppe erreichte auch signifikant mehr positive strukturelle Veränderungen als die zweite Gruppe. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Patienten mit einer

Borderline-PS oder mit einer narzisstischen PS von einer humanistischen oder tiefenpsychologischen Therapie gut profitieren können.

Ein Vergleich zwischen humanistischen und tiefenpsychologischen Therapien zeigte höhere Effektstärken beim ersten Behandlungsansatz. Der Unterschied, der nicht signifikant ausfiel, lässt sich aber auch durch die unterschiedliche „Dosis“ erklären. Die humanistischen Behandlungen waren nämlich in unserer Stichprobe tendenziell länger als die tiefenpsychologischen Behandlungen.

Die Ergebnisse unserer Stichproben wurden mit denen aus 5 publizierten Effectiveness-Studien verglichen, in welchen das Outcome von kognitiv-behavioralen Behandlungsansätzen evaluiert wurde. Der Vergleich zeigte, dass die Effektstärken bei unserer Stichprobe gleich oder höher waren als die bei Verhaltenstherapien. Es muss aber erwähnt werden, dass die Verhaltenstherapien kürzer waren als die humanistischen und tiefenpsychologischen Behandlungen in unserer Studie. Der Unterschied könnte deshalb nicht primär durch Unterschiede in den Interventionen bedingt sein, sondern lediglich den Effekt einer unterschiedlichen Dosierung darstellen.

Nichtsdestotrotz unterstützen die Ergebnisse die Hypothese, dass unter Praxisbedingungen die Wirksamkeit von humanistischen und tiefenpsychologischen Ansätzen im gleichen Spektrum wie die der kognitiv-behavioralen Ansätze liegt.

Autoren und Autorinnen

Aureliano Cramer, MSc, Qualitätsmanager, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Forschung Psychotherapie und psychische Gesundheit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Dozent für Forschungsmethoden.

Margit Koemeda, Dr. Dipl.-Psych., Psychotherapeutin ASP, Lehrtherapeutin und Trainerin SGBAT, IIBA. Mitglied der Wissenschaftskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie; Redaktionsmitglied in drei Fachzeitschriften; Autorin von Büchern und Fachartikeln zu Themen der Psychotherapieforschung und Körperpsychotherapie.

Volker Tschuschke, Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Psych., ist emeritierter ehemaliger Lehrstuhlinhaber des Faches Medizinische Psychologie an der Universitätsklinik Köln, jetzt Leiter des Studiengangs Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Berlin. Er ist Psychoanalytiker und war jahrelang Dozent an verschiedenen Ausbildungsinstituten, ist Autor von zahlreichen Büchern und Beiträgen in internationalen und nationalen Fachzeitschriften und arbeitet außerdem als Psychotherapeut und Supervisor.

Peter Schulthess, MSc, Psychotherapeut ASP, Ausbilder für Gestalttherapie am IGW Schweiz. Internationale Lehrtätigkeit für Gestalttherapie. Präsident der Schweizer Charta für Psychotherapie und Mitglied in deren Wissenschaftskommission. Redaktion „Psychotherapie-Wissenschaft“. Diverse Publikationen zur Psychotherapie und Gestalttherapie, Herausgeber einer Buchreihe zur Gestalttherapie im Verlag EHP.

Agnes von Wyl, Prof. Dr., ist Leiterin der Abteilung Forschung Psychotherapie und psychische Gesundheit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie. Sie arbeitet ausserdem als Dozentin und psychoanalytische Psychotherapeutin. Ihre Forschungsgebiete umfassen Psychotherapieforschung, Infant Mental Health und psychische Gesundheitsförderung.

Korrespondenz

Aureliano Cramer
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Angewandte Psychologie
Pflingstweidstrasse 96
Postfach 707
8037 Zürich
E-Mail: aureliano.cramer@zhaw.ch

Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitskreis OPD (2006). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2: das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23–32.
- Becker, B. J. (1988). Synthesizing standardized mean-change measures. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 41, 257–278.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159.
- Cramer, A. (2013). Die multiple Imputation in der Bewertung der Ergebnisqualität von Psychotherapien unterschiedlicher Dauer. Bericht. Zürich: Departement Angewandte Psychologie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- De Weert-Van Oene, G. H., De Jong, C. A., Jörg, F., & Schrijvers, G. J. (1999). The Helping Alliance Questionnaire: psychometric properties in patients with substance dependence. *Substance Use and Misuse*, 34, 1549–1569.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3, Suppl.), 166–203.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 776–771.
- Franke, G. H. (2000). BSI: brief symptom inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90 R) – deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.
- Gibbons, C. J., Fournier, J. C., Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., & Beck, A. T. (2010). The clinical effectiveness of cognitive therapy for depression in an outpatient clinic. *Journal of Affective Disorders*, 125, 169–176.
- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5(10), 3–8.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 1–9.
- Grawe, K., & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242–267.
- Groß, A., & Riedel, W.P. (1995). Therapieergebnis und Komplementarität in der Therapeut-Patient-Beziehung: eine Analyse mit Hilfe von SASB. Regensburg: Roderer.
- Grosse-Holtforth, M., & Grawe, K. (2003). Der Inkongruenzfragebogen (INK): ein Messinstrument zur Analyse motivationaler Inkongruenz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 32, 315–323.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (Bearb.) (1994). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bern: Huber.
- Jekauc, D., Völkle, M., Lämmle, L., & Woll, A. (2012) Fehlende Werte in sportwissenschaftlichen Untersuchungen: eine anwendungsorientierte Einführung in die multiple Imputation mit SPSS. *Sportwissenschaft*, 42, 126–136.
- Lachin, J. M. (2000). Statistical considerations in the intent-to-treat principle. *Controlled Clinical Trials*, 21, 167–189; Erratum, *Controlled Clinical Trials*, 21, 526.
- Laireiter, A.-R. (1997). Qualitätssicherung von Psychotherapie: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der ambulanten Praxis. *Psychotherapie Forum*, 5, 203–218.
- Lambert, J. M. (Hrsg.) (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6. Aufl. Hoboken, N.J.: Wiley.
- Lambert, M. J., Hannöver, W., Nisslmüller, K., Richard, M., & Kordy, H. (2002). Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 31, 40–46.
- Nelson, N. E., & Hiller, W. (2013). Therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie: Daten aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 42, 217–229.
- Piechotta, B. (2008). *PsyQM: Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen*. Heidelberg: Springer.
- Puschner, B., Wolf, M., & Kraft, S. (2008). Helping alliance and outcome in psychotherapy: what predicts what in routine outpatient treatment? *Psychotherapy Research*, 18, 167–178.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (Bearb.) (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevison – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 535–546; Erratum, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 546.
- Schafer, J. L., & Graham, J. W. (2002). Missing data: our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7, 147–177.
- Schindler, A. C., Hiller, W., & Withöft, M. (2011). Benchmarking of cognitive-behavioral therapy for depression in efficacy and effectiveness studies: how do exclusion criteria affect treatment outcome? *Psychotherapy Research*, 21, 644–657.
- Schlegel, M., Meier, I., & Schulthess, P. (2011). *Psychotherapien: ein Führer der Schweizer Charta für Psychotherapie für die in ihr vertretenen tiefenpsychologischen, humanistischen und integrativen Psychotherapieverfahren*. Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie.
- Schweizer, M., Buchmann, R., Schlegel, M., & Schulthess, P. (2002). Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz: Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 10, 127–146.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., Laurenceau, J.-P., & Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 337–345.
- Su, Y.-S., Gelman, A., Hill, J., & Yajima, M. (2011). Multiple imputation with diagnostics (mi) in R: opening windows into the black box. *Journal of Statistical Software*, 45, issue 2.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., von Wyl, A., Schulthess, P., & Koemeda-Lutz, M. (2014). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches; preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, DOI 10.1080/10503307.2014.896055.

- Von Wyl, A., Cramer, A., Koemeda, M., Tschuschke, V., & Schulthess, P. (2013). Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S): Studiendesign und Machbarkeit. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 3, 6–22.
- Westbrook, D., & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243–1261; Erratum, *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1703–1704.
- Wittchen H.-U., Zaudig M., & Fydrich T (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV: Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.

La qualité des résultats de la psychothérapie ambulatoire: Résultats des soins de base en Suisse

La médecine fondée sur les faits a pour objet de «séparer le bon grain de l'ivraie», c'est-à-dire de faire la distinction entre méthodes de traitement efficaces et méthodes de traitement inefficaces. A cet effet, on effectue des essais randomisés contrôlés dans lesquels les traitements sont testés dans les meilleures conditions possibles (par exemple, les patients ne présentent en général ni abus de substances ni comorbidités ou bien les thérapeutes sont suivis par supervision). Toutefois, l'efficacité des traitements qui sont administrés dans le cadre des soins de base, ne dépend pas uniquement de la technique sous-jacente «fondée sur les faits», mais aussi d'autres facteurs comme le degré de gravité du trouble, la qualité de la relation thérapeutique ou la personne du ou de la thérapeute. C'est pourquoi, il convient également d'examiner la qualité des résultats des traitements psychothérapeutiques de routine. Dans le présent papier, la qualité des résultats est évaluée en fonction de comparaisons pré- et post-traitement. Les analyses se fondent sur un échantillon de 300 patients consécutifs, recrutés dans le cadre de l'étude sur la pratique de la psychothérapie ambulatoire (PAP-S). Dans cet échantillon, les diagnostics les plus fréquents étaient des troubles affectifs et anxieux. La part des patients présentant un ou plusieurs troubles comorbides était de deux tiers. Le traitement par imputation multiple des valeurs manquantes nous a permis d'exploiter les données de 91% des processus thérapeutiques pour l'analyse statistique. Cette démarche nous a ainsi permis d'intégrer dans l'évaluation les abandons présentant de modestes résultats de traitement.

L'analyse des modifications pré- et post-traitement a révélé d'importantes tailles d'effets significatives dans les masses globales de troubles psychosociaux et de symptômes. Le niveau d'amélioration de l'état des patients souffrant de troubles affectifs et des patients souffrant de troubles anxieux était comparable. Les patients du cluster B souffrant de troubles de la personnalité (pour la plupart borderline ou narcissique) présentaient, au début du traitement, des déficits de la structure psychique plus importants que les patients sans troubles de la personnalité. Ils ont également accompli des transformations structurelles positives significativement plus importantes. Ces résultats démontrent que les patients souffrant de troubles de la personnalité borderline ou narcissique peuvent tirer profit d'une thérapie humaniste ou de psychologie des profondeurs.

Une comparaison entre thérapies humanistes et thérapies de psychologie des profondeurs a révélé une taille d'effet plus importante lors du premier traitement. La différence, statistiquement insignifiante, peut aussi s'expliquer par la différence de «dosage». Dans notre échantillon en effet, les traitements humanistes avaient tendance à être plus longs que les traitements de psychologie des profondeurs.

Les résultats de notre échantillon ont été comparés à ceux de 5 études d'efficacité dans lesquelles étaient évalués les résultats de démarches thérapeutiques cognitivo-comportementales. La comparaison a montré que les tailles d'effet dans notre échantillon étaient égales ou supérieures à celles des thérapies comportementales. Il faut encore mentionner que les thérapies comportementales étaient plus courtes que les thérapies humanistes et de psychologie des profondeurs retenues pour notre étude. C'est pourquoi, les divergences pourraient ne pas découler de différences dans les interventions, mais être seulement l'effet d'un dosage différent.

Néanmoins les résultats confortent l'hypothèse que, dans la pratique professionnelle, l'efficacité des approches humanistes et de psychologie des profondeurs est équivalente à celle des approches cognitivo-comportementales.

Mots clés: qualité des résultats, soins de routine, psychothérapie ambulatoire, comparaisons pré- et post-opératoire, imputation multiple

Originalarbeit

Alexandra Koschier, Anton Leitner

Evaluation des Universitätslehrgangs „Psychotherapeutische Psychologie“ 2004-2014

Zusammenfassung: Die Universitätslehrgänge „Psychotherapeutische Psychologie“ 01-04, die vom Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit in Kooperation mit der Schweizer Charta für Psychotherapie durchgeführt wurden, sind nach der aktuellen Verordnung der Donau-Universität Krems im Rahmen eines begleitenden Evaluationsforschungsprojektes evaluiert worden. Erwartungen und Erfahrungen in Hinblick auf das Lehrangebot konnten erfasst werden. Die Ergebnisse zeigen insgesamt eine sehr positive Bewertung der Weiterbildung, sowohl die Inhalte als auch deren Vermittlung betreffend. Die Förderung der professionellen Kompetenz der Studierenden im Rahmen des Weiterbildungsprozesses ist somit sehr gut gelungen.

Schlüsselwörter: Psychotherapeutische Psychologie, Schweizer Charta für Psychotherapie, Weiterbildungs-evaluation

Evaluation of the university courses Psychotherapeutic Psychology 2004-2014

Abstract: The university courses Psychotherapeutic Psychology 01-04, conducted by the Department for Psychotherapy and Biopsychosocial Health in cooperation with the Swiss Charta for Psychotherapy, have been evaluated in the context of an accompanying evaluation research project according to the current regulation of the Danube University Krems. Expectations and experiences in regard to the curriculum could be detected. The overall results show a very positive assessment of the training, concerning both the content as well as their placement. The promotion of the professional competence of the students proceeded very well in the context of the training process.

Keywords: Psychotherapeutic Psychology, Swiss Charta for Psychotherapy, training evaluation

Valutazione del curriculum universitario "Psicologia psicoterapeutica" 2004-2014

Riassunto: I curricula universitari "Psicologia psicoterapeutica" 01-04, offerti dal Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit (dipartimento per la psicoterapia e la salute biopsicosociale) in cooperazione con la Charta svizzera per la psicoterapia, sono stati valutati secondo l'attuale ordinanza della Donau Universität di Krems nell'ambito di un concomitante progetto di ricerca di valutazione. Ciò ha permesso di considerare le aspettative e le esperienze relative all'offerta di formazione. I risultati mostrano in complesso una valutazione molto positiva della formazione specialistica, sia per quanto riguarda i contenuti, sia per la loro trasmissione. La promozione della competenza professionale degli studenti nell'ambito del processo di formazione specialistica è dunque riuscito molto bene.

Parole chiave: Psicologia psicoterapeutica, Charta svizzera per la psicoterapia, valutazione della formazione specialistica

Hintergrund

Die Donau-Universität Krems hat als führender Anbieter universitärer Weiterbildung die Aufgabe forschungsbegründetes Wissen in Form von Universitätslehrgängen zu vermitteln und ist gemäß dem Bundesgesetz über die Universität für Weiterbildung Krems verpflichtet, der Einheit von Weiterbildung, wissenschaftlicher Lehre und Forschung zu nützen, im Sinne von Entwicklung und Durchführung von Universitätslehrgängen sowie wissenschaftlicher Forschung zur Unterstützung der Lehre in den Universitätslehrgängen (Leitner, 2005). Vor diesem Hintergrund ist auch das Lehrangebot des Departments für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit zu sehen, unter dessen Dach der Universitätslehrgang „Psychotherapeutische Psychologie“ in Kooperation mit der Schweizer Charta für Psychotherapie als Universitätslehrgang mit dem Abschluss eines Weiterbildungsmasters berufsbegleitend durchgeführt wurde.

Nach Planung und Entwicklung wurde der Universitätslehrgang „Psychotherapeutische Psychologie“ in der Verordnung 2004 / Nr. 23 vom 30. September 2004 erstmals genehmigt und ist auch gemäß der zuletzt gültigen Verordnung 2008 / Nr. 10 vom 7. Februar 2008 zu evaluieren. Im Fokus der Evaluation steht die Verbindung von wissenschaftlicher Forschung und Lehre als Maßnahme zur Qualitätssicherung, wobei am Department neben der zentralen Lehrveranstaltungsevaluation auch eine begleitende Evaluationsforschung durchgeführt wird, in der in einer ausführlichen Erhebung vor Beginn und nach Ende jedes Universitätslehrgangs die Stärken und Schwächen des Lehrangebots überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden.

Während seiner Dauer von 5 Semestern wurde im Universitätslehrgang „Psychotherapeutische Psychologie“ Wissen über die gängigsten Konzepte und Theorien auf dem Gebiet der Psychotherapie und Psychologie und angrenzenden Wissensgebieten vermittelt und auch die Forschungsergebnisse in diesem Feld kritisch mit einbezogen. Folgende Fachbereiche wurden thematisiert: Theorie der Psychotherapeutischen Psychologie,

Medizinische Kenntnisse, Grundkenntnisse von Testtheorie und Forschung sowie Grundlagen anderer Wissensgebiete (Brander, 2008).

Im nachfolgenden Artikel werden die wesentlichen Daten der lehrgangsbegleitenden Evaluationsstudie präsentiert.

Studiendesign und Untersuchungsmethode

Fragebogen

Die Evaluationsbögen zur Erhebung der Erwartungen an die bzw. der Erfahrungen mit der Weiterbildung „Psychotherapeutische Psychologie“ im Rahmen der Schweizer Charta für Psychotherapie wurden auf Grundlage von Informationen aus dem Curriculum erstellt und zunächst in einer Papier-Bleistift, später in einer Online-Version verfügbar gemacht. Es wurden neben soziodemografischen Informationen Angaben zu Erwartungen und Voraussetzungen der Weiterbildung, zu Erwartungen, Wünschen und Befürchtungen sowie zu Erfahrungen und Kritikpunkten erhoben, die von den Befragten zum einen mittels einer 11-stufigen Prozentskala (von 0=„gar nicht“ bis 100=„sehr“) zum anderen mittels einer 5-stufigen Schulnotenskala (von 1=„sehr gut“ bis 5=„mangelhaft“) beurteilt wurden. Zusätzlich gab es die Möglichkeit bei einzelnen Fragen Rangreihen zu bilden.

Die Fragebögen wurden als Papier-Bleistift-Bögen vor Beginn und nach Ende des jeweiligen gesamten Universitätslehrgangs vorgegeben. In ihrer Online-Version wurden die Erhebungsbögen mittels EvaSys erstellt und den Studierenden elektronisch zugänglich gemacht. Die Befragung erfolgte anonym, so dass die Zuordnung von einzelnen Datensätzen zu den befragten Personen ausgeschlossen werden konnte.

Datenaufbereitung und statistische Auswertung

Die gewonnenen Daten wurden mit SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) für Windows Version 20 ausgewertet. Hierzu wurden Mittelwerte und Mediane der jeweiligen Häufigkeitsverteilungen herangezogen.

Ergebnisse

Stichprobe

Die Erhebung umfasste die Universitätslehrgänge „Psychotherapeutische Psychologie“ 01-04 und wurde im Zeitraum zwischen 19.11.2004 und 23.08.2014 unter allen am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit in einem der Universitätslehrgänge für „Psychotherapeutische Psychologie“ eingeschriebenen Studierenden durchgeführt. Insgesamt wurden 107 Personen zur Teilnahme an der Evaluation eingeladen.

83 Personen konnten in die Untersuchung eingeschlossen werden, was einer Rücklaufquote von 88,8% entspricht (Abb.1).

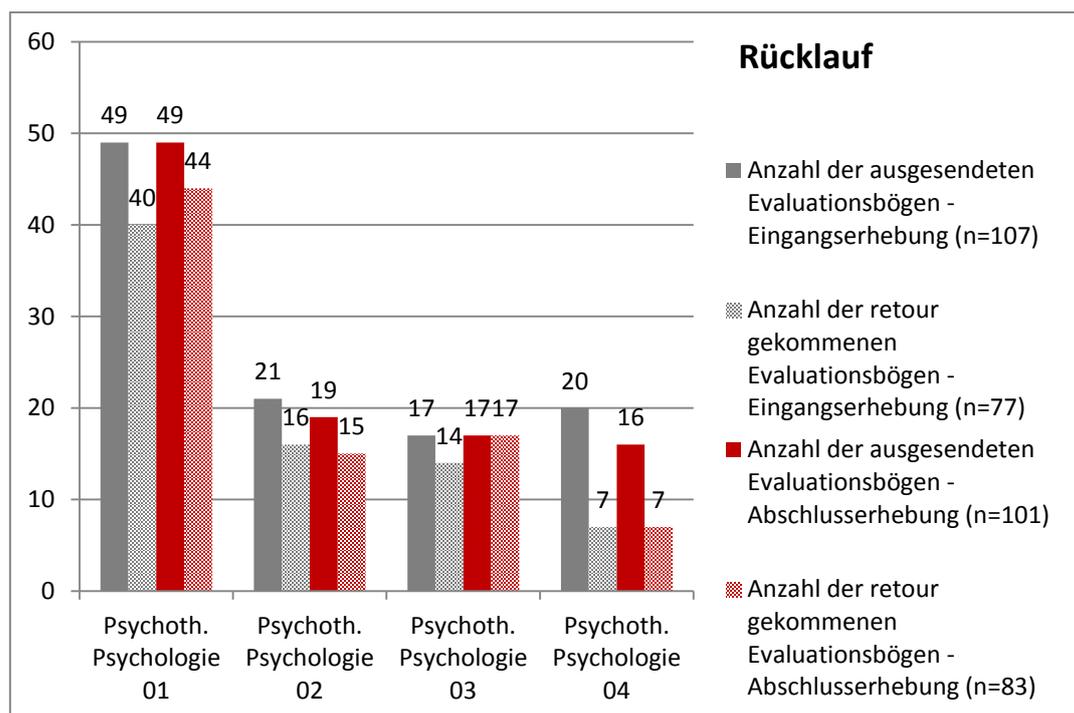


Abb. 1: Anzahl der ausgesendeten und Anzahl der retour gekommenen Evaluationsbögen je Lehrgang (Angaben in absoluten Zahlen) aufgeschlüsselt nach Eingangs- bzw. Abschlusserhebung.

Von den vor Beginn der Weiterbildung befragten StudentInnen waren 18,2 % in einer pädagogischen Einrichtung tätig, 14,3 % in einer kirchlichen und 9,1 % in einer psychosozialen Einrichtung. Die berufliche Tätigkeit veränderte sich zum Ende des Universitätslehrganges hin zu mehr Arbeitsfeldern in klinischen Einrichtungen (12,0%), aber auch hin zu verstärkter Tätigkeit in eigener Praxis. Rund zwei Drittel der Studierenden waren weiblich, ein Drittel männlich mit einem durchschnittlichen Alter von 43 Jahren zu Beginn bzw. 47 Jahren nach Ende des Universitätslehrgangs. Die soziodemografischen Charakteristika der Stichprobe werden in Tabelle 1 präsentiert.

	Eingangserhebung		Abschlusshebung	
	n	%	n	%
Psychotherapeutische Psychologie				
Studierende	77	100	83	100
Geschlecht				
Weiblich	54	70,1	55	66,3
Männlich	22	28,6	26	31,3
Fehlende Angaben	1	1,3	2	2,4
Grundausbildung				
Hochschulstudium	43	5,8	k.A.	k.A.
Fachhochschule	22	28,6	k.A.	k.A.
Äquivalent	11	14,3	k.A.	k.A.
Tätigkeitsfeld				
Pädagogische Einrichtung	14	18,2	11	13,3
Unternehmen	5	6,5	6	7,2
Dienstleistungsbetrieb	5	6,5	3	3,6
Psychosoziale Einrichtung	7	9,1	7	8,4
Klinische Einrichtung	2	2,6	10	12,0
Kirchliche Einrichtung	11	14,3	3	3,6
Sonstiges	24	31,2	30	36,1
Fehlende Angaben	9	11,7	13	15,7
Alter		Jahre		Jahre
Alter gesamt		43,42		47,17
Alter weiblich		44,61		48,45
Alter männlich		40,81		44,76

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung zu Beginn bzw. nach Ende der Weiterbildung.

Erwartungen und Erfahrungen

Die wesentlichen Kriterien zum Beginn der Weiterbildung „Psychotherapeutische Psychologie“ lagen im Erwerb der Grundlagen für eine Psychotherapieausbildung, in der fachlichen Kompetenzerweiterung und einer persönlichen Weiterentwicklung. Aber auch die Möglichkeit eines berufsbegleitenden Masterabschlusses sowie das Interesse an den Themen Psychologie, Psychotherapie während der ganzen Lebensspanne und die Möglichkeit zur Wissens- und Erfahrungsvertiefung bildeten starke Motive für die Wahl der Weiterbildung. Darüber hinaus wurde die Gelegenheit zum fachlichen Austausch im kompetenten KollegInnenkreis aber auch die Interdisziplinarität sowohl der Mit-StudentInnen als auch der Vortragenden als wertvoller Output der Psychotherapeutischen Psychologie-Lehrgänge angesehen. In diesem Zusammenhang wurden auch der Diskurs mit der wissenschaftlichen Community und die damit verbundene Möglichkeit, den neuesten Stand des psychotherapeutischen Wissens kennenzulernen, angesprochen.

Der Großteil der befragten Studierenden erwartete eine wesentliche Entwicklung der persönlichen, sozialen und professionellen Fähigkeiten und Fertigkeiten durch die Weiterbildung. Insbesondere wurde eine Stärkung der professionellen Sicherheit erwartet (mw=72,42, md=80 (0=gar nicht bis 100=sehr), s=18,65; n=66). Tatsächlich ließen sich in allen Bereichen Verbesserungen feststellen, wobei insbesondere die Entwicklung der persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten insgesamt (mw=66,89, md=70 (0=gar nicht bis 100=sehr), s=24,60; n=74) sowie die persönliche Entscheidungsfähigkeit (mw=59,31, md=65 (0=gar nicht bis 100=sehr), s=25,97; n=72) stark über den Erwartungen lagen. Folgende Abbildung gibt die Frage wieder:

Wie sehr glauben Sie, hat diese Weiterbildung die Entwicklung Ihrer Fähigkeiten & Fertigkeiten beeinflusst?

	gar nicht											sehr										
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
persönliche (insgesamt)	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Entscheidungsfähigkeit	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
soziale (insgesamt)	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Entscheidungsfähigkeit	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Kooperationsfähigkeit	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

<i>professionelle (insgesamt)</i>	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
professionelle Sicherheit	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
professionelle Kooperation	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

Die Entwicklungserwartungen wurden in allen Bereichen von der tatsächlichen Erfahrung übertroffen.

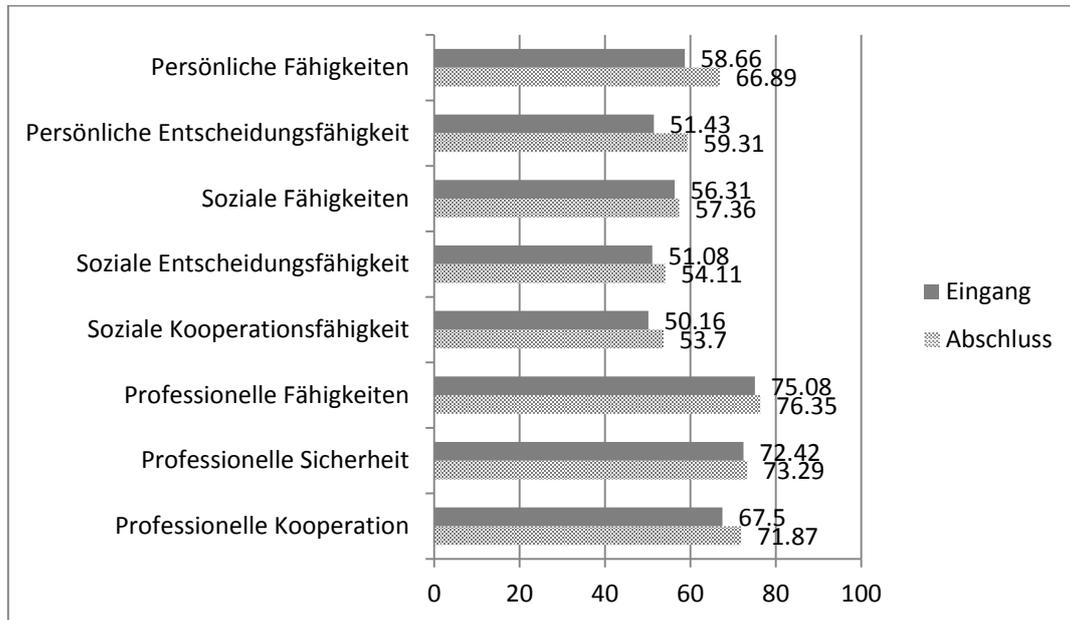


Abb. 2: Erwartung der Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten vor der Weiterbildung sowie tatsächliche Erfahrungen nach Abschluss der Weiterbildung (Angaben in Prozent)

Diese Veränderungen von Fähigkeiten und Fertigkeiten sollten aus der Erwartung der Studierenden am ehesten durch die Vermittlung der Theorie der psychotherapeutischen Psychologie und die Vertiefung medizinischer Kenntnisse erreicht werden. Grundkenntnisse von Testtheorie und Forschung sowie die Grundlagen anderer – juristischer, philosophischer, religionswissenschaftlicher – Wissensgebiete wurden als weniger wichtig eingestuft. Als entscheidende Faktoren für fachlich kompetente PsychotherapeutInnen wurden Persönlichkeit, Empathie sowie Qualität der Arbeitsbeziehung und Motivation der/des Hilfesuchenden erwartet. Hier deckten sich die Erfahrungen nach Abschluss des Universitätslehrgangs sehr genau mit den Erwartungen vorher. Einzig der Empathie wurde nach der tatsächlichen Lernerfahrung ein noch höherer Stellenwert eingeräumt. Die Rangreihen werden in Abbildung 3 dargestellt.

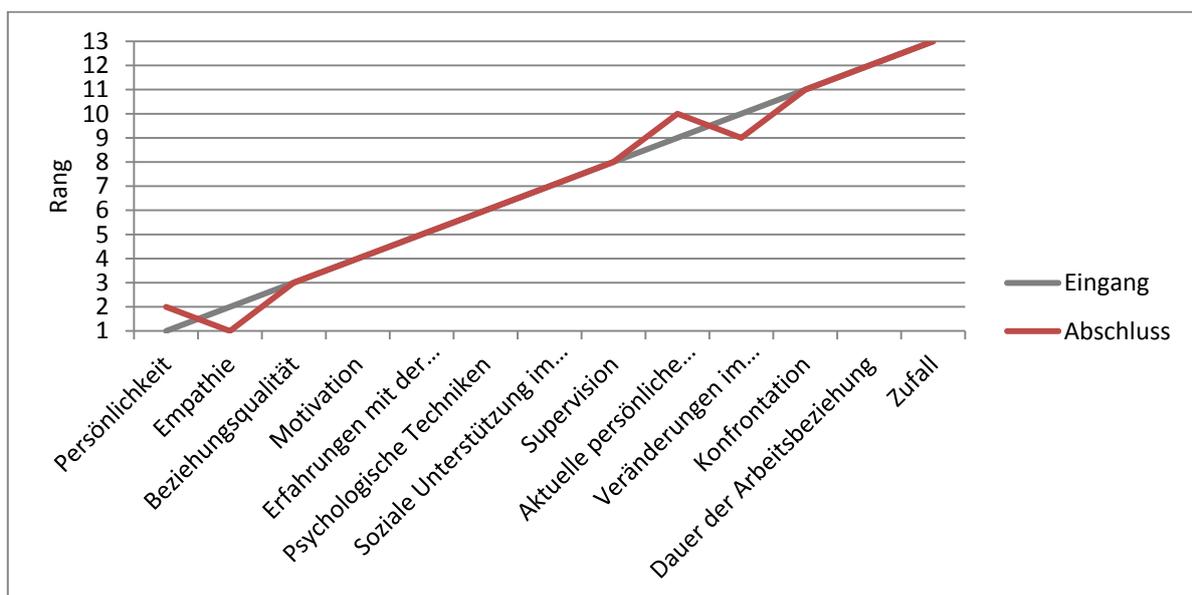


Abb. 3: Kompetenzfaktoren für PsychotherapeutInnen (Rangreihe, 1=am wichtigsten, 13=am unwichtigsten) im Vergleich zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung

Beinahe 90 % der Studierenden sahen ihre professionelle Kompetenz durch die Weiterbildung (sehr) stark gefördert und nur 2 Personen beurteilten diese professionelle Förderung mit genügend oder mangelhaft. Insgesamt betrachtet fällt die Gesamtbewertung des Universitätslehrgangs „Psychotherapeutische Psychologie“ demnach äußerst positiv aus. Mehr als 90 % der Studierenden vergaben mindestens die Schulnote gut und unzufriedene StudentInnen gab es nur in äußerst geringem Ausmaß (Abb.4).

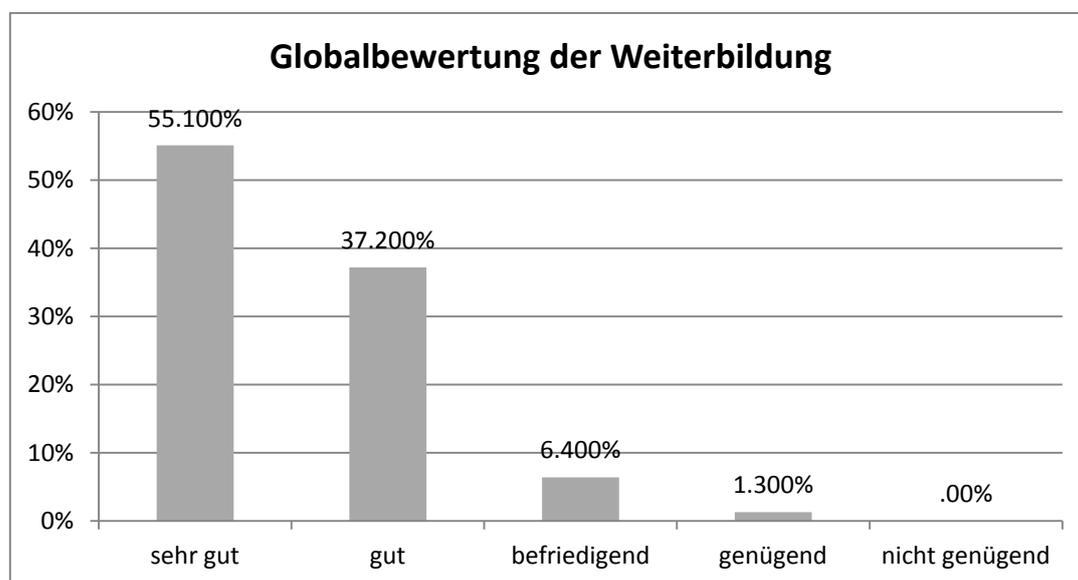


Abb. 4: Gesamtbeurteilung der Weiterbildung in Schulnoten (n=83)

Im Detail wurden Programmstruktur, Inhalt, Didaktik sowie Übertragbarkeit in die Praxis der Unterrichtsfächer bewertet. Besonders gut schnitten die Programmstruktur der Theorie der Psychotherapeutischen Psychologie (mw=1,71) sowie der Medizinischen Kenntnisse (mw=1,73) bei einer Bewertung im Schulnotensystem ab. Auch inhaltlich konnten diese beiden Fächer (Theorie: mw=1,55; Medizin: mw=1,59) überzeugen. Hinsichtlich der Didaktik wurden die Grundlagen anderer Wissensgebiete am besten (mw=1,90) bewertet, am besten gelang die Übertragung medizinischer Kenntnisse in die Praxis (mw=1,96). In allen Bereichen konnten überwiegend sehr gute bis gute Ergebnisse erzielt werden.

Der Weiterbildungsprozess wurde durch die Vortragenden gut begleitet (mw=2,01), insbesondere deren Fähigkeiten und Wissen über die vorgetragenen Inhalte war ausgezeichnet (mw=1,33), ebenso wie ihr praktische Können (mw=1,64). Einen Überblick gibt Tabelle 3.

Unterrichtsfach	n	mw	md	s
Theorie der Psychotherapeutischen Psychologie				
Programmstruktur	70	1,71	2	0,593
Inhalt	71	1,55	2	0,580
Didaktik	72	2,18	2	0,845
Übertragbarkeit in die Praxis	68	2,04	2	0,781
Medizinische Kenntnisse				
Programmstruktur	73	1,73	2	0,731
Inhalt	73	1,59	1	0,723
Didaktik	70	1,91	2	0,756
Übertragbarkeit in die Praxis	70	1,96	2	0,842
Grundkenntnisse von Testtheorie und Forschung				
Programmstruktur	70	1,96	2	0,669
Inhalt	69	1,86	2	0,733
Didaktik	67	2,07	2	0,785
Übertragbarkeit in die Praxis	68	2,24	2	0,883
Grundkenntnisse anderer Wissensgebiete				
Programmstruktur	70	1,94	2	0,778
Inhalt	71	1,62	2	0,684
Didaktik	70	1,90	2	0,705
Übertragbarkeit in die Praxis	69	2,20	2	0,739

Unterrichtsfach	n	mw	md	s
Kompetenz der Vortragenden				
Betreuung des Weiterbildungsprozesses	81	2,01	2	0,955
Wissen	81	1,33	1	0,500
Praktisches Können	81	1,64	2	0,639
Didaktische Fähigkeiten	78	2,14	2	0,716
Didaktische Fertigkeiten	72	2,13	2	0,749

Tabelle 3: Bewertung der einzelnen Unterrichtsfächer und der Vortragenden. Anmerkung: n=Anzahl der Personen, mw=Mittelwert, md=Median, s=Standardabweichung

Auch der Kommunikations- und Informationsfluss mit Lehrgangsleitung, Vortragenden, Verwaltung und Organisation sowie unter den Studierenden wurde durchwegs mit gut bewertet, ebenso wie die Vorbereitung und Abwicklung von (Teil-)Prüfungen und schriftlichen Arbeiten.

Insgesamt betrachtet wurde die Weiterbildung als große Bereicherung mit hoher Qualität und von besonderem Wert erlebt. Der fachliche Standard, die Vielfältigkeit der gebrachten Informationen und auch die inhaltliche Kompetenz wurden als äußerst positiv beschrieben. Kritik wurde von den Studierenden an dem geringen Frauenanteil unter den Vortragenden sowie an der didaktischen Aufbereitung der Weiterbildungsinhalte – *zu viel Frontalunterricht*, aber auch an der Dichte der Informationen geübt. Zudem wurde die doch bedeutende zeitliche und emotionale Beanspruchung, die der Universitätslehrgang - trotz der berufsbegleitenden Abhaltung - herausgestrichen.

Fazit

Die Studierenden konnten einen umfassenden Einblick in bzw. Rückblick auf ihre Ausbildung liefern und wertvolle Aussagen zu den verschiedenen Ausbildungsbestandteilen geben. In der vorliegenden Untersuchung lag der Fokus auf der Evaluation des Universitätslehrganges „Psychotherapeutische Psychologie“ mit dem Ziel dessen Rahmenbedingungen zu erhellen. Die Ergebnisse der Studie stellen eine detaillierte empirische Diskussionsgrundlage in Bezug auf die Erwartungen und Erfahrungen bzw. Kritikpunkte in Hinblick auf das Lehrangebot dar.

Es wird deutlich, dass der Universitätslehrgang sehr positiv erlebt wurde und das Ziel des Erwerbs theoretisch psychotherapeutischer, psychologischer und medizinischer Kenntnisse sowie die Vermittlung von Grundkenntnissen in Testtheorie und Forschung und anderen Wissensgebieten erreicht wurde.

Äußerst positiv kann hervorgehoben werden, dass sich die Erwartungen der Studierenden mit den tatsächlich gemachten Lernerfahrungen deckten. Es konnten Fachkenntnisse erweitern werden und persönliche, soziale und professionelle Kompetenzen gestärkt werden. Die Forschungsbefunde zeigen auch, dass eine Stärkung der professionellen Sicherheit durch die Weiterbildung erreicht werden konnte. Die Studierenden konnten einen guten Einblick in die multiprofessionelle, integrative Arbeitsweise von PsychotherapeutInnen gewinnen, wobei insbesondere die Persönlichkeit der PsychotherapeutInnen, Empathie sowie Beziehungsqualität wesentlich erschienen. Auch bezüglich der Verbindung von Theorie und Praxis wurden durchwegs positive Erfahrungen berichtet.

Zusammenfassend lässt sich ein sehr positives Bild des Universitätslehrgangs „Psychotherapeutische Psychologie“ zeichnen.

AutorInnen

Mag. Alexandra Koschier, Klinische- und Gesundheitspsychologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrgangsleiterin am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems, Frauenberatung. Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieforschung, Evaluationsstudien.

Univ.-Prof. Dr. Anton Leitner, MSc, Arzt, Psychotherapeut, Supervisor, Balintgruppenleiter, Lehrtherapeut für Integrative Therapie. Leiter des Departments für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems, Senatsvorsitzender der Donau-Universität Krems (2010 – 2013). Mitglied des Obersten Sanitätsrates im Bundesministerium für Gesundheit der Republik Österreich (seit 2008) und im Psychotherapiebeirat. Arbeitsschwerpunkte und Veröffentlichungen: Psychosomatik, Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapieforschung.

Korrespondenz

Univ.-Prof. Dr. Anton Leitner, MSc
Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
Donau-Universität Krems
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
A-3500 Krems an der Donau
Österreich

anton.leitner@donau-uni.ac.at
<http://www.donau-uni.ac.at/psymed>

Literaturverzeichnis

- Brander, F.N., (2008), Evaluation des Universitätslehrganges Psychotherapeutische Psychologie 2004-2007 an der Donau-Universität Krems, Psychotherapie Forum, 16, 136-141.
- Leitner, A., (2005), Evaluation – ein Beispiel. Weiterbildungs-evaluation des Universitätslehrganges „Psychosoziale Beratung“ aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin der Donau-Universität Krems. „In“ Reichel, „(Hrsg.)“, Beratung Psychotherapie Supervision. Einführung in die psychosoziale Beratungslandschaft, (125-137), Wien: Facultas

Article inédit - Synthèse

Alexandra Koschier, Anton Leitner

Evaluation de la formation universitaire «Psychologie psychothérapeutique» 2004–2014

La formation universitaire «Psychologie psychothérapeutique» proposée par l'Université du Danube de Krems s'est accompagnée d'une évaluation dans le cadre d'un projet de recherche. L'enseignement dispensé par cette formation située dans le département de psychothérapie et de santé biopsychosociale, portait sur les concepts et les théories de psychothérapie les plus courants ainsi que sur quatre grandes matières dans le domaine de la psychologie et les domaines voisins (théorie de la psychologie psychothérapeutique, connaissances médicales, connaissances de base en théorie des tests et en recherche ainsi que dans d'autres disciplines). L'évaluation s'est déroulée en deux phases d'enquête, avant le début et après la clôture de la formation continue universitaire, et elle a inclus les étudiants de la formation universitaire «Psychologie psychothérapeutique» des années 2001–2004.

Ont d'abord été saisis les raisons expliquant le choix de cette formation continue, ce qui a fait ressortir trois motifs essentiels:

- 1) l'acquisition des bases pour une formation de psychothérapeute,
- 2) le désir d'accroître sa compétence professionnelle et
- 3) le désir de poursuivre sa formation personnelle.

La formation continue a surpassé les attentes en ce qui concerne un accroissement significatif des aptitudes et de l'expérience personnelles, sociales et professionnelles, dans tous les domaines d'apprentissage examinés. L'enseignement de la théorie de la psychologie psychothérapeutique et l'approfondissement des connaissances médicales ont renforcé ces aptitudes et cette expérience. De plus, la personnalité, l'empathie et la qualité relationnelle ont été définies comme des éléments importants de la compétence professionnelle des psychothérapeutes. Ici aussi, l'expérience a répondu aux attentes. Dans l'ensemble, la formation continue a (fortement) renforcé la compétence professionnelle des étudiants. L'évaluation d'ensemble de la formation universitaire a été extrêmement positive; ont été relevés surtout la structure du programme sur la théorie de la psychologie psychothérapeutique et l'enseignement de connaissances médicales.

La formation universitaire «Psychologie psychothérapeutique» a pu élargir le savoir professionnel et améliorer les compétences personnelles, sociales et professionnelles.

Originalarbeit

Courtenay Young, Traudl Szyszkowitz, Renée Oudijk, Peter Schulthess, Ansis Stabingis

Das EAP-Projekt zur Etablierung der professionellen Kompetenzen einer/eines europäischen PsychotherapeutIn¹

Zusammenfassung: In diesem Artikel der Arbeitsgruppe dieses EAP Projektes, wird der Hintergrund, die Begründung und der Prozess der Entwicklung dieses seit drei bis vier Jahren dauernden EAP Projektes zur professionelle Kompetenzbeschreibung einer/eines europäischen PsychotherapeutIn zusammenfassend beschrieben. Wir schildern zusätzlich den letzten Abschnitt des (ungefähr 10-jährigen) Projektes. Dieser Artikel beschreibt die Notwendigkeit für, und die Entwicklung von einem Set professioneller Kompetenzen, welche für die Ausübung eines unabhängigen Berufes der Psychotherapie in Europa, gebraucht werden. Das Konzept der freien Bewegung von Berufsleuten in der EU, der Unterschied sowie die Überschneidungen zwischen den Aufgaben einer/eines PsychotherapeutIn und der beruflichen Arbeit von klinischen PsychologInnen und PsychiaterInnen und BeraterInnen, werden besprochen.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Berufliche Kompetenzen, Grundkompetenzen, Funktionale Kompetenzen, Professionelle Ausbildungsstandards.

The EAP Project to Establish the Professional Competencies of a European Psychotherapist

Abstract: In this article, we, the Working Group for the EAP Project, summarise the background to, the rationale of, and the process and development of the EAP's Project to Establish the Professional Competencies of a European Psychotherapist over the last three to four years and we also outline the rest of the (about 10-year) project.

This article describes the need for, and the development of, a set of professional competencies that are needed for an independent profession of psychotherapy in Europe, for the concept of the free movement of professionals across European countries and to differentiate between the work of a psychotherapist and the overlapping professional work of clinical psychologists, psychiatrists and counsellors. The article was first published in: *International Journal of Psychotherapy*: 2013, Vol. 17, No. 2, pp. 23-25: ISSN 1356-9082

Key Words: Psychotherapy, professional competencies, core competencies, functional competencies, professional training standards.

Les compétences professionnelles d'un psychothérapeute européen : un projet EAP

Résumé: Dans cet article, le groupe de travail pour le Projet EAP fait la synthèse de la motivation initiale, le rational, le processus et le développement du Projet EAP pour établir les compétences professionnelles du psychothérapeute européen sur les dernières trois ou quatre années, et nous exposons aussi la suite du projet, prévu sur environ dix ans.

Cet article décrit le besoin et le développement d'une énumération de compétences professionnelles qui sont nécessaires pour une profession indépendante de psychothérapie en Europe, pour le concept de la libre circulation de professionnels entre pays européens, et pour distinguer entre le travail d'un psychothérapeute et le travail professionnel complémentaire des psychologues cliniciens, des psychiatres et des conseillers.

Mots clés: Psychothérapie, compétences professionnelles, compétences centrales, compétences fonctionnelles, standards de la formation professionnelle

Definizione delle competenze professionali dello psicoterapeuta europeo: il Progetto EAP

Abstract: In questo articolo, il gruppo di lavoro del Progetto EAP riassume il contesto, la motivazione nonché il processo e lo sviluppo del Progetto EAP volto a definire le competenze professionali dello psicoterapeuta europeo nel corso degli ultimi tre-quattro anni e descrive a grandi linee il resto del progetto (della durata di circa 10 anni).

L'articolo descrive il bisogno e lo sviluppo di una serie di competenze professionali necessarie per l'esercizio indipendente della professione di psicoterapeuta in Europa, per la libera circolazione dei professionisti tra i Paesi Europei nonché per distinguere il lavoro dello psicoterapeuta da quello dello psicologo clinico, dello psichiatra e del *counsellor*, che in parte si sovrappone a esso.

Parole chiave: psicoterapia, competenze professionali, competenze di base, competenze funzionali, standard di formazione professionale.

¹ Dieser Beitrag ist im Original auf Englisch erschienen in: *International Journal of Psychotherapy*: 2013, Vol. 17, No. 2, pp. 23-25: ISSN 1356-9082. Der Abdruck in deutscher Sprache erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Redaktion. Der Text ist stellenweise vom Mitautor Peter Schulthess leicht verändert worden.

Einleitung

Seit bald 25 Jahren versucht die European Association of Psychotherapy (EAP), die Delegierten verschiedener Länder und die VertreterInnen mehrerer Psychotherapie-Vereinigungen auf der Basis der Strassburger Deklaration zur Psychotherapie von 1990¹ bei der Etablierung der Psychotherapie als selbständigen Berufsstand zu unterstützen. Sie hat die nationalen Anerkennungs- bzw. Dachorganisationen für Psychotherapie (intern als NAO oder NUO bezeichnet) in rund 41 Ländern und die europaweiten (Akkreditierungs-) Organisationen (EWO oder EWAO) für etwa 16 verschiedene Therapieverfahren oder -methoden zusammengebracht. Auch hat sie eine Standesordnung, das Statement of Ethical Principles, ein Dokument zum Europäischen Zertifikat für Psychotherapie (ECP), das die beruflichen Ausbildungsstandards für European Accredited Psychotherapy Training Institutes (EAPTI) umreisst, sowie verschiedene weitere Dokumentationen verfasst, die alle darauf hinzielen, die Psychotherapieausbildung in Europa als vierjähriges Fachstudium auf Master-Stufe und einem Master-Äquivalent als Abschluss zu etablieren, das auch eine mindestens zweijährige berufspraktische Tätigkeit unter Supervision einschliesst.

In den letzten 10-15 Jahren haben jedoch einige europäische Länder (z.B. Italien, Deutschland, Frankreich, die Schweiz usw.) anderslautende Gesetze oder Vorschriften erlassen, wonach entweder die Psychotherapie nur von staatlich zugelassenen PsychologInnen und PsychiaterInnen praktiziert werden darf oder sich nur Personen mit einem Abschluss in Medizin oder klinischer Psychologie und einer entsprechenden Weiterbildung in Psychotherapie als PsychotherapeutInnen bezeichnen dürfen. Hinsichtlich der beruflichen Migration in der EU schaffte das Probleme. Dort, wo man begonnen hat, solche nationalen Bestimmungen gerichtlich beurteilen zu lassen, ob in einem anderen Land erworbene Fachausbildungen gemäss „liberaleren Gesetzen“ nicht auch zur Berufsausübung in einem Land mit restriktiverer Gesetzgebung führen müsse, obsiegt zumeist die ‘Raison d’Etre’ der Europäischen Union, für einen freien Arbeitsmarktzugang in ganz Europa zu sorgen, die gegenüber nationalen Gesetzen den Vorrang hat. Dies bringt insofern eine Anomalie mit sich, als dadurch in diese Länder zuwandernde PsychotherapeutInnen (die in einem anderen Land staatlich zugelassen sind) gegenüber den (an diese restriktiven Praktiken gebundenen) InländerInnen im Vorteil sind, und diese Art der Diskriminierung muss von den letztinstanzlichen Gerichten in diesen Ländern erst noch beurteilt werden.

In den letzten 20-25 Jahren hat jedoch nie jemand offiziell oder exakt festgehalten, was die Ausübung der Psychotherapie effektiv beinhaltet, d.h. was europäische PsychotherapeutInnen funktionell und professionell zu leisten imstande sein sollten. Ein Manko, das es zu beheben gilt, wenn die Psychotherapie je als selbständiger Beruf etabliert werden können soll.

Im Wesentlichen vor diesem Hintergrund wurde etwa 2007 das EAP-Projekt zur Etablierung der professionellen Kompetenzen einer/eines europäischen PsychotherapeutIn ins Auge gefasst. Wesentlich detailliertere Angaben zum Projekt und seinen Hintergründen sind auf der Projekt-Website www.psychotherapy-competency.eu zu finden.

Fachkompetenzen

Die Europäische Union stützt sich bei der Definierung der verschiedenen Berufe und Gewerbe, für die sie den freien Arbeitsmarktzugang in ganz Europa sicherstellen möchte, auf das Konzept der fachlichen oder funktionellen Kompetenzen. Diese Kompetenzen sind die grundlegenden Leistungs- und Verhaltensanforderungen, die von einer Kombination adäquater Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen abgeleitet werden und es ermöglichen, eine bestimmte Aufgabe erfolgreich wahrzunehmen. Bei den Leistungsanforderungen geht es um die "technischen" Erfordernisse, die Fähigkeiten, die für die jeweilige Aufgabe oder den jeweiligen Beruf spezifisch sind. Die Verhaltensanforderungen könnte man als die "Soft Skills" bezeichnen, über die eine Person verfügen muss, um ihre Rolle erfolgreich auszuüben. ‘Teamfähigkeit’ etwa ist ein Beispiel für eine oft geforderte Verhaltenskompetenz. Es existieren auch Konzepte von “Schwellenkompetenzen”, die im Wesentlichen den Zugang zu einem Beruf oder einer Tätigkeit erlauben, und “differenzierenden Kompetenzen”, die zwischen verschiedenen Fähigkeitsebenen innerhalb eines Berufs unterscheiden, d.h. etwa zwischen einem Bereichsleiter und einem Geschäftsführer. Dieses Konzept der ‘Kompetenzen’ ist in den letzten 15-20 Jahren immer universeller und zentraler geworden, besonders in der beruflichen Weiterbildung, im Personalmanagement und – natürlich – in der Ausbildung, da diese Kompetenzen letztlich die Lerninhalte der jeweiligen Berufsausbildung determinieren.

Es wurde recht schnell recht klar, dass es innerhalb der Psychotherapie drei verschiedene Haupttypen von Kompetenzen gibt. Die Projektgruppe, die als Unterausschuss des European Training Standards Committee (ETSC) der EAP gebildet wurde, identifizierte “Grundkompetenzen” (die allen Psychotherapien und allen PsychotherapeutInnen in allen Ländern und unabhängig von den praktizierten Methoden oder Verfahren gemein sind), “spezifische Kompetenzen” (die einer bestimmten Art (oder bestimmten Arten) der Psychotherapie oder

den PsychotherapeutInnen eines bestimmten Landes gemein sind) und schliesslich “spezialisierte Kompetenzen” (die der Psychotherapie mit ‘speziellen’ Gruppen von KlientInnen oder auch ‘spezialisierten’ Tätigkeiten in der Psychotherapie wie Ausbildung, Supervision, Forschung, Management usw. gemein sind).

In manchen europäischen Ländern gab es ähnliche Versuche, die Berufskompetenzen in der Psychotherapie zu beschreiben, namentlich in Grossbritannien, wo diese heute als National Occupational Standards (NOS)ⁱⁱ bezeichnet werden. Diese wurden ursprünglich unter dem Patronat eines “Skills for Health”-Projekts entwickelt, aber von den verschiedenen psychotherapeutischen ‘Hauptrichtungen’ innerhalb der britischen Psychotherapieⁱⁱⁱ unabhängig voneinander zusammengestellt, worauf sie vom Gesundheitsministerium übernommen wurden. Doch da sie von jeder ‘Hauptrichtung’ einzeln entwickelt wurden, ist nur wenig “Kernmaterial” vorhanden und die Schnittmenge zwischen den verschiedenen Richtungen darum sehr klein. Darum konsultierten wir diese NOS zwar im Rahmen unserer Literaturlauswertung, doch als Basis für unser Projekt erwiesen sie sich als nicht sehr hilfreich.

Weitere Komplikationen ergaben sich aus den recht unterschiedlichen Verhältnissen in den einzelnen europäischen Ländern: Mancherorts, etwa in Grossbritannien, haben sich BeraterInnen als ‘Berufsstand’ gut etabliert; sie sind in der Regel (bezüglich Kompetenzen) etwas weniger gut ausgebildet als etwa klinische PsychologInnen und PsychotherapeutInnen. Andere Länder kennen dies nicht, so dass dort praktisch die ganze psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von PsychologInnen und PsychiaterInnen geleistet wird. Weiter gibt es die ‘HeilpraktikerInnen’-Ausbildungen (in Deutschland) und andere Differenzierungsformen wie Pflegefachleute für Gemeindepsychiatrie, SozialarbeiterInnen, psychologische TherapeutInnen usw. Mehrere Länder kennen eine schriftliche Rechtskodifizierung in der Art eines ‘Code Napoléon’ und “Restriktionen”, wer sich PsychotherapeutIn nennen darf, während andere sich mehr auf die Rechtsprechung und Präzedenzfälle stützen und tendenziell jene ‘zulassen’, die von den zuständigen Berufsverbänden empfohlen werden.

Ähnliche Schwierigkeiten hatten wir in der Vergangenheit auch mit begrifflichen Unterschieden zwischen den Sprachen: So kennt zum Beispiel das Französische offenbar keine richtige Entsprechung für ‘modality’ in der Psychotherapie; ‘mode’ oder ‘méthode’ sind ähnlich, während das französische ‘modalité’ etwas anderes bedeutet, eher eine Verfahrensweise.^{iv}

Daher konzentrierten wir uns als Projektgruppe darauf, ein breiter ausgelegtes und weiter gefasstes Set von “Grundkompetenzen” für europäische PsychotherapeutInnen zu entwickeln: vielleicht eher ein Ideal als etwas, das auf dem einen oder anderen Land basiert oder sich in der einen oder anderen Methode abspielt. Darum haben wir diese Grundkompetenzen als ‘Leitfaden’ für die Psychotherapie als neu entstehenden selbständigen Berufsstand in Europa konzipiert, ähnlich dem Statement of Ethical Principles der EAP.

2010 und 2011 konsultierten wir zahlreiche (etwa 167) Dokumente, welche die Grundlage der Literaturlauswertung für das Projekt bildeten. Ein Überblick über diese Auswertung ist auf der Projekt-Website^v zu finden, ebenso das Verzeichnis der ausgewerteten Dokumente.^{vi} In dieser frühen Vorbereitungsphase, vor allem 2009, trafen wir uns mehrmals zu Projektbesprechungen, entweder extern oder an den ordentlichen EAP-Meetings, an denen wir das Projekt den Delegierten und dem Board mit verschiedenen Präsentationen vorstellten. Schliesslich erteilte uns das EAP-Board recht einstimmig den Auftrag, das Vorhaben weiterzuführen, und es wurden Budgets und Parameter festgelegt (insbesondere an den EAP-Meetings in Bukarest im Juli 2010). Zu diesem Zeitpunkt hatten wir auch damit begonnen, die verschiedenen ‘Domänen’ der Berufsausübung zu bestimmen. Insgesamt kamen wir auf 13 verschiedene Domänen, die, nachdem wir im Dezember 2009 mit einer Umfrage bei Mitgliedsorganisationen einige Optionen ‘ausgetestet’ hatten, noch leicht angepasst wurden. Zudem hielten wir einige Meetings (via Skype und persönlich) mit Prof. Bernhard Strauss von der Universität Jena^{vii} als Berater ab.

Nachdem wir so eine Basis dafür gelegt hatten, was unter den ‘Kompetenzdomänen’ europäischer PsychotherapeutInnen zu verstehen ist, vertieften wir uns in eine detailliertere Beschreibung dessen, was professionelle PsychotherapeutInnen *idealerweise* in der Lage sein sollten, in der täglichen Berufspraxis in diesen verschiedenen Domänen zu leisten. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Beschreibung substanziell von bereits existierenden Definitionen der ‘Psychotherapie’ abweicht^{viii}. Als Bezugspunkt zogen wir die Kompetenzen einer Person heran, die unlängst eine 4-jährige Fachausbildung in Psychotherapie auf Master-Stufe abgeschlossen hat, mit substanzieller klinischer Praxiserfahrung (zu Beginn unter Supervision), mit einer Komponente ‘Eigentherapie’ und/oder einer Reifebeurteilung und den Fähigkeiten zur professionellen Führung einer psychotherapeutischen Praxis sowie mit der geforderten zusätzlichen ständigen Weiterbildung (CPD)^{ix}.

Es ist wohl bemerkenswert, dass die ‘Standarddefinition’ der Grundausbildung für jeden “akademischen Beruf” in Europa^x bezüglich Länge und Umfang ein Minimum von 7 Jahren ab Alter 18 vorsieht, wobei die ersten 3 Jahre zu einem relevanten (ersten) Universitätsabschluss hinführen und die folgenden 4 Jahre einer spezialisierteren akademischen Fachausbildung (bzw. in–Psychotherapie) bis mindestens zu einem Master-Abschluss (EQF 6) dienen, plus eine längere Praxiserfahrung unter Supervision. Dies ergibt ein Gesamtpensum

von wohl nicht weniger als etwa 5'000 Stunden. Alle von der EAP akkreditierten Ausbildungen entsprechen diesem Modell, und gegenwärtig sind in Europa rund 50 Accredited Psychotherapy Training Institutes (EAPTIs) auf dieser Ausbildungsstufe tätig.

Um eine Idee der verschiedenen Kompetenzdomänen zu vermitteln, geben wir hier die Kurzbeschreibungen (aus der Projekt-Website) der 13 Domänen wieder:

Die Kompetenzdomänen

1. **Professionelle, selbständige und verlässliche Praxis:** Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass sie über die Kompetenz verfügen, professionell, unabhängig, selbständig und nach anerkannten professionellen Standards (Ethik- und Praxiskodex und etabliertes Beschwerdeverfahren) zu arbeiten und (gegebenenfalls) auch in einem professionellen Team mitzuwirken, konstruktiv mit anderen Fachleuten zusammenzuarbeiten und ihre Tätigkeit auf nachvollziehbare Weise zu dokumentieren. Sie müssen auch darlegen können, dass sie in der Lage sind, eine für die Psychotherapie geeignete Umgebung zu schaffen, ihre Fälle und ihre Praxis selber in geeigneter Form zu überprüfen und zu evaluieren, falls nötig zusätzliche Unterstützung oder Beratung zu suchen und Supervision und Feedback richtig einzusetzen; dass sie fähig sind, sich beruflich weiter zu entwickeln, indem sie sich kontinuierlich mit beruflichen Themen befassen, fachlich à jour bleiben und laufend adäquate Weiterbildung (CPD - Continuous Professional Development) betreiben; dass sie Fragen der persönlichen Entwicklung im Auge behalten und bewältigen können.
2. **Die Psychotherapeutische Beziehung:** Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass sie in der psychotherapeutischen Praxis von den ersten Momenten des Kontakts an eine wirkungsvolle psychotherapeutische Arbeitsbeziehung zu ihren PatientInnen/KlientInnen herstellen können; dass sie klar kommunizieren; dass sie eine Grundhaltung einnehmen, die sowohl von Distanz und Unabhängigkeit als auch von Empathie und Verständnis, Respekt und Rücksicht, Professionalität und Mitgefühl geprägt ist: stets innerhalb angemessener Grenzen, mit adäquaten Fähigkeiten und auf einer professionellen und ethischen Basis, die den TherapieempfängerInnen und ihren Bedürfnissen gerecht wird (oder zu ihrem besten Nutzen und in ihrem Interesse ist). Zur psychotherapeutischen Beziehung gehört auch die Förderung der TherapieempfängerInnen in Bezug auf Selbsthilfe, Selbstermächtigung und Selbstsorge. Die psychotherapeutische Beziehung ist eine berufliche Beziehung. Sie ist an die Berufsethik gebunden und muss gegenüber jeder vergangenen oder gegenwärtigen Beziehung zum/zur Patient/In/Klient/In den Vorrang haben. PsychotherapeutInnen sind fähig darzulegen, dass sie mit Schwierigkeiten umgehen können, ebenso mit dem Veränderungsprozess, Therapieunterbrüchen und Ferien, und dass sie die Beziehung adäquat kontrollieren. Die psychotherapeutische Beziehung ist – definitionsgemäss – befristet, und PsychotherapeutInnen müssen daher auch das Therapieende, ob abrupt oder geplant, bewältigen können. Sie sollten auch darlegen können, dass sie nicht nur mit der Dynamik einer individuellen (eins-zu-eins) Beziehung, sondern auch mit jener von Paaren und Gruppen vertraut sind.
3. **Exploration (Einschätzung, Diagnosestellung und Konzeptualisierung):** Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass sie aufgrund einer ersten Exploration, während oder im Anschluss an die erste Sitzung, fähig sind (mit geeigneten Tests, Beurteilungsinstrumenten, Kategorisierungen und einem vertieften Wissen und Verständnis sowohl einer gesunden Entwicklung als auch der Psychopathologie) die Geschichte des/der Patient/In/Klient/In, das Vorgehen und die voraussichtlichen Bedürfnisse sowie allfällige Risiken zu beurteilen, dies angemessen zu dokumentieren und dem/der Patient/In/Klient/In oder gegebenenfalls einer anderen Fachperson gegenüber in verständlichen Worten zu kommunizieren; dass sie um die Grenzen der eigenen Berufsausübung und der praktizierten Methode wissen; dass sie über geeignete Überweisungsmöglichkeiten Bescheid wissen und den/die Patient/In/Klient/In gegebenenfalls darüber informieren; dies kann auch eine Exploration der Frage sein, warum sich der/die Patient/In/Klient/In in psychotherapeutische Behandlung begeben hat und was also die/der Psychotherapeut/In effektiv für sie 'tun' kann.
4. **'Contracting' (Zielvereinbarung, Therapieplanung und Strategieentwicklung):** Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass sie um den Einfluss verschiedener Methoden auf manche Konzeptualisierungen wissen und mit einem/r Klient/In oder Patient/in einen geeigneten 'Behandlungsvertrag' formulieren und entwickeln können. Sie können darlegen, dass sie einen adäquaten 'Behandlungsplan' oder eine 'Prozess-Strategie' oder einen Entwicklungsverlauf oder -entwurf für die Therapie formulieren und entwickeln sowie eine Anzahl Sitzungen planen können und dass all dies im Gespräch mit dem/der Patient/In/Klient/In angepasst wird und in jedem Fall dessen/derer Zustimmung bedarf. Ein signifikanter Aspekt dieses 'Contracting' stützt sich auf die psychotherapeutische Theorie, Forschung

und Praxis. Diese ko-kreative Planung oder Strategie definiert Ziele, macht klare Angaben zu Länge oder Dauer, Häufigkeit, Kosten der Sitzungen, zu Abmeldungsformalitäten, Vertraulichkeit, Risikomanagement und Meldepflichten, und sie berücksichtigt auch die kulturellen, sozialen und finanziellen Umstände des/der PatientIn/KlientIn, nennt die Bereiche und Stossrichtungen der Sitzungsarbeit sowie alle potenziellen oder erwünschten Ergebnisse, und sie bildet gegebenenfalls die Grundlage für einen 'Behandlungsvertrag' zwischen PsychotherapeutIn und PatientIn/KlientIn. Ziele einer solchen vertraglichen Vereinbarung können sein: Reduktion der belastenden Symptome; Bewältigung von Stress, Angst und/oder Depression; Verbesserung des Selbstwertgefühls; Konflikt- und Wutbewältigung; Arbeit an Suizidgedanken oder Selbstverletzung; Überwindung von mässigen und schweren sozialen Problemen, zwanghaften Verhaltensweisen, Sexualproblemen usw.; Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und Laufbahntwicklung; Exploration schwieriger Beziehungsfragen; Versuch einer Lösung von Resttraumata und/oder schwieriger Aspekte der Familiengeschichte, Förderung des eigenen persönlichen Wachstums usw.

5. **Verschiedene Techniken und Interventionen:** Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass sie eine Reihe von Techniken und Interventionen wirksam einsetzen können, von denen sie manche (oder die meisten) in ihrer ursprünglichen Ausbildung in einer bestimmten Methode oder in Weiter- oder Zusatzausbildungen, auch in anderen Methoden, erlernt haben, sowie einige weitere, die durch allgemeine Entwicklungen und Veränderungen in den gesellschaftlichen Grundhaltungen beeinflusst sind oder durch die moderne Forschung nahegelegt werden. Diese verschiedenen Techniken und Interventionen sollten die üblichen Situationen abdecken, mit denen PsychotherapeutInnen bei der Berufsausübung normalerweise konfrontiert werden. PsychotherapeutInnen haben die berufliche Verantwortung, ihr Wissen, Können und ihre Fachkompetenz so zu erweitern, dass sie den Anforderungen gerecht werden, die sich durch neue Situationen oder Umstände ergeben, und an ihrem Arbeitsplatz oder mit ihren TherapieempfängerInnen die vereinbarten Ziele erreichen können.
6. **Umgang mit Wechseln, Veränderungen, Traumata und Krisen:** Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass sie um die Dynamik des Wandels und die besonderen Wahrnehmungen und Fähigkeiten beim Umgang mit Veränderungen wissen. Wenn es darum geht, das Potenzial einer Krisensituation zu entwickeln, können sie - sofern relevant - ein adäquates Sicherheitsaudit für ihre/n KlientIn durchführen; sie erkennen Traumasymptome und verfügen über einige Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrung in der Arbeit mit traumatisierten Personen; sie kennen die spezifischen Parameter für die Arbeit mit Personen in Krisensituationen, wissen um ihre eigenen Grenzen und wann sie solche Personen an spezialisiertere Dienste verweisen oder solche Dienste selbst in Anspruch nehmen müssen.
7. **Therapieabschluss und Evaluation:** Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass sie eine Folge von Sitzungen (manchmal als 'Behandlung' verstanden) abschliessen können und/oder zu einem erfolgreichen Ende des therapeutischen Prozesses mit dem/der TherapieempfängerIn kommen können; dass sie eine Evaluation durchführen können, welche die Wirksamkeit (oder den ausbleibenden Fortschritt) dieser Psychotherapiesitzungen klar belegt; dass sie jede Symptomreduktion, Veränderung der Umstände und/oder die Zufriedenheit des/der TherapieempfängerIn mit der eigenen Entwicklung festhalten; und dass sie ermitteln können, ob, wann und wie es allenfalls zu Fehlern kam, worin diese bestanden und wie diese sich in Zukunft vermeiden lassen oder wie allgemein Verbesserungen erzielt werden können.
8. **Kooperation mit anderen Berufsgruppen:** Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass sie mit anderen Fachleuten sowohl der Psychotherapie als auch verwandter Gebiete (Medizin, Psychiatrie, klinische Psychologie, Beratung usw.) gute Arbeitsbeziehungen entwickeln können. Sie respektieren Überweisungen von anderen Fachleuten, überweisen (gegebenenfalls) an andere Fachleute, kommunizieren adäquat mit ihnen (besonders mit jenen, die sich mit einem/r bestimmten KlientIn befassen), arbeiten in multidisziplinären Teams mit und legen gegenüber anderen Fachleuten ein ethisches Verhalten an den Tag, das den geltenden Ethikkodizes oder ethischen Richtlinien entspricht. Dies könnte auch bedeuten, dass sie, etwa in Berufsverbänden, kollegial mit anderen Fachleuten zusammenarbeiten.
9. **Nutzung von Supervision, (kollegiale) Intervision und kritische Evaluation:** Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass sie als Teil ihrer beruflichen Verantwortung auf allen Ebenen der Berufsausübung, für die sie akkreditiert sind, aktiv und auf adäquatem Niveau Selbstreflexion betreiben, Supervision beanspruchen und sich laufend beruflich entwickeln; dass sie diese Instrumente im Sinne guter Praxis als wertvolle, wichtige und kontinuierlich zu nutzende Massnahmen betrachten, besonders wenn sie in neue Arbeitsbereiche vordringen; dass sie diese Instrumente richtig zu nutzen wissen, um ihr berufliches Verständnis zu entwickeln und ihre Berufsausübung zu verbessern, und dass sie wissen, wie sie damit erfolgreich arbeiten können. Kritische Selbstreflexion gilt seit jeher als notwendiger und wesentlicher

Bestandteil jeder Form der psychologischen oder psychotherapeutischen Arbeit mit anderen, sie allein genügt jedoch nicht für eine gute Berufspraxis. Live-Supervision – wie man sich bei der Berufsausübung verhält – ist eine legitime Form der Supervision. Supervision (individuell oder in der Gruppe) wird mit einem/r ausgebildeten, erfahrenen SupervisorIn durchgeführt; (kollegiale) Intervention findet meist innerhalb einer Peergruppe statt; kritische Evaluation erfolgt normalerweise durch die/den direkte/n Vorgesetzte/n, oft auf jährlicher Basis, und sie schliesst häufig eine Selbstbeurteilungskomponente mit ein. Es wird als sehr wichtig erachtet, dass Praktizierende die Möglichkeiten dieser Domäne und die daraus zu gewinnenden Vorteile als zusätzliche Quelle für gute Arbeitspraxis und die berufliche Weiterentwicklung wertschätzen.

10. Ethik und kulturelle Achtsamkeit: Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass sie die üblichen Sets ethischer Kodizes und die Anforderungen ihres Berufsstandes, ihrer Psychotherapiemethode, ihrer Berufsverbände, für gute Praxis gelesen und verstanden haben; dass sie über mögliche Konflikte zwischen diesen Bereichen reflektiert haben; dass sie sich bei Konflikten zwischen ihrer klinischen Praxis und/oder ihren persönlichen und beruflichen Beziehungen sofort und in geeigneter Weise mit Anderen beraten und die Ergebnisse dieser Konsultationen in ihre Berufsausübung oder ihr Verhalten übernehmen; ... Diese Domäne schliesst die Notwendigkeit eines starken Bewusstseins für Fragen der Diversität und Gleichbehandlung, für multikulturelle und interkulturelle Kontexte, für religiöse, spirituelle und sittliche Empfindlichkeiten, für die sozialen und finanziellen Verhältnisse des/der KlientIn und für soziopolitische Unterschiede mit ein.
11. Management und Administratives: Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass sie eine voll ausgelastete Praxis professionell führen können; dass sie Selbstmanagement, Supervision, Fallkonferenzen und Reviews adäquat durchführen; dass sie geeignete Unterstützungssysteme nutzen, nach den Grundsätzen guter Geschäfts- und Buchführungspraxis arbeiten und Überlegungen zu Gesundheit und Sicherheit, Umweltschutz und Umweltverträglichkeit in ihre Geschäftsführung einfließen lassen; dass sie in ihrer Eigenschaft als Selbständigerwerbende alle örtlichen und nationalen Rechts-, Buchführungs-, Steuer- und Verwaltungsvorschriften und -erfordernisse erfüllen; dass sie sich, wo nötig, für ihre Berufsausübung (und für allfälliges Personal) ausreichend versichern; und dass sie sich über rechtliche und regulatorische Neuerungen auf ihrem Tätigkeitsgebiet auf dem Laufenden halten.
12. Forschung: Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass sie sich der Notwendigkeit ständiger Forschung und Entwicklung in der Psychotherapie bewusst sind; dass sie bereit sind, in angemessener Weise Forschung zu betreiben; dass sie wesentliche Entwicklungen auf ihrem Fachgebiet verfolgen und in ihre Berufspraxis übernehmen.
13. Prävention und Erziehung: Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass ihnen bewusst ist, dass Psychotherapie immer auch einen präventiven und erzieherischen Aspekt beinhaltet, der dazu dient, eine weitere pathologische Entwicklung und dysfunktionales Verhalten zu stoppen; dass sie die Methoden der Prävention und Psychoedukation bei psychischen Problemen kennen; dass sie sich als Teil ihrer Berufsausübung (in irgendeiner Form) aktiv in der Prävention engagieren - nicht nur bei ihren PatientInnen/KlientInnen - sondern nach Möglichkeit auch mit ehrenamtlicher Arbeit, der Verfassung von Fachtexten, Mithilfe bei und Unterstützung einer einschlägigen Freiwilligenorganisation oder NGO; dass sie sich (in geeigneter Form) für die Schulung von Menschen (die nicht ihre KlientInnen sind) engagieren, indem sie schreiben, öffentliche Vorträge, Workshops und Seminare halten, Schulen besuchen, relevanten Vereinen oder Lobbys beitreten, in einschlägigen Vereinigungen oder Interessenverbänden mitwirken, Freiwilligenorganisationen unterstützen oder an die richtigen PolitikerInnen, Lehrpersonen, Sozialdienste usw. gelangen, um sie und die Öffentlichkeit über ihre Wahrnehmungen und Anliegen zu informieren usw.

Dieses Set von 'Kompetenzdomänen' deckt aus unserer Sicht die wichtigsten Bereiche der Arbeit ab, die von einer/m professionellen PsychotherapeutIn erwartet werden kann. Manche davon sind offensichtlich wichtiger und signifikanter als andere, einige werden häufiger genutzt als andere, dennoch kamen wir zum Schluss, dass es unrealistisch wäre, ihre Zahl zu reduzieren.

Zu beachten ist auch, dass die Beschreibung jeder Domäne und danach jeder Kompetenz innerhalb der Domäne mit den Worten *"Dies bedeutet, PsychotherapeutInnen können darlegen, dass..."* eingeleitet wird. Damit wird nicht nur der funktionelle Aspekt angesprochen, sondern auch eine Verpflichtung geschaffen – wobei es letztlich in der Verantwortung der betreffenden Person liegt, diese Kompetenz darzulegen (oder dargelegt zu haben).

Hier noch einige weitere Erläuterungen: Jede Domäne umfasst verschiedene Teilbereiche und Unterteilbereiche mit weiteren beschreibenden Komponenten. Insgesamt ergaben sich 40 Teilbereiche innerhalb der 13 Domänen und innerhalb der Teilbereiche 124 Unterteilbereiche. Schliesslich wurden innerhalb der

Unterteilbereiche insgesamt 634 Kompetenzen identifiziert. Sie alle bildeten die Grundlage für ein 'vorläufiges' Set von Grundkompetenzen.

Die Bezeichnungen der Teilbereiche sind aus Tabelle 1 ersichtlich; zusätzlich sind über die Projekt-Website www.psychotherapy-competency.eu alle Einzelkompetenzen abrufbar. An dieser Stelle sollen jedoch nur ein paar Beispiele von Teilbereichen und Unterteilbereichen genannt werden:

Domäne 1: §1.1: Etablierung einer professionellen Praxis

- Professionelles Verhalten
- Aufbau einer selbständigen Praxis oder Eintritt in ein professionelles Team
- Tätigkeit nach anerkannten Berufsstandards
- Adäquate Aufzeichnung von Informationen
- Vernetzung mit anderen Fachleuten
- Erkennen, wenn Andere im beruflichen Umfeld Schwierigkeiten haben
- Kontrolle, Evaluation und Nachbearbeitung der Fälle
- Erhaltung der eigenen Praktizierfähigkeit in verschiedener Hinsicht

Domäne 8: §8.1: Routinemässige Evaluation der eigenen Praxis

- Organisation einer adäquaten Supervision
- Durchführung der Supervision
- Anpassung der Supervision
- Durchführung eines Praxis-Audit

Nachdem wir ein in unseren Augen vernünftiges (vorläufiges) Set von Grundkompetenzen festgelegt hatten, ging es darum, in einem komplexen Verfahren die Meinung professioneller PsychotherapeutInnen zu diesen Kompetenzen zu evaluieren.

Practice Analysis Survey

Das standardmässige Verfahren zur Bestimmung von Berufskompetenzen ist die Durchführung eines sogenannten Practice Analysis Survey (PAS). Ein solcher muss sehr breit ausgelegt sein, um sicherzustellen, dass Berufsangehörige in ausreichender Zahl und auf geeignete Weise konsultiert und in die Festlegung der Kompetenzen einbezogen werden, so dass die Ergebnisse für den Berufsstand relevant sind.

Wir stellten daher diese Informationen allen Personen und Organisationen in unserer Adresskartei zu, d.h. allen EAP-Gliedorganisationen, Berufsverbänden und Ausbildungsinstituten, den EAP-Einzelmitgliedern sowie den über 5'000 ECP-Holdern, und baten sie, sich am Projekt zu beteiligen, worauf sich rund 120 Gliedorganisationen, EAPTIs und Einzelpersonen, je etwa zu einem Drittel, zur Teilnahme anmeldeten^{xi}. In der Regel sollten für einen solchen PAS für einen Berufsstand mindestens (rund) 80% aller involvierter Personen (Ausbildungsinstitute, Universitäten, Praktizierende, KlientInnengruppen usw.) informiert werden – was geschah – und rund 15% (oder mehr) sollten reagieren. Da einige der kontaktierten Organisationen Dutzende, Hunderte oder gar Tausende von Mitgliedern haben, hofften wir, diese zweite Bedingung zu erfüllen.

Von den 120 Teilnehmenden sandten uns schliesslich etwa 42 alle 13 PAS-Fragebögen ausgefüllt zurück. Wir hatten uns zwar weit mehr erhofft, auch weil wir mehrmals über das Projekt informiert hatten, doch da die Anteile der Organisationen, Ausbildungsstätten und Einzelpersonen an der Gesamtzahl unverändert geblieben waren, kamen wir zum Schluss, dass der 'Berufsstand' der Psychotherapie in Europa, zumindest für den Anfang, ausreichend konsultiert worden sei.

Bei einem PAS werden üblicherweise die Faktoren Relevanz, Wichtigkeit und Häufigkeit bewertet: Wie 'relevant' ist die Kompetenz, damit gewährleistet ist, dass die Ausübenden des Berufs professionell arbeiten können? Wie 'wichtig' ist die Kompetenz, um die Interessen der Allgemeinheit zu wahren und/oder die Bedürfnisse der KlientInnen oder der Organisation zu erfüllen? Und wie 'häufig' wird diese Kompetenz von den Ausübenden des Berufs gebraucht? Wir hatten dafür die standardmässige vierstufige Likert-Skala gewählt: 0-3 Punkte für jedes der drei obigen Kriterien:^{xii} (wobei wir, wie wir im Nachhinein feststellten, zur Vereinfachung der statistischen Analyse wohl besser eine Fünfpunkte-Skala von 0-4 verwendet hätten). Die Punktzahlen für jede Einzelkompetenz wurden dabei in die Stufen hoch (7-9 Punkte), mässig (6-4 Punkte) und niedrig (1-3 Punkte) eingeteilt. Von Juli 2011 bis September 2012, dem Abschluss dieses Projektteils, waren diese Details und die entsprechenden PAS-Formulare auf der Projekt-Website aufgeschaltet.^{xiii}

Im Folgenden benötigten wir einige Studierende höherer Semester zur Unterstützung bei der Analyse der PAS-Ergebnisse. Es ergab sich der glückliche Zufall, dass ich dies zufällig gegenüber jemandem in Glasgow erwähnt hatte, und Zsafia Anna Utry (aus Ungarn), und ihr Kollege Robin Finnie (aus Schottland), die beide das

Masterstudium in Psychological Studies an der Glasgow University absolviert hatten, Interesse bekundeten. Wir entschieden uns schliesslich für eine statistische (quantitative) Analyse der Ergebnisse und eine thematische (qualitative) Analyse der von den Teilnehmenden geäusserten Kommentare, jedoch beschränkt auf die Teilbereiche und Unterteilbereiche mit “mässiger” Punktzahl. Die beiden Analysen wurden im Oktober bzw. Dezember 2012 durchgeführt, und wir danken den beiden für ihre ausgezeichnete Arbeit, die sie für eine relativ geringe Entschädigung leisteten.

Quantitative Analyse (Zsofia Anna Utry)

Bevor wir Empfehlungen aufgrund dieser Analysen aussprechen, ist wohl folgender signifikanter Punkt zu erwähnen: Die quantitative Analyse ergab, dass von den 124 Unterteilbereichen alle ausser etwa 17 eine ‘hohe’ Punktzahl (durchschnittlich 7-9 Punkte) und diese 17 Unterteilbereiche alle eine ‘mässige’ (durchschnittlich 4-6 Punkte) und kein einziger eine ‘niedrige’ Punktzahl aufwies. Und wenn wir diese 17 Unterteilbereiche mit ‘mässiger’ Punktzahl im Detail betrachten, liegt die durchschnittliche Punktzahl bei den meisten (mindestens bei 12) nur knapp unter der Mindestpunktzahl von 7 für ‘hoch’, (d.h. zwischen 6 und 7). Die einzige Domäne, bei der die Punktzahl bei ‘mässig’ lag, war Domäne 11 - Forschung, wobei der eine Teilbereich 11.1: “Beachtung der psychotherapeutischen Forschung” mit “hoch” und der andere, 11.2: “Beteiligung an der psychotherapeutischen Forschung” mit “mässig” eingestuft wurde. Es zeigten sich auch weitere markante solche ‘Gruppenbildungen’:

Von den übrigen Teilbereichen oder Unterteilbereichen, die mit “mässig” eingestuft wurden, ergaben sich mehrere derartige ‘Gruppen’, so §1.4.4: “Integration von Forschungserkenntnissen”; §2.4.4: “Aufzeichnung der Ergebnisse der Psychotherapie”; §3.1.1: “Nutzung von Beurteilungsinstrumenten”; §8.1.4: “Durchführung von Praxis-Audits”, sowie beim bereits angesprochenen Teilbereich 11.2 mit den Unterteilbereichen §11.2.1: “Beteiligung an relevanter Forschungstätigkeit” und §11.2.2: “Planung relevanter Forschungstätigkeit”.

Die zweite grössere Gruppe mit “mässigen” Punktzahlen findet sich in Domäne 10: Management und Administratives und in Teilbereich §10.3: “Personalführung und -administration in einem Kleinbetrieb” sowie in den Unterteilbereichen §10.2.3: “Durchführung adäquater Werbemassnahmen”, 10.3.1: “Kenntnis der Arbeitsgesetze und -vorschriften im Personalwesen” und 10.3.2: “Korrekte Personalführung und -administration”; diese wurden alle mit “mässig” eingestuft.

Eine dritte kleinere Gruppe mit “mässigen” Punktzahlen findet sich in Domäne 12: Prävention und Erziehung, wo die Unterteilbereiche §12.2.2: “Förderung der psychosozialen Erziehung” und §12.2.3: “Aktive Beteiligung an Projekten zur Verminderung oder Verhütung psychischer Probleme” ebenfalls mit “mässig” eingestuft wurden.

Die einzigen weiteren Unterteilbereiche mit “mässiger” Punktzahl waren §1.1.5: “Vernetzung mit anderen Fachleuten” und §4.2.3: “Entscheidung für einen psychotherapeutischen Ansatz oder eine psychotherapeutische Strategie”.^{xiv} (Alle Details stehen als PDF-Download auf der Website zur Verfügung.)

Qualitative Analyse (Robin Finnie)

Wir führten zudem eine qualitative thematische Analyse all dieser “mässigen” Punktzahlen durch, die ebenfalls auf der Projekt-Website einsehbar ist.^{xv} Dennoch sollen an dieser Stelle einige interessante Punkte aus dem Bericht über diese qualitative thematische Analyse erwähnt werden:

Bei der Analyse der Kommentare zu den 17 Unterteilbereichen mit mässigen Punktzahlen ergaben sich einige Schlüsselthemen. So wurden Relevanz und Form des ‘Praxis-Audit’ hinterfragt. ‘Forschung’, ‘formelles Assessment’ und der Einsatz von ‘Beurteilungsinstrumenten’ wurden in einem breiteren, allgemeinen Kontext als relevant betrachtet, erhielten aber ‘mässige’ Punktzahlen, wenn PsychotherapeutInnen aufgefordert wurden zu bestimmen, was für ihre kompetente Tätigkeit grundlegend ist.

Die Aussagen zur ‘Vernetzung mit anderen Fachleuten’ waren aufschlussreich, um zu verstehen, wie europäische PsychotherapeutInnen ihren Beruf definieren und wie sie dessen Entwicklung und Zukunft sehen. Schlüsselthemen rund um Begriffe wie die ‘Eigenständigkeit’ des Berufsstandes in dem Sinn, dass er Verantwortung für seine Handlungen und Postulate übernehmen kann, erschien in dieser Analyse als zentraler Punkt. PsychotherapeutInnen, die Kommentare zum Fragebogen abgaben, schienen überzeugt, dass sie, wenn sie über die nötige Macht verfügen, um abseits von anderen Leistungsanbietern wie AllgemeinärztInnen, PsychiaterInnen und PsychologInnen ‘autonom’ zu wirken und ‘unabhängig’ und in der Lage sind, diese Unabhängigkeit frei zu praktizieren, alle involvierten Parteien dabei unterstützen

können, auf eine produktivere Zukunft hinzuarbeiten. Das Thema des 'Misstrauens' gegenüber Gremien ausserhalb der psychotherapeutischen Gemeinde scheint ausgeprägt, so sehr, dass PsychotherapeutInnen offenbar glauben, ihren Berufsstand 'schützen' zu müssen. (S. 9).

Einige PsychotherapeutInnen nehmen also möglicherweise eine eher negative Haltung gegenüber einer eigenen Forschungstätigkeit oder auch eines Praxis-Audit ein, doch dies ist ein wohlbekanntes Thema innerhalb der Psychotherapie, und es sind heute zunehmend Bestrebungen im Gang, konstruktivere Brücken zwischen 'Forschung' und 'Praxis' zu bauen.

Der Fachbeirat

An diesem Punkt hielten wir es für nötig, uns auf einer völlig anderen Stufe zu 'beraten'. Wir beschlossen, Meinungen auf ganz anderer Ebene einzuholen (was uns für das Projekt sehr wichtig schien, da wir die Ergebnisse selber nicht völlig objektiv 'analysieren' konnten) – kurz, wir brauchten eine unabhängigere Sicht der Dinge.

Wärmstens empfohlen wurden uns dafür Forschungsprofessor emeritus **Leslie Greenberg** (University of Toronto, Kanada), Prof. **Jaap van Lakerfeld** (Universität Leiden, Niederlande) und **Dr. Ken Evans** (ehemals EAP-Präsident und ehemaliger Präsident der European Association of Gestalt Therapists), die wir schliesslich als 'Fachbeirat' (Expert Panel) gewinnen konnten.

Wir stellten ihnen – wie auch allen übrigen Teilnehmenden und den Mitgliedern des EAP-Board – alle Daten und Berichte zu und baten sie um ihre Kommentare und Reflexionen dazu. Bis Februar 2013 erwarteten wir ihre Empfehlungen sowie allfällige Kommentare anderer Beteiligter.

Der Fachbeirat nutzte die Berichte über die (statistische) quantitative und die (thematische) qualitative Analyse dazu, um die endgültige Form der Grundkompetenzen zu gestalten. Sie rapportierten unabhängig voneinander im Dezember 2012 und Januar 2013, und ihre (sehr unterschiedlichen) Berichte können auf der Projekt-Website www.psychotherapy-competency.eu eingesehen werden. Es war interessant festzustellen, dass die drei so verschiedenen Berichte einen hohen Grad an Kohärenz aufweisen. In allen stand, es sei sehr brauchbare Arbeit geleistet worden. Nach einigen kleineren Bereinigungen und Änderungen legte die Projektgruppe dem EAP Governing Board im Februar 2013 ein "überarbeitetes" Set von Grundkompetenzen vor, das im März 2013 auch auf der Projekt-Website aufgeschaltet wurde.

Vor dem Abschluss dieser ersten Projektphase standen jedoch noch einige weitere Aufgaben an: Nachdem wir nun über ein überarbeitetes Set von Grundkompetenzen verfügten, mussten wir alle EAP-Organisationen erneut konsultieren. Dies geschah von Februar bis April 2013. Wenn die VertreterInnen dieser 128 verschiedenen Organisationen (darunter 30 nationale Dachorganisationen und 17 europaweite Vereinigungen) aus 41 europäischen Ländern mit über 120'000 praktizierenden oder in Ausbildung stehenden Mitgliedern^{xvi} eine oder mehrere dieser Grundkompetenzen abgelehnt hätten, hätten diese nicht in den 'Kerngehalt' des Berufsstands der europäischen Psychotherapie einfliessen können. In dieser letzten Konsultationsphase waren auch noch formelle 'Änderungen' am politischen Aspekt des Prozesses, also am Genehmigungsverfahren für das überarbeitete Set von Grundkompetenzen, zulässig, über die alle an der EAP-Generalversammlung im Juli 2013 in Moskau abgestimmt werden sollte.

Änderungsanträge

Tatsächlich wurden fünf formelle Änderungsanträge gestellt, die alle keine grösseren Probleme beinhalteten, doch musste an der EAP-Generalversammlung korrekt und demokratisch darüber abgestimmt werden.

Der erste Änderungsantrag (vom FIAP, dem italienischen Landesverband) ging dahin, Domäne 13 zu Domäne 5 zu machen (da ... "das Krisenmanagement im Therapieverlauf... vor den Kompetenzen im Zusammenhang mit dem Therapieende" ... [stehen sollte]). Ein zweiter Antrag bestand darin, ein wesentliches Versäumnis zu korrigieren, für das wir (die Projektgruppe) die volle Verantwortung übernehmen: "nach dem Wort "Geschlecht" in den Unterteilbereichen §2.1.2, §7.1.3 und insbesondere §9.2.1. sei das Wort "Sexualität" einzufügen." Ein dritter Antrag, von Eileen Prenderville (IAHIP, Irland), verlangte die Aufnahme eines völlig neuen Unterteilbereichs §9.2.4 mit folgendem Wortlaut:

§9.2.4: Praxisanpassungen bei der Arbeit mit 'speziellen' Gruppen von KlientInnen:

Dies bedeutet, dass bei der Arbeit mit KlientInnen, für die zusätzliche spezialisierte Kompetenzen benötigt werden könnten und/oder die in ihren Möglichkeiten zur rechtsgültigen Zustimmung in irgendeiner Form eingeschränkt oder beeinträchtigt sind, wie etwa Kinder, Personen mit Lernschwächen, Personen mit Kommunikationsschwierigkeiten, Personen, die einen Schlaganfall oder andere psychische oder physische Schädigungen erlitten haben, psychisch krank sind oder sich in einem extremen oder alterierten Zustand

befinden, eine spezifische Ausbildung und Wahrnehmung, zusätzliche Informationen und Inputs und, gegebenenfalls, eine besondere Supervision erforderlich sind (besonders wenn der/die übliche SupervisorIn auf dem betreffenden Gebiet nicht erfahren ist); dass die gültige Zustimmung des/der PatientIn/KlientIn eingeholt, die Verantwortlichkeiten zusammen mit ihm/ihr festgelegt und seine/ihre Bedürfnisse festgestellt werden und generell offen (je nachdem und ohne gegen das Berufsgeheimnis oder die Berufsethik zu verstossen) mit Eltern, Erziehungsberechtigten oder Lebensgefährten über den Therapieprozess kommuniziert und dies festgehalten wird; dass beim Erhalt oder der Erstellung von für eine/n solche/n PatientIn/KlientIn relevanten Berichten die Zustimmung anderer Parteien (Eltern, Erziehungsberechtigte usw.) eingeholt wird, wobei diese unter Berücksichtigung ihrer Meinung konsultiert und informiert werden und dies festgehalten wird; dass im Falle möglicher Sprach- oder Kommunikationsschwierigkeiten bei Bedarf ÜbersetzerInnen, Sachverständige für andere Kommunikationsmedien oder PatientenanwältInnen beigezogen werden; und dass für eine therapeutische Umgebung und therapeutische Bedingungen gesorgt wird, die dem Alter, Entwicklungsstadium und den besonderen Bedürfnissen des/der PatientIn/KlientIn angepasst sind; usw.

Ihre Argumentation ging dahin, dass viele dieser Kompetenzen zwar in Phase 3, Spezialisierte Kompetenzen, abgedeckt werden, aber dennoch wohl für alle PsychotherapeutInnen gewisse Kenntnisse über die Arbeit mit Personen mit ‘besonderen Bedürfnissen’ erforderlich seien.

Der vierte Änderungsvorschlag, von Tom Warnecke (UKCP), besteht darin, die “Präambel” als formelles ‘Vorwort’ zu übernehmen, in dem Verwendung, Ebene und Kontext dieser Grundkompetenzen festgelegt werden:

Vorwort:

Diese Grundkompetenzen können verwendet werden:

- (i) Als Definition für den selbständigen Berufsstand der Psychotherapie in Europa, indem definiert wird, über welche Fähigkeiten europäische PsychotherapeutInnen verfügen sollten;
- (ii) Als Quelle und Richtschnur für andere europäische Psychotherapie-Vereinigungen, nationale und europaweite Psychotherapie-Organisationen und Ausbildungsinstitute; und
- (iii) Als grundsätzlicher Minimalstandard für jede Fachausbildung in europäischer Psychotherapie.

Alle folgenden Grundkompetenzen sind innerhalb der Psychotherapie für die Berufsausübung auf einem professionellen Niveau ausgelegt, wie es einem universitären Master- oder gleichwertigen Abschluss entspricht ist, dem ein Studium, eine Ausbildung und Praxis unter Supervision von mindestens 4 Jahren Dauer vorangegangen sind, unter besonderer Betonung der Fähigkeit der/des PsychotherapeutIn zu kritischer Selbstreflexion und Evaluation der eigenen Berufspraxis.

Diese Kompetenzen sind zudem in Übereinstimmung und Verbindung mit der Strassburger Deklaration zur Psychotherapie von 1990, dem Statement of Ethical Principles der EAP und der Fachausbildung der/des PsychotherapeutIn entsprechend den im Dokument der EAP zum European Certificate of Psychotherapy (ECP) festgehaltenen Standards zu praktizieren.

Der fünfte und letzte Änderungsantrag (ebenfalls von Tom Warnecke) verlangte eine Ergänzung von §1.4.4 um die folgenden (kursiv gedruckten) Wörter, so dass dieser wie folgt lautet:

§1.4.4: Integration von Forschungsergebnissen: Dies bedeutet – unter Wahrung eines Bewusstseins für die aktuelle psychotherapeutische *und breitere* Forschung, *entsprechend dem Kontext der eigenen Praxis oder Ausbildung* sowie einer adäquaten Integration relevanter Ergebnisse in die eigene Praxis; usw.

Dann endlich konnte über die Genehmigung oder Ablehnung dieser Grundkompetenzen (unter Berücksichtigung der Änderungsanträge) abgestimmt werden. An der Generalversammlung wurden die ‘Änderungsanträge’ mehrheitlich gutgeheissen. Das Endergebnis sind die nun vorliegenden **Grundkompetenzen einer/s europäischer PsychotherapeutIn**^{xvii}. Es war ein sehr demokratischer Prozess, der stark von unten vorangetrieben wurde (d.h. “bottom-up” und nicht “top-down“, also “von oben verordnet”), mit breiter Beteiligung von Anfang an, und er wurde durch eine statistische Analyse und grosses Fachwissen – nicht nur seitens des Fachbeirats, sondern aller Teilnehmenden und aller übrigen involvierten Personen – unterstützt (und nicht diktiert). Ihnen allen sind wir zu grossem Dank verpflichtet! Es war die Erfahrung einer ‘guten’ Zusammenarbeit von interessierten und um die Entwicklung eines Berufsstandes der Psychotherapie in Europa besorgten Personen.

Spätere Phasen

Es ist festzuhalten, dass weitere Anpassungen erfolgen könnten, die dazu führen, dass einige dieser Kompetenzen ‘migrieren’. Einige Grundkompetenzen sind eventuell nur für gewisse Psychotherapien mit gewissen Methoden relevant, so dass sie schliesslich zu spezifischen Kompetenzen in diesen Methoden werden könnten, d.h. **Phase 2** – ‘spezifisch’ für verschiedene Methoden (z.B. Körperpsychotherapie oder psychodynamische Psychotherapie) oder für verschiedene Länder (z.B. nur für Italien oder Österreich ‘spezifisch’). Weitere wiederum (wie die Forschungskompetenzen) könnten in die spezialisierten Kompetenzen migrieren: d.h. **Phase 3** – ‘spezialisiert’ auf bestimmte Aktivitäten (wie Forschung, Ausbildung, Supervision usw.) oder ‘spezialisiert’ auf bestimmte Gruppen von KlientInnen (wie Kinder, Personen mit Behinderungen oder besonderen Bedürfnissen, Häftlinge usw.). Die Formulierung dieser spezifischen und spezialisierten Kompetenzen wird hoffentlich Phase 2 und Phase 3 des Projekts einbeziehen (siehe Diagramm 1), und man hoffte, dass diese nächsten beiden Phasen recht parallel im verbleibenden Jahr 2013 und vermutlich bis in den Herbst 2014 ablaufen würden.

Zudem hofften wir, dass die Teilnehmenden an Phase 1 (Grundkompetenzen) nach deren Abschluss genügend interessiert sein würden, um im Projekt weiterzuarbeiten und das **Knowledge and Skills Framework** (Rahmenplan der Kenntnisse und Fähigkeiten) zu entwickeln (d.h. was es bezüglich Studium und praktischer Erfahrung braucht, um jedes Kriterium zu erfüllen) und die künftigen **Beurteilungskriterien** (d.h. wie die Leistungen der Studierenden/Praktizierenden in der jeweiligen Kompetenz beurteilt werden sollen, ob mit schriftlichen Arbeiten, Praxis unter Supervision, Prüfungen usw. - und nach welchen Kriterien) festzulegen. Der Zeitplan für diese **Phase 4** wurde grob auf 2015 - 2016 veranschlagt.

Wenn Phase 4 einmal abgeschlossen ist, müssen das European Training Standards Committee (ETSC) und das Training & Accreditation Committee (TAC) prüfen, wie diese Kompetenzen im Detail zu implementieren sind, damit sie in die Grundausbildung aller neuen PsychotherapeutInnen einfließen und dadurch alle frisch ausgebildeten PsychotherapeutInnen befähigt werden, kompetent ist zu praktizieren. Wenn diese Arbeit getan ist, wird ein umfangreicher Dialog mit den European Accredited Psychotherapy Training Institutes (EAPTI) stattfinden müssen, damit diese Kompetenzen in die verschiedenen Lehrgänge integriert werden können. Der Zeitrahmen für diese **Phase 5** wird grob auf 2017 - 2018 und später veranschlagt. Wir sehen darum für dieses Projekt eine Dauer von (mindestens) 10-15 Jahren vor.

Es ist aber auch festzuhalten, dass – aufgrund der internen ‘Politik’ in der EAP – der Beschluss, den verbleibenden Teil des Projekts (Phasen 2, 3, 4 und 5) finanziell zu unterstützen, widerrufen wurde und daher sein zentraler Hauptteil ‘technisch’ auf Eis gelegt ist, auch wenn einzelne Gliedorganisationen der EAP mit der Erarbeitung von eigenen ”spezifischen Kompetenzen” fortfahren. Auch bei den “spezialisierten Kompetenzen” könnten sich einige Entwicklungen ergeben, insbesondere in der Kinderpsychotherapie.

Zu erwähnen ist hier auch, dass in vielen Berufen alle 10-15 Jahre eine Neubeurteilung der Berufskompetenzen stattfindet, da sich die Zeiten und mit ihnen die beruflichen Verantwortlichkeiten ändern. So wurde zum Beispiel vor 10-15 Jahren noch keinerlei Gewicht auf ein Bewusstsein für Diversität und Genderfragen oder auch für die Probleme von Flüchtlingen oder Amnestierten gelegt.

Kritik am Projekt

Einer der Hauptkritikpunkte am Projekt – und es finden sich in den Kommentaren der Teilnehmenden, im Feedback auf den PAS-Formularen, in den Berichten des Fachbeirats und auch in den Wortmeldungen an den EAP-Meetings mehrere stichhaltige Einwände – ging dahin, die Resonanz auf die PAS-Umfrage sei ungenügend gewesen: ...“*der einzige Schwachpunkt*” sei die geringe Zahl eingereichter PAS-Fragebögen. Diese war sicherlich nicht ideal (wir hofften auf etwa 150 Rückmeldungen und bekamen 42), doch betrachten wir diese Zahl gerade noch als knapp ausreichend. Sie kamen von

- Personen aus 20 verschiedenen Ländern: Österreich, Belgien, Bosnien-Herzegowina, Kanada, Kroatien, Tschechische Republik, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Luxemburg, Niederlande, Rumänien, Russland, Serbien, Spanien, Slowenien, Schweden, Grossbritannien und Ukraine;
- VertreterInnen verschiedener europäischer Organisationen (EWO), die eine Psychotherapiemethode repräsentieren: Körperpsychotherapie (EABP), Hypnosetherapie (EAHP), integrative Psychotherapie (EAIP), Psychosynthese (EFPP) und Psychodrama (FEPTO);
- VertreterInnen verschiedener Landesorganisationen (NAO): Kroatien (SPUH), Griechenland (NOPG), Österreich (ÖBVP); Slowenien (SKZP) und Spanien (FEAP);

- VertreterInnen vieler verschiedener Institute (die meisten davon EAPTIs): the Center of Positive Psychotherapy (Russland), Institute for Gestalt Therapy (Tschech.Rep.), Institute for Adlerian Psychology and Psychotherapy (Rumänien), Wiesbadener Akademie für Psychotherapie (Deutschland), Institute for Existential Sophrology (Frankreich), Castlebar Psychotherapy Institute (Irland), Gestalt Foundation (Griechenland), International Council of Psycho-Corporal Trainers (Deutschland), UK National College of Hypno-Psychotherapy, Art & Psychotherapy Centre (Griechenland), Metanoia Institute (UK), Academy for Integrative Psychotherapy (Niederlande), School of Psychodrama (Niederlande);
- Sowie 19 individuellen PsychotherapeutInnen aus vielen verschiedenen Richtungen und Ländern (alle mit ECP-Registrierung).

Auch wurde kritisiert, einige der resultierenden Grundkompetenzen seien mehr als Lerninhalte für die Ausbildung denn als Berufskompetenzen formuliert. Dieser Einwand ist möglicherweise berechtigt, doch wurde es zu diesem Zeitpunkt – angesichts der Situation der Psychotherapieausbildung in einigen europäischen Ländern – als notwendig und angebracht erachtet, die Diskrepanz zwischen der früheren Art, die Dinge an die Hand zu nehmen (ohne Struktur oder Kompetenzen) und dieser Art einer ‘ergebnisorientierten’ Leitlinie zu verringern. Bei künftigen Überarbeitungen dieser Grundkompetenzen, und wenn die Ausbildungsinstitute diese einmal aufgenommen haben, können diese Punkte ziemlich sicher ‘ausgebügelt’ werden.

Weitere Kritik am Projekt lautete, ... die Literaturoswertung sei inadäquat gewesen, ... es habe sich zu sehr an einem bestimmten ‘Niveau’ der Psychotherapie (die eher in der Nähe der psychologischen Beratung anzusiedeln sei) statt an vertiefter Psychotherapie orientiert, ... die resultierenden Beschreibungen der Grundkompetenzen seien zu lang, zu detailliert, zu wortreich, ... es sei alles auf Englisch, und ... das Projekt sei zu teuer und/oder nicht ‘wissenschaftlich’ genug. Die Zeit wird zeigen, und es wird von den Entscheidungen Anderer abhängen, ob diese Kritikpunkte Bestand haben oder entfallen.

Einige der Grundkompetenzen werden derzeit übersetzt – gegenwärtig auf Rumänisch und Italienisch und möglicherweise auch auf Deutsch (dies sind die Sprachen, von denen wir das wissen) – und diese Übersetzungen werden nach ihrer Fertigstellung und Überprüfung durch die nationale Psychotherapieorganisation im betreffenden Land zugänglich gemacht.

Fairerweise ist auch zu sagen, dass das Projekt auch viel Lob erhalten hat: es komme zur rechten Zeit, sei umfassend, gründlich, ‘grossartig’, transparent, gut beraten und sehr notwendig. Die meisten Kommentare, die positiven wie die negativen, wurden auf der Website in der Rubrik “Participants’ Comments” publiziert.

Doch der “Haupterfolg” des Projekt wird darin bestehen, dass man, hoffentlich, eines Tages die Berufskompetenzen europäischer PsychotherapeutInnen mit einem ähnlichen Set von Berufskompetenzen europäischer PsychologInnen, europäischer PsychiaterInnen und europäischer BeraterInnen vergleichen kann, und dann wird sehr klar werden (da sind wir uns sicher), dass dies effektiv sehr verschiedene – aber parallele – Berufe sind.

Die *Raison d’être* der EAP – die Etablierung der Psychotherapie als selbständiger, wissenschaftlicher Berufsstand in Europa – wird dann erfüllt sein. Es ist in der Tat schwierig sich vorzustellen, besonders wenn man bedenkt, wie die Europäische Union verschiedene Berufe anerkennt, dass dies ohne eine solche Liste von Grundkompetenzen möglich wäre, die auch präzise definieren, was unter einer/m ‘Europäischen PsychotherapeutIn’ und damit unter europäischer Psychotherapie zu verstehen ist.^{xviii}

Eine weitere Komplikation ergibt sich dadurch, dass die internationale Berufsnomenklatur, die International Standard Classification of Occupations (ISCO)^{xix} der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), einer Sonderorganisation der UNO, gegenwärtig keinen wirklichen Unterschied zwischen dem Beruf der/des PsychologIn und jenem der/des PsychotherapeutIn anerkennt: Für die ISCO ist Psychotherapie ein Teilbereich der Tätigkeit von PsychologInnen. Die EAP hatte jedoch kürzlich Kontakt mit dem europäischen Pendant dieser Organisation, dem European Commission’s European Skills Competences Occupations (ESCO) Project^{xx}, und unsere erste Dokumentation wurde “akzeptiert”. Wir werden sehen, ob sich dies in wesentlichen Änderungen dieser Art der Klassifizierung niederschlägt.

Autoren

Courtenay Young (Schottland, UK: courtenay@courtenay-young.com) war in den letzten 17 Jahren an der Redaktion vieler EAP-Dokumente beteiligt; er ist der Hauptverfasser der Texte für dieses Projekt.

Traudl Szyszkowitz (Österreich: t.r.szysz@utanet.at) und **Renée Oudijk** (Niederlande: renoudijk@hetnet.nl) teilen sich gegenwärtig den Vorsitz des European Training Standards Committee (ETSC) der EAP.

Peter Schulthess (Schweiz: pschulthess@goldnet.ch) ist Mitglied des ETSC; er war Präsident der European Association for Gestalt Therapy (EAGT) und vertritt gegenwärtig die Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der EAP. Er ist Präsident der Schweizer Charta für Psychotherapie.

Ansis Stabingis (Lettland: ansis@psihoterapija.lv) ist Präsident der Lettischen Vereinigung für Psychotherapie, Ko-Präsident des National Umbrella Organisation Committee (NUOC) der EAP, Präsident des Ethical Co-ordination Committee und auch Dozent und Doktorand an der Sigmund Freud Universität.

Korrespondenz

Bitte richten Sie sämtliche Korrespondenz an: committee@psychotherapy-competency.eu oder an pschulthess@goldnet.ch

Diagramme/Tabellen

Diagramm 1: Outline of the EAP Project on Professional Competencies of a European Psychotherapist

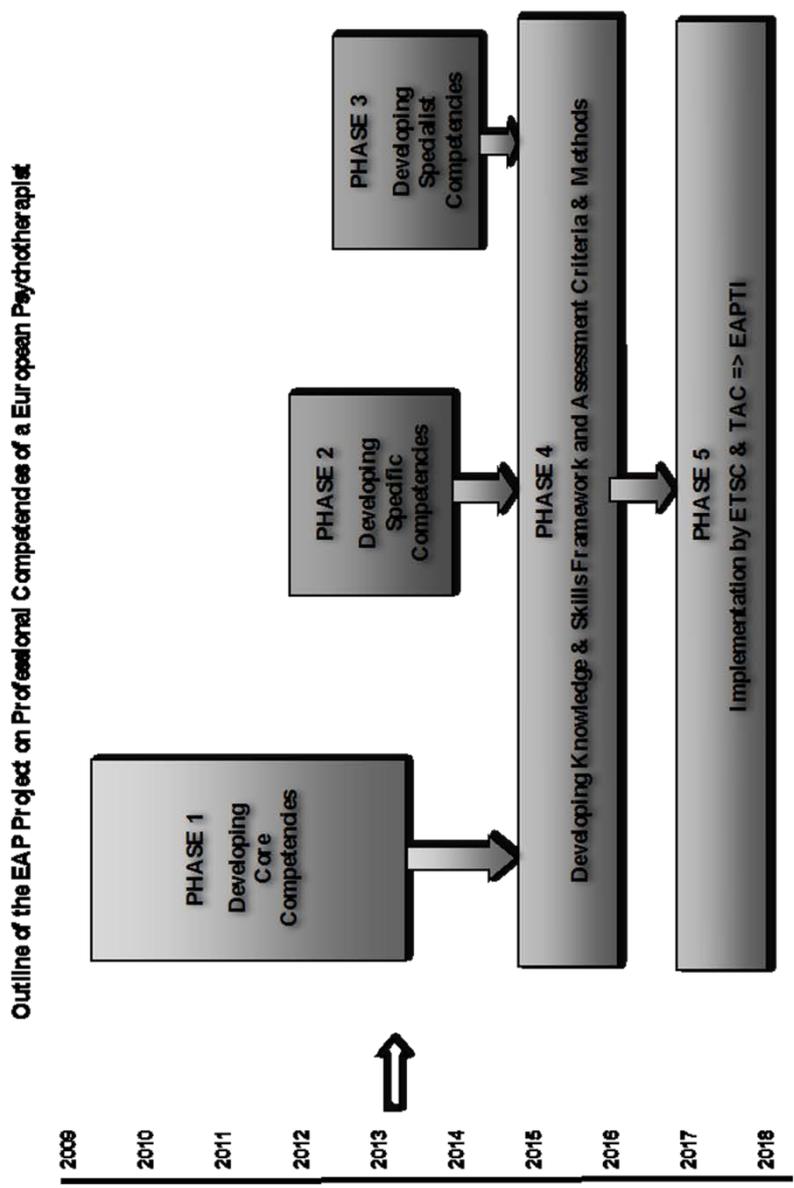


Table 1: Structure of the Professional Core Competencies of a European Psychotherapist

No	Domain of Professional Competency	Sections within the domain	Subsections within the section	Number of competencies in the subsections (total)
1	Professional, Autonomous & Accountable Practice	<p>§ 1.1: Establish a Professional Practice</p> <p>§ 1.2: Provide an Appropriate Environment</p> <p>§ 1.3: Engage in Quality Assurance</p> <p>§ 1.4: Maintain Professional Development</p> <p>§ 1.5: Maintain Personal Development</p>	<p>1.1.1 - 1.1.8</p> <p>1.2.1 - 1.2.3</p> <p>1.3.1 - 1.3.2</p> <p>1.4.1 - 1.4.4</p> <p>1.5.1 - 1.5.2 (19)</p>	<p>7, 4, 4, 7, 5, 3, 5, 3, (38)</p> <p>4, 5, 5, (14)</p> <p>5, 4, (9)</p> <p>4, 3, 2, 2, (11)</p> <p>10, 6, (16)</p> <p>(total: 88 competencies)</p>
2	The Psychotherapeutic Relationship	<p>§ 2.1: Establish a Psychotherapeutic Relationship</p> <p>§ 2.2: Manage & Maintain a Psychotherapeutic Relationship</p> <p>§ 2.3: Manage any Difficulties in the Psychotherapeutic Relationship</p> <p>§ 2.4: Conclude a Psychotherapeutic Relationship</p>	<p>2.1.1 - 2.1.7</p> <p>2.2.1 - 2.2.8</p> <p>2.3.1 - 2.3.5</p> <p>2.4.1 - 2.4.4 (24)</p>	<p>7, 6, 7, 6, 5, 8, 4, (43)</p> <p>6, 6, 8, 3, 7, 7, 5, 5, (47)</p> <p>7, 7, 19, 5, 5, (43)</p> <p>7, 3, 7, 1, (18)</p> <p>(total: 151 competencies)</p>
3	Exploration (Assessment, Diagnosis & Conceptualization)	<p>§ 3.1: Make an Assessment</p> <p>§ 3.2: Formulate a Diagnosis</p> <p>§ 3.3: Conceptualize and decide upon an approach</p>	<p>3.1.1 - 3.1.3</p> <p>3.2.1 - 3.2.2</p> <p>3.3.1 - 3.3.4 (9)</p>	<p>6, 6, 6, (18)</p> <p>5, 6, (11)</p> <p>4, 4, 7, 3, (18)</p> <p>(total: 47 competencies)</p>
4	'Contracting' (Developing Goals, Plans & Strategies)	<p>§ 4.1: 'Contract' with a Patient/Client</p> <p>§ 4.2: Plan the psychotherapy</p>	<p>4.1.1 - 4.1.7</p> <p>4.2.1 - 4.2.4</p>	<p>3, 4, 6, 3, (16)</p> <p>(total: 48 competencies)</p>
5	Various Techniques & Interventions	<p>§ 5.1: Utilise 'Standard' Techniques & Interventions</p> <p>§ 5.2: Manage the Emotional Content of the Sessions</p> <p>§ 5.3: Utilise 'Other' Techniques & Interventions</p>	<p>5.1.1 - 5.1.5</p> <p>5.2.1 - 5.2.3</p> <p>5.3.1 - 5.3.2 (10)</p>	<p>15, 5, 5, 4, 6, (35)</p> <p>6, 9, 3, (18)</p> <p>3, 1, (4)</p> <p>(total: 57 competencies)</p>
6	Completion & Evaluation	<p>§ 6.1: Work towards a completion of the psychotherapy</p> <p>§ 6.2: Manage the conclusion of the psychotherapy</p> <p>§ 6.3: Record and evaluate the course of the psychotherapy</p>	<p>6.1.1 - 6.1.3</p> <p>6.2.1 - 6.2.3</p> <p>6.3.1 - 6.3.2 (8)</p>	<p>6, 3, 5, (14)</p> <p>2, 3, 2, (7)</p> <p>2, 4, (6)</p> <p>(total: 27 competencies)</p>
7	Collaboration with Other Professionals	<p>§ 7.1: Collaborate with other professionals</p> <p>§ 7.2: Function as a team member</p>	<p>7.1.1 - 7.1.3</p> <p>7.1.1 - 7.2.2 (5)</p>	<p>4, 7, 3, (14)</p> <p>11, 4, (15)</p> <p>(total: 29 competencies)</p>
8	Use of Supervision, (Peer) Intervention and Critical Evaluation	<p>§ 8.1: Undertake Routine Evaluation of Practice</p>	<p>8.1.1 - 8.1.4 (4)</p>	<p>5, 12, 6, 2, (25)</p> <p>(total: 25 competencies)</p>
9	Ethics & Cultural Sensitivities	<p>§ 9.1: Work within an ethical framework</p> <p>§ 9.2: Work with social & cultural differences</p> <p>§ 9.3: Social, cultural and political context of psychotherapy</p>	<p>9.1.1 - 9.1.3</p> <p>9.2.1 - 9.2.3</p> <p>9.3.1 - 9.3.3 (9)</p>	<p>3, 8, 7, (18)</p> <p>7, 4, 6, (17)</p> <p>3, 6, 6, (15)</p> <p>(total: 50 competencies)</p>
10	Management & Administration	<p>§ 10.1: Handle a professional practice</p> <p>§ 10.2: Manage a self-employed or small business</p> <p>§ 10.3: Manage and administer employees in a small business</p>	<p>10.1.1 - 10.1.3</p> <p>10.2.1 - 10.2.3</p> <p>10.3.1 - 10.3.2 (8)</p>	<p>6, 7, 4, (17)</p> <p>4, 3, 2, (9)</p> <p>2, 4, (6)</p> <p>(total: 32 competencies)</p>
11	Research	<p>§ 11.1: Be aware of psychotherapy research</p> <p>§ 11.2: Engage in appropriate research</p>	<p>11.1.1 - 11.1.2</p> <p>11.2.1 - 11.2.3 (5)</p>	<p>4, 4, (8)</p> <p>3, 4, 3, (10)</p> <p>(total: 18 competencies)</p>
12	Prevention & Education	<p>§ 12.1: Prevention and education with clients</p> <p>§ 12.2: Prevention and education with others</p>	<p>12.1.1 - 12.1.3</p> <p>12.2.1 - 12.2.3 (6)</p>	<p>4, 9, 5, (18)</p> <p>4, 4, 3, (11)</p> <p>(total: 29 competencies)</p>
13	Management of Change, Crisis and Trauma Work	<p>§ 13.1: Manage change</p> <p>§ 13.2: Work with people in crisis</p> <p>§ 13.3: Work with traumatised people</p>	<p>13.1.1 - 13.1.2</p> <p>13.2.1 - 13.2.2</p> <p>13.3.1 - 13.3.2 (6)</p>	<p>5, 5, (10)</p> <p>3, 5, (18)</p> <p>3, 2, (5)</p> <p>(total: 33 competencies)</p>
Total	13 Domains	40 sections	124 subsections	634 competencies

Endnoten

- ⁱ www.europsyche.org/contents/13247/strasbourg-declaration-on-psychotherapy-of-1990
- ⁱⁱ www.cisionwire.com/skills-for-health/r/national-occupational-standards-for-psychological-therapies,c476954
- ⁱⁱⁱ psychoanalytisch/psychodynamisch; systemisch; kognitiv-behavioral und humanistisch
- ^{iv} Für weitere Informationen zu diesem Thema siehe Artikel (1) Wilkinson, H. (2011). The Range of Modalities and Meta-perspectives: The tactical dilemma of the psychotherapies: *IJP*, Vol. 15, No. 1, pp. 15-22; und (2) Young, C. (2011). Mainstreams, Modalities and Methods in Psychotherapy: What criteria should be used in defining these? *Submitted to World Journal for Psychotherapy*, Vol. 4, No. 1, 2011. Als Download verfügbar auf: www.courtenay-young.co.uk/courtenay/articles/index.htm
- ^v www.psychotherapy-competency.eu/Literature_Review/index.php
- ^{vi} www.psychotherapy-competency.eu/Documents/Working_Group_Literature_Review_v.3.1.htm
- ^{vii} Prof. Bernhard Strauss ist Autor, Herausgeber und Schriftleiter von Büchern, Fachzeitschriften (z.B. Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische Psychologie) und Buchreihen. Er bekleidete mehrere Funktionen, u.a. war er von 2004 bis 2008 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und 2008/2009 Präsident der Society for Psychotherapy Research (SPR). 2011 wurde er zum Kollegiat der DFG für das Fachgebiet Klinische, Differentielle und Diagnostische Psychologie, Medizinische Psychologie gewählt. Außerdem unterrichtet er regelmäßig als Gastdozent an der Sigmund Freud PrivatUniversität in Wien.
- ^{viii} Für anderslautende Definitionen der Psychotherapie siehe Anhang 1 und 2 des Projekts auf der Website www.psychotherapy-competency.eu
- ^{ix} Die Anforderungen an die Weiterbildung (CPD) sind auf der EAP-Website (www.europsyche.org/cms-tag/153/ecp) zu finden und sehen Weiterbildungsaktivitäten von durchschnittlich mindestens 50 Stunden/Jahr (total 250 Stunden in den letzten 5 Jahren) in folgenden Formen vor: (a) Aufbau- oder zusätzliche berufliche Ausbildungskurse in Psychotherapie (bitte auflisten, mit Angaben über den Anbieter (Institut) und einer Kursübersicht unter Angabe der Anzahl Stunden für jeden Kurs auf je einem separaten Blatt); (b) Professionelle Supervision für psychotherapeutische Praxis/klinische/Gruppen- und Peergruppen-Supervision (bitte auf einem separaten Blatt den Namen der/des SupervisorIn/Instituts, der Anzahl Supervisionsstunden und der Gesamtzahl Stunden angeben); (c) Besuch von Psychotherapiekonferenzen/-symposien (bitte für jede Veranstaltung auf einem separaten Blatt Bezeichnung, Datum und Organisator sowie die Teilnahmedauer in Stunden angeben und Kopien aller Anwesenheitstestate beilegen); (d) Professionelle Tätigkeit in psychotherapeutischen Organisationen (Wahl in ein Gremium oder einen Ausschuss und Teilnahme an Sitzungen. Bitte Organisation, Sitzungsdaten und formelle Sitzungsdauer in Stunden für jedes Meeting angeben); (e) Teilnahme an psychotherapeutischen Ausbildungen als SupervisorIn/ForscherIn/LehrerIn. Das Minimum von 250 Stunden sollte pro Kategorie nicht mehr als 75 Stunden betragen.
- ^x Wie von der Europäischen Vereinigung der Freien Berufe (CEPLIS) festgelegt: www.ceplis.org
- ^{xi} Liste der Teilnehmenden: www.psychotherapy-competency.eu/Participate/Participant_List.php
- ^{xii} **Relevanz:** 0 – nicht relevant; 1 – wenig relevant; 2 – mässig relevant; 3 – hoch relevant; **Wichtigkeit:** 0 – nicht wichtig; 1 – wenig wichtig; 2 – mässig wichtig; 3 – sehr wichtig; **Häufigkeit:** 0 – nie; 1 – gelegentlich; 2 – recht häufig; 3 – routinemässig.
- ^{xiii} www.psychotherapy-competency.eu/Practice_Analysis/index.php
- ^{xiv} Quantitative Analyse: www.psychotherapy-competency.eu/Documents/Quantitative_Analysis_Report.pdf S. 18
- ^{xv} Qualitative Analyse; www.psychotherapy-competency.eu/Documents/Qualitative_Thematic_Analysis_Report.pdf
- ^{xvi} Von der EAP-Website: www.europsyche.org
- ^{xvii} Diese sind als PDF-Datei zu finden unter: www.europsyche.org/download/cms/100510/Final-Core-Competencies-v-3-3_July2013.pdf
- ^{xviii} Siehe auch: Young, C. (2011). Twenty Different Definitions of Psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*, Vol. 15, No. 1, pp. 23-41.
- ^{xix} ISCO ist Teil der Internationalen Arbeitsorganisation ILO, einer UNO-Sonderorganisation, siehe www.ilo.org/global/lang-en/index.htm. Die neueste Version, ISCO-08, kann hier heruntergeladen werden: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf
- ^{xx} Projekt European Skills Competencies Occupations (ESCO): ec.europa.eu/esco/home : detailliertere Dokumentation: ec.europa.eu/health/workforce/docs/ev_20130412_co05_en.pdf

Bericht

Andreas Weichselbraun, Beatrix Wimmer

Auf den Spuren der Nkisi Nkondi oder Jenseits von Afrika Weltkongress für Psychotherapie 25.-29. August 2014

Frühe Dunkelheit senkt sich über das winterliche und dennoch warme Durban an der Ostküste Südafrikas. In der Luthuli Hall des Rathauses, benannt nach dem ersten Friedensnobelpreisträger Afrikas, Albert Luthuli, begrüßt der Bürgermeister von Durban PsychotherapeutInnen aus aller Welt zum Weltkongress für Psychotherapie. Und er mag wohl auch verwundert gewesen sein, dass sich nach seinen einladenden Worten innerhalb von Minuten ein Spektakel kollektiver Regression entfaltete, als ob sich ein aufgestautes Bedürfnis, das sonst nur KlientInnen vorbehalten zu sein scheint, sich hier kathartisch entladen musste. Wir sind ja unter uns. Die Schlangen tanzender PsychotherapeutInnen winden sich im Saal, zur Musik der politisch korrekt schwarz-weiss gemischten Band und den Songs der sechziger und siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts.

Der Rausch hat bald ein Ende und am nächsten Morgen bei der offiziellen Eröffnung setzt Ernüchterung ein. Der Saal ist befremdlich leer, insgesamt sind nur knapp über 200 Delegierte zum Kongress registriert, viele davon sind selbst PräsentatorInnen. Der Versuch indigenes Publikum für den Kongress zu interessieren, wie das beim letzten Mal in Australien vor 3 Jahren sehr gelungen ist, ist in Afrika leider nicht geglückt. Wir können nur vermuten, was die Ursachen für dieses Ausbleiben waren: die sehr hohe Kongressgebühr, die Wirtschaftskrise, die nach innen gewandte Aufmerksamkeit Südafrikas in der Bewältigung des Apartheidserbes oder gar die Ebolaepidemie in Westafrika. Gekommen sind die EuropäerInnen, die AmerikanerInnen (Nord und Süd) wie auch AustralierInnen.

Und dennoch ist nicht aufzuhalten, was in Australien seinen Anfang gefunden hat: das neue Selbstverständnis, dass Psychotherapie keinen Anspruch haben kann, weiss zu sein und schon gar nicht unpolitisch. Berührend berichtet die nunmehr eingebürgerte Australierin Merle Conyer, wie sie in Südafrikas Apartheidregime aufgewachsen ist, mit einer internalisierten Angst groß geworden ist und jetzt in Australien mit Aborigines an den Folgen deren Genozides arbeitet. Von den Vereinigten Staaten ist Gloria Mulcahy-Alvernaz angereist, um uns unter dem Titel „Spirituality and Psychotherapy“ von den traumatischen Folgen der Vertreibung und Umsiedlung der Cherokee Indianer von den Great Smoky Mountains zu erzählen (Trail of Tears 1838) und wie Generationen von Indianern weiterhin unter den Nachwirkungen repressiver und missbräuchlicher Umerziehung leiden. Das Thema des kolonialen Erbes und das Fortbestehen kultureller Arroganz, sowie die daraus folgende Notwendigkeit der unabdingbaren kulturellen Sensibilität im Umgang mit unseren KlientInnen gewinnen für PsychotherapeutInnen an Präsenz und Gewicht.

Afrika findet seinen Platz und Bewunderung, wenn auch mehr durch jenseits von Afrika beheimateten VertreterInnen der Zukunft. Da ist zum Beispiel der faszinierende Vortrag von David Henderson über sein persönliches Erleben eines Therapieabschlusses aus seiner Praxis, der ihm zum Vergleich der Rolle des Therapeuten mit den Nagelfetischen afrikanischer Heiler, genannt Nkisi Nkondi, anregt. Nägel, die mit dem Wunsch nach Schutz eingeschlagen werden, lehnt Henderson symbolträchtig an das psychoanalytische Übertragungsmodell an und stellt fest, dass diese Nägel als der Ausdruck jener Vorgänge angesehen werden können, die sich zwischen ihm als Therapeuten und seiner Klientin während ihres gemeinsamen psychotherapeutischen Prozesses ereignet haben.

Gideon van Dyk von der Universität Stellenbosch führt uns in die nahezu unerträgliche Realität Nord-Ugandas, berichtet von den seelischen und körperlich verunstaltenden Wunden der Kindersoldaten der Lord's Resistance Army und davon, wie die lokalen politischen und sozialen Umstände die Behandlung erschweren oder gar verunmöglichen. Er erzählt wie ein ständiger Zustrom von immer neuen Opfern, diejenigen, die an einem Abschluss ihrer Erinnerungen arbeiten wollen, durch die Erzählungen der traumatischen Erlebnisse der Neuankömmlinge nicht zur Ruhe kommen lassen. Was aber besonders perfid ist, ist die Tatsache, dass Geld für internationale psychologische Feldstudien zur Erforschung von Traumafolgestörungen vorhanden ist, aber in dem Moment, wo die Daten erfasst sind, zieht der Tross der Forschenden wieder ab und hinterlässt ein therapeutisches Vakuum. Eine neue Form des Kolonialismus unter dem Deckmantel des wissenschaftlichen Fortschritts.

Die Gestalttherapie und vor allem die EAGT (European Association for Gestalt Therapy www.eagt.org) waren erfreulicherweise bei dieser Konferenz sehr gut vertreten, noch in Australien vor drei Jahren hatten wir das

anders erlebt. Peter Schulthess war als ehemaliger Präsident der EAGT gleich dreimal im Einsatz. Mit Dieter Bongers aus der Schweiz präsentierte er die Arbeit des Komitees für Menschenrechte und Soziale Verantwortung innerhalb der EAGT mit dem Titel: „Yes we care! Gestalttherapy is more than a Psychotherapeutic Concept“ und verkaufte auch das Buch der Gruppe mit dem Titel „Yes we care“. Mit mehreren anderen KollegInnen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz stellte er die Ergebnisse einer naturalistischen Studie zur Wirksamkeit von Psychotherapie von 8 verschiedenen Psychotherapiemethoden vor.

Zu dritt präsentierten wir- Peter Schulthess/Schweiz, Andreas Weichselbraun/Österreich & Großbritannien und Beatrix Wimmer/Österreich die Arbeit des Komitees für Professionelle Kompetenzen und Qualitative Standards innerhalb der EAGT unter dem Motto: „South Africa as the Cradle of Gestalt Therapy- 70 Years on from Ego, Hunger and Aggression to Professional Competencies of a Gestalt Therapist.“ Wir spannten einen Bogen beginnend mit den Anfängen dieses Projekts innerhalb der EAGT und dessen berufspolitischen Implikationen. Weiter ging es über die historischen und anarchistischen Wurzeln der Gestalttherapie, die ja von den aus Nazideutschland über Holland nach Südafrika geflohenen Lore und Fritz Perls gegründet worden war und mit Paul Goodman in den 1950er Jahren eine solide anarchistische Basis erhalten hatte. Der Bogen endete mit der Vorstellung des umfangreichen Dokuments über die professionellen Kompetenzen von GestalttherapeutInnen, beispielhaft anhand eines der insgesamt 13 Bereiche, nämlich dem Bereich der Psychotherapeutischen Beziehung. Und im Anschluss daran präsentierten Jelena Zeleskov Djoric aus Serbien und Michele Cannavo aus Sizilien, beide als Mitglieder im Executive Committee der EAGT tätig, ihre vergleichende Studie zu Gestalttherapie mit Häftlingen in Gefängnissen in Serbien und Sizilien mit dem Titel: „Emerging Beauty Beyond Freedom: Co-Creating Rootedness with Gestalt Therapy Approach in Offenders“. Beeindruckend und äußerst erfreulich für mich persönlich war, wie sehr die Gestalttherapie als professionelle, wissenschaftlich fundierte Methode präsentiert wurde und sich der Psychotherapieforschung zuwendet, bereits im Mai 2014 hatte die EAGT eine gut besuchte Tagung zum Thema Psychotherapieforschung organisiert.

In der Arbeit zur Definition der methodenspezifischen professionellen Kompetenzen geht die Gestalttherapie einen großen Schritt voraus, indem sie ihre ganz individuellen Spezifikationen beschreibt.

Eine davon ist, eine wertschätzende, offene, dialogische Haltung einzunehmen und sich auf eine Begegnung mit dem Gegenüber einzulassen. Darauf wies auch eine Kongressteilnehmerin hin, eine afrikanische Psychotherapeutin, die sich auch als traditionelle Heilerin versteht, indem sie für wechselseitige Anerkennung plädierte. Nur dann wäre es möglich, auch eine professionelle Beziehung zu traditionellen HeilerInnen herzustellen und deren Unterstützung für unsere Arbeit zu gewinnen. Vermutlich wäre mit einer solch offenen Haltung der Besuch der Tagung auch für die indigenen KollegInnen attraktiver gewesen. Bleibt nur das Warten auf Paris 2017.

Autoren

Andreas Weichselbraun und Beatrix Wimmer sind österreichische Gestalttherapeuten

Korrespondenz

Dr. Andreas Weichselbraun
Sheffield Health and Social Care
Northlands Community Health Centre
Southey Hill
Sheffield S5 8BE,
United Kingdom
a.weichselbraun@btinternet.com

Mag. Beatrix Wimmer
Fluchtgasse 7/12
A-1090 Wien
beatrix.wimmer@inode.at

Rapport

Andreas Weichselbraun, Beatrix Wimmer

Outre-Afrique ou sur les traces du nkisi nkondi Congrès mondial de psychothérapie 25–29 août 2014

En cette soirée hivernale et pourtant chaude, l'obscurité gagne vite la ville de Durban, sur la côte est d'Afrique du Sud. Dans le Luthuli Hall de l'Hôtel de ville, qui tient son nom d'Albert Luthuli, le premier prix Nobel de la paix africain, le maire de Durban accueille les psychothérapeutes du monde entier au Congrès mondial de psychothérapie. Et peut-être a-t-il été étonné de voir se dérouler, en l'espace des quelques minutes qui ont suivi ses paroles de bienvenue, un spectacle de régression collective, comme si un besoin incoercible longtemps retenu, explosait de façon cathartique, libération autrement plutôt réservée aux clientes et clients. Mais nous sommes entre nous. Des files de psychothérapeutes dansants serpentent dans la salle, sur la musique d'un groupe de musiciens noirs et blancs, une mixité politiquement correcte, et sur des chansons des années 1960 et 1970.

Cette griserie prend bientôt fin et le lendemain matin, lors de l'inauguration officielle, le désenchantement s'installe. La salle est étrangement vide, au total seuls 200 délégués se sont inscrits au congrès, nombre d'entre eux étant eux-mêmes intervenants. La tentative d'intéresser le public local au congrès, comme on avait réussi à le faire il y a 3 ans lors du dernier congrès en Australie, n'a malheureusement pas eu le même succès en Afrique. Nous ne pouvons que conjecturer sur les raisons de cette absence: le montant très élevé des frais de participation au congrès, la crise économique, le fait que l'Afrique du Sud est centrée sur elle-même dans sa volonté de surmonter l'héritage de l'Apartheid ou peut-être même l'épidémie d'Ebola en Afrique occidentale. Sont venus des Européens, des Américains (du nord et du sud) ainsi que des Australiens.

Et cependant on ne pourra pas arrêter de sitôt la réflexion commencée en Australie: cette nouvelle idée que la psychothérapie ne peut se réclamer de la blancheur et ne peut certainement pas être apolitique. Merle Conyer, aujourd'hui Australienne, rapporte avec émotion comment elle a grandi en Afrique du Sud, sous le régime de l'Apartheid, comment sa jeunesse a été imprégnée de cette angoisse intériorisée et comment, maintenant, elle travaille avec les aborigènes sur les conséquences de leur génocide. Gloria Mulcahy-Alvernaz est venue des Etats-Unis pour nous parler, dans son exposé intitulé «Spirituality and Psychotherapy», des traumatismes engendrés par l'expulsion des Indiens Cherokee des Great Smoky Mountains (Trail of Tears 1838) et leur déplacement, pour nous raconter comment, des générations d'Indiens continuent de souffrir des séquelles de cette rééducation répressive et abusive. La question de l'héritage colonial ainsi que d'une persistance de l'arrogance culturelle et, par conséquent, celle de l'absolue nécessité de faire preuve de sensibilité culturelle envers nos clientes et nos clients, gagnent en actualité et en importance pour les psychothérapeutes.

L'Afrique trouve sa place et suscite l'admiration, bien que ce soit plutôt chez les représentantes et représentants de notre corporation résidant outre-Afrique. Mentionnons, par exemple, la fascinante conférence donnée par David Henderson sur la façon dont il a personnellement vécu la fin d'une thérapie dans son cabinet, ce qui l'amène à comparer le rôle du thérapeute à celui du guérisseur africain utilisant les fétiches à clous, les *minkisi nkondi*. David Henderson s'inspire de ces clous qu'on enfonce par désir de se protéger, ils sont pour lui emblématiques du modèle de transfert psychanalytique, et il constate qu'on peut voir dans ces clous l'expression des événements qui se sont déroulés entre lui, le thérapeute, et sa cliente, durant leur processus commun de psychothérapie.

Gideon van Dyk de l'Université Stellenbosch nous conduit dans la réalité presque insupportable du nord de l'Ouganda, il rapporte les blessures psychiques et physiques destructrices infligées aux enfants-soldats de la Lord's Resistance Army et parle de la situation politique et sociale qui rend toute thérapie difficile, voire impossible. Il raconte comment l'afflux constant de nouvelles victimes et le récit qu'elles font de leurs expériences traumatisantes ne permettent pas à celles qui veulent mettre fin à leur travail de mémoire de trouver la paix. Un fait est particulièrement perfide: les fonds existent qui permettraient de lancer des études de terrain en psychologie au niveau international et de faire des recherches sur ces troubles post-traumatiques, mais dès le moment où les données sont saisies, le cortège des chercheurs s'éclipse, laissant derrière lui un vide thérapeutique. Une nouvelle forme de colonialisme sous le couvert du progrès scientifique.

Fort heureusement, la gestalt-thérapie, et l'EAGT (European Association for Gestalt Therapy – <http://www.eagt.org>) surtout, étaient très bien représentées à ce congrès, au contraire de ce que nous avons vécu en Australie il y a trois ans. Ancien président de l'EAGT, Peter Schulthess s'est même engagé par trois fois.

Avec Dieter Bongers, de Suisse, il a présenté le travail du comité de l'EAGT sur les droits de l'homme et la responsabilité sociale, dans un exposé intitulé «Yes we care! Gestalttherapy is more than a Psychotherapeutic Concept», et il a également vendu le livre édité par ce groupe sous le titre «Yes we care». Avec plusieurs autres collègues d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse, il a présenté les résultats d'une étude naturaliste sur l'efficacité de la psychothérapie de 8 méthodes psychothérapeutiques différentes.

A nous trois – Peter Schulthess/Suisse, Andreas Weichselbraun/Autriche et Grande-Bretagne ainsi que Beatrix Wimmer/Autriche – nous avons présenté le travail du comité de l'EAGT pour les compétences professionnelles et les standards de qualité, sous le thème: «South Africa as the Cradle of Gestalt Therapy – 70 Years on from Ego, Hunger and Aggression to Professional Competencies of a Gestalt Therapist.» Partant des débuts du projet au sein de l'EAGT et de ses implications professionnelles et politiques, nous en avons fait le tour, évoquant les racines historiques et anarchistes de la gestalt-thérapie: fondée par Lore et Fritz Perls qui, fuyant l'Allemagne nazie, avaient rejoint l'Afrique du Sud en passant par la Hollande, elle avait acquis une solide base anarchiste dans les années 1950 avec Paul Goodman. Nous avons terminé notre tour d'horizon en présentant le volumineux document consacré aux compétences professionnelles des praticiens de gestalt-thérapie et en prenant en exemple l'un des 13 domaines abordés, celui de la relation psychothérapeutique. Faisant suite à notre conférence, Jelena Zeleskov Djoric de Serbie et Michele Cannavo de Sicile, tous deux membres du comité exécutif de l'EAGT, ont présenté leur étude comparative des effets de la gestalt-thérapie sur les détenus de certaines prisons de Serbie et de Sicile dans une conférence intitulée «Emerging Beauty Beyond Freedom: Co-Creating Rootedness with Gestalt Therapy Approach in Offenders». Ce qui m'a personnellement impressionnée et profondément réjouie, c'est la façon dont la gestalt-thérapie a été présentée: comme une méthode professionnelle et scientifiquement fondée, qui s'intéresse à la recherche sur la psychothérapie; en mai 2014 déjà, l'EAGT avait organisé une rencontre bien fréquentée sur le thème de la recherche en psychothérapie.

Dans ce travail de définition des compétences professionnelles propres aux différentes méthodes, la gestalt-thérapie a pris les devants en spécifiant ses propres standards.

Citons à cet égard, le fait d'adopter une attitude respectueuse, ouverte et dialogique et de faire preuve de disponibilité dans la rencontre de son vis-à-vis. C'est ce qu'a fait remarquer l'une des participantes au congrès, une psychothérapeute africaine qui se définit comme une guérisseuse traditionnelle, en plaidant pour une reconnaissance mutuelle, seule condition permettant d'instituer une relation professionnelle avec les guérisseurs et guérisseuses traditionnelles et de s'assurer de leur soutien dans notre travail. Il est probable qu'une telle ouverture d'esprit aurait pu convaincre nos collègues africains de participer à notre congrès. Il ne nous reste plus qu'à espérer que ce sera le cas à Paris en 2017.

Indications sur les auteurs

Andreas Weichselbraun et Beatrix Wimmer sont praticiens de gestalt-thérapie autrichiens.

Contact

Andreas Weichselbraun
Sheffield Health and Social Care
Northlands Community Health Centre
Southey Hill
Sheffield S5 8BE,
Royaume-Uni
a.weichselbraun@btinternet.com

Beatrix Wimmer
Fluchtgasse 7/12
A-1090 Vienne
beatrix.wimmer@inode.at

Bericht

Peter Schulthess

How Art and Science meet

What practice and research of psychotherapy can learn from each other

Jährlich lässt die EAP (European Association) in Zusammenarbeit mit einem der nationalen Psychotherapie-Verbände als Organisator eine Psychotherapiekonferenz stattfinden. Diesmal gehörte auch die Universität Vilnius (Litauen) zu den Veranstaltern. Die Tagung fand vom 15. bis 18. Oktober 2014 in Vilnius in den Räumen der historischen und musealen Universität statt.

Das Tagungsthema der Konferenz sprach an: Was können Praxis und Forschung voneinander lernen? Die Praxis wird offenbar mit Kunst konnotiert, die Forschung mit Wissenschaft. Das ist natürlich provokant, versteht sich doch die Psychotherapie als wissenschaftliche und nicht als künstlerische Disziplin. Und doch hört man immer wieder, dass Psychotherapeut eben doch ein künstlerischer Beruf sei, letztlich eine Kunst, basierend auf wissenschaftlichen Konzepten und wissenschaftlich begründbaren Interventionen. Oder ist vielleicht eher die Wissenschaft eine Kunst? Jedenfalls ist der Streit, welche Forschungsdesigns der Komplexität des psychotherapeutischen Geschehens am ehesten gerecht werden, noch lange nicht ausgefochten. Davon zeugte auch diese Konferenz.

Betroffen konnte einen machen, dass mit *Jerzey Alexandrowicz* aus Polen einer der einflussreichsten Psychiater und Psychotherapeuten bezüglich der Anerkennung von Psychotherapierichtungen äusserte, er halte gar nichts von wissenschaftlichen Ergebnissen zur Psychotherapie. Da könnten manche Verfahren Forschungsergebnisse zeigen wie sie wollen, man könne sie dennoch nicht als fundierte Verfahren anerkennen. Ob er da als frustrierter Wissenschaftler sprach oder als Künstler? Er meinte, Forschung hätte eh keine Relevanz für die psychotherapeutische Praxis, die Theorien der verschiedenen Konzeptionen seien mehr science fiction als science based. Effektivitätsstudien hätten instrumentellen Charakter, keinen substantiellen Wert. Auch die Efficacy-Forschung in Laborsituationen kritisierte er. Weder sei es gegeben dass in einer Gruppe mit derselben ICD 10 Diagnose alle Patienten wirklich vergleichbar seien, noch dass die schulenorientierten Interventionen gleich seien.

Metanalysen würden nur den Fehlerwert vergrössern. Es sei unverständlich, dass man daran glaube. Theorien hingegen könnten keine gute Basis für Psychotherapie sein, da sie jeweils zeitgebundene Momentaufnahmen seien. Die Diagnoseorientierung würde die Wahrnehmung beeinflussen und nur das berücksichtigen, was zur Theorie passe, abweichendes würde weggelassen.

Existierende Theorien seien am „proper functioning“ der Person orientiert. Ideen zur Pathologie würden sich an der „Norm“ messen. Oft hätte das ideologische Einschüsse.

Neurobiologie wiederum würde die Bedeutung der Psychogenese devaluieren und die Bildung von Theorien zur Psychotherapie beeinträchtigen.

Es sei möglich, den Impact der Forschung auf die Praxis zu erhöhen, wenn existierende Mythen und Vorurteile überwunden würden. Er sei dennoch Pessimist und glaube nicht daran, dass innert kurzer Zeit Resultate der experimentellen Forschung die Praxis der Psychotherapie verbessern würden.

Bodgan Barbaro, ein weiterer polnischer Exponent der Psychotherapie sprach zum Thema, ob Psychotherapie als freier Beruf zu verstehen sei oder als medizinischer Beruf. Dass es allenfalls ein psychologischer Beruf sein könnte, fehlte in seiner Optik. Als Gründe, Psychotherapie der Medizin zuzuordnen, listete er auf: Mit Psychotherapie würden Health Disorders behandelt; die Gründungsväter der psychotherapeutischen Richtungen seien meistens Ärzte gewesen; gesetzliche Regelungen würden medizinische Berufe regeln; Versicherungen unterstützen medizinische Leistungen; das Prestige der Medizin sei sehr hoch.

Der Status quo in Polen soll also Argument für die Zuordnung der Psychotherapie zur Medizin dienen.

Als Argumente, Psychotherapie als freien Beruf zu sehen, listete er auf: Berechtigte Kritik der Medizinalisierung; die Sprache der Psychotherapie gehe über die Medizin hinaus; ein Psychotherapeut schaue nicht nur auf Symptome, sondern auch auf Probleme und persönliches Leiden.

Er entwarf dann ein Hybridmodell, welches vorsieht, dass Psychotherapie medizinisch *und* sozialwissenschaftlich begründet sei: Jede Klassifizierung sei ein Produkt sozialen Diskurses; wie wir Verhalten definieren und beurteilen würden sei sozial und kulturell eingebunden und verändere sich, es sei nicht durch „Wahrheit“ bestimmt; die Grenzen der Medizin und der Psychotherapie seien Kontext-gebunden und Veränderungen unterworfen; Epistemologischer Kontext: Sprache schaffe Realität; und zu guter Letzt gäbe es

dem pragmatischen Aspekt: Es gäbe mittlerweile viele PsychotherapeutInnen, die von sozialwissenschaftlichen Berufen her in dieses Feld gekommen seien, nicht von der Medizin her.

Sibyllinisch schloss er, dass er auch nicht wisse, welches Modell zu befürworten sei.

Erwähnt werden soll auch das Referat von *Alfred Pritz* zum Thema „der kleine Unterschied zwischen der Psychotherapie und wissenschaftsbasierter Psychotherapie“.

Seit 1760 sei es eine Grundfrage der Psychotherapie, ob sie Praxis, Kunst oder Wissenschaft sei (seit Messmer mit seiner Hypnose).

Messmer wandte sich ab von der Auffassung, dass psychische Störungen gottgegebenen seien. Er würde eine Energie anwenden, die bisher nicht bekannt sei. Ein Experten-Komitee bezeugte aber, dass es diese Energie nicht gäbe.

Eysenk 1952: Psychotherapie hätte keinen Effekt, weil es unheilbare Fälle gäbe und andere, die auch ohne Therapie geheilt würden.

Karl Popper: Psychotherapie sei nicht wissenschaftlich.

1985: Psychotherapiegesetz Österreich. Pritz war ein Mitautor. Anwalt fragte: Was ist Psychotherapie? Das sei nicht einfach zu erläutern. Ob Psychotherapie eine Kunst sei? Auf eine Art ja. Der Anwalt folgerte: Dann müssen wir ein Gesetz nach den Gesetzen für Künste machen. Einspruch: Die Psychotherapie sei mehr wissenschaftlich: Dann müsse man ein Gesetz gemäss Medizinalberufen machen. Es gab dann etwelche Aufregung in Österreich, als die Psychotherapie gesetzlich so zu konzipiert wurde, dass sie nicht mehr Teil der Medizin noch Teil der Psychologie war, sondern ein wissenschaftlicher Beruf in eigenen Rechten.

In der Folge sei ein erstes Buch zur Psychotherapie als neuem Beruf erschienen: Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen.

Die Sozialversicherungen fragten, welche Ansätze denn nun wirklich wissenschaftlich fundiert seien? Erste Antwort: Alle. Das Thema sei aber bis heute nicht abgeschlossen.

Er verglich dann Psychotherapie mit Religion: Psychotherapie arbeite nicht mit einem Gottesbegriff und dem Glauben.

Vergleich zur Juristik: In der Psychotherapie gehe es nicht um harte Interpretation von Texten, sondern um relative in Relation.

Vergleich zur Philosophie: Psychotherapie sei die Philosophie des subjektiven Individuums, nicht generalisierbar, im Unterschied zur Philosophie.

Vergleich zur Erziehung: Psychotherapie habe Aspekte davon, sei aber keine pädagogische Wissenschaft.

Medizin: Psychotherapie gehöre nicht zur Medizin. Medizin sei hauptsächlich auf Naturwissenschaft basiert und nicht mal eine eigene Wissenschaft, sondern eine Praktik, die sich unterschiedlicher wissenschaftlicher Erkenntnisse bediene.

Psychotherapie: Was ist sie im Kern? Eine interpretative Wissenschaft (hermeneutisch).

Wissenschaftliche Basierung: Auch wenn die Forschungsmethoden nicht zum Kern der Psychotherapie gehören würde, wir müssten sie auch mit statistischen Methoden untersuchen.

Andererseits auch mit qualitativen und hermeneutischen Methoden. In der Psychotherapie sei die Selbstreflexivität wichtig, weswegen Selbsterfahrung als Teil der beruflichen Ausbildung verlangt würde. Dies unterscheide Psychotherapie deutlich von allen anderen Berufen. Darüber gäbe es leider noch wenig Forschung.

Zum Schluss erwähnte er die ökonomischen Interessen der Psychotherapie und der Forschung (it's about money) und hielt fest, dass die Psychotherapie sich einerseits in Konkurrenz zu anderen Berufen befände, andererseits aber auch zu Esoterikern und spirituellen Heilern.

Insgesamt präsentierten 42 Redner an diesem Kongress ihre Ideen und Forschungen. Dies bei einer Teilnehmerzahl von gut 70. So waren es zumeist die Präsentatoren, die sich gegenseitig zuhörten. Der Schreibende nutzte die Gelegenheit, weitere Resultate aus dem Fundus der PAP-S Auswertungen zu präsentieren und sprach zu „Therapy Outcomes in a Naturalistic Outpatient Study throughout Switzerland“. Das Design der PAP-S und unsere positiven Resultate stiessen auch hier auf grosses Interesse.

Der Kongress war durchaus bereichernd und gerade wegen seiner überschaubaren Grösse auch geeignet, wirklich ins Gespräch zu kommen. Der nächste EAP Kongress findet vom 19.-21. Juni in Athen zum Thema „Gender and Psychotherapy“ statt.

Compte rendu de congrès

Peter Schulthess

How Art and Science meet

What practice and research of psychotherapy can learn from each other

Chaque année, l'EAP (European Association for Psychotherapy) organise, en collaboration avec une association nationale de psychothérapie, une conférence de psychothérapie. Cette fois, l'université de Vilnius (Lituanie) faisait partie des organisateurs. Le congrès s'est déroulé du 15 au 18 octobre 2014 à Vilnius dans les salles de la vénérable université historique.

Le thème du congrès était intéressant : Que peuvent apprendre la pratique et la recherche l'une de l'autre ? La pratique semble avoir une connotation artistique alors que la recherche s'apparenterait plutôt à la science. Cette formule est plutôt provocante dans la mesure où la psychothérapie s'entend comme discipline scientifique et non pas artistique. Et pourtant, l'idée que psychothérapeute est un métier artistique, voire un art qui repose sur des concepts scientifiques et des interventions scientifiquement justifiables, est récurrente. Ou peut-être la science est-elle est plutôt un art ? En tous cas, les débats autour de la question de savoir quels designs de recherche conviendraient le mieux à la complexité des activités psychothérapeutiques ne sont pas près de se terminer. Le congrès l'a bien montré.

Jerzy Aleksandrowicz, de Pologne, est l'un des plus influents psychiatres et psychothérapeutes dans le domaine de la reconnaissance des approches psychothérapeutiques. Il a provoqué la consternation en déclarant qu'il ne pensait rien qui vaille des résultats scientifiques de la psychothérapie. Tous les résultats de recherche possibles que pourraient produire certaines thérapies ne suffiraient pas à faire reconnaître celles-ci comme fondées. A la question s'il parlait en tant que scientifique frustré ou en tant qu'artiste, il répondit que la recherche n'avait de toute manière aucune importance pour la pratique psychothérapeutique et que les théories des différentes conceptions relevaient davantage de la science fiction que de la science. Pour lui, les études concernant l'efficacité étaient des instruments, mais n'avaient aucune valeur intrinsèque. Il critiqua également la recherche en matière d'efficacité en laboratoire. En effet, rien ne permettait de penser que dans un groupe de patients avec le même diagnostic CIM 10, tous fussent vraiment comparables, ni que les interventions orientées selon les écoles fussent identiques.

Les méta-analyses ne faisaient qu'agrandir la marge d'erreur. Il était incompréhensible qu'on puisse y croire. A son avis, les théories par contre n'étaient pas une bonne base pour la psychothérapie puisqu'elles étaient des images instantanées tributaires de leur temps. L'orientation du diagnostic influençait la perception et ne tenait compte que de ce qui s'accordait avec la théorie en ignorant ce qui s'en écartait.

Les théories existantes s'orientaient selon le « proper functioning » de la personne. Les idées concernant la pathologie reposent sur la « norme », ce qui comporterait souvent des éléments idéologiques.

La neurobiologie dévalorisait l'importance de la psychogenèse et gênait l'émergence de théories en matière de psychothérapie.

Toujours selon Jerzy Aleksandrowicz, il serait possible d'améliorer l'impact de la recherche sur la pratique en abolissant certains mythes et préjugés. Il se dit néanmoins pessimiste et ne croit pas qu'à court terme, les résultats de la recherche expérimentale puissent améliorer la pratique de la psychothérapie.

Bogdan Barbaro, un autre représentant polonais de la psychothérapie, réfléchit à la question de savoir s'il faut entendre la psychothérapie comme profession libérale ou médicale. L'option qu'il pourrait s'agir d'une profession psychologique manquait dans sa vision des choses. Comme raisons d'attribuer la psychothérapie à la médecine, il énuméra : la psychothérapie permet de traiter des troubles de la santé ; les pères fondateurs des approches psychothérapeutiques étaient pour la plupart médecins ; les dispositions légales portent sur les professions médicales ;

les assurances soutiennent les prestations de service médicales ; le prestige de la médecine est excellent.

Le statu quo en Pologne devait donc servir d'argument pour justifier l'attribution de la psychothérapie à la médecine.

Pour considérer la psychothérapie comme profession libérale, il invoqua les arguments suivants : critique justifiée de la médicalisation ; le langage de la psychothérapie dépasse la médecine ; un psychothérapeute ne s'intéresse pas seulement aux symptômes, mais aussi aux problèmes et à la souffrance personnelle.

Il présenta ensuite un projet de modèle hybride selon lequel la psychothérapie trouverait ses sources autant dans la médecine que dans les sciences sociales : toute classification résulte d'un discours social ; notre façon de

définir et d'évaluer les comportements dépend des conditions sociales et culturelles et varie, elle n'est pas déterminée par la « vérité » ; les limites de la médecine et de la psychothérapie dépendent du contexte et subissent des modifications ; contexte épistémologique : le langage crée la réalité ; et en fin de compte, il existe un aspect pratique : les psychothérapeutes qui abordent la profession en venant des sciences sociales et non pas de la médecine sont actuellement nombreux.

Il conclut de manière énigmatique en disant qu'il ne savait pas non plus quel modèle il devrait approuver.

L'exposé d'*Alfred Pritz* consacré à « La petite différence entre la psychothérapie et la psychothérapie basée sur les sciences » mérite d'être mentionné.

Depuis 1760 (depuis Messmer et son hypnose), une des grandes questions de la psychothérapie est de savoir si elle est une pratique, un art ou une science.

Messmer s'éloigna de la conception que les troubles psychiques étaient une fatalité. Il utiliserait une énergie inconnue jusqu'alors. Un comité d'experts attesta néanmoins qu'une telle énergie n'existait pas.

Eysenk 1952 : la psychothérapie n'aurait aucun effet, puisque certains cas étaient incurables et que d'autres guérissaient même sans thérapie.

Karl Popper: la psychothérapie n'est pas scientifique.

1985 : loi sur la psychothérapie en Autriche. Pritz en est un coauteur. Un avocat demanda : Qu'est-ce que la psychothérapie ? Ce n'est pas simple à expliquer. La psychothérapie est-elle un art ? Dans un sens oui. L'avocat en déduisit : Alors, nous devons écrire une loi sur le modèle des lois relatives aux arts. Objection : La psychothérapie est plutôt scientifique. Alors, il conviendrait de faire une loi par analogie aux professions médicales. Il y eut encore des remous en Autriche lorsque, selon les dispositions légales, la psychothérapie ne fut rattachée ni à la médecine ni à la psychologie, mais qu'elle devint une profession scientifique à part entière.

Par la suite, un premier livre consacré à la psychothérapie en tant que nouvelle profession fut publié : « Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen ».

Les assurances sociales demandèrent quelles approches étaient en fin de compte vraiment fondées sur une base scientifique. Première réponse : Toutes. Jusqu'à ce jour, le sujet n'est pas clos.

A. Pritz a ensuite comparé psychothérapie et religion : la psychothérapie ne travaille pas avec une notion de Dieu et de foi.

Comparaison avec le droit : la psychothérapie ne traite pas d'interprétations strictes de textes, mais plutôt d'interprétations souples mises en perspective.

Comparaison avec la philosophie : la psychothérapie est la philosophie de l'individu subjectif, impossible à généraliser, contrairement à la philosophie.

Comparaison avec l'éducation : la psychothérapie en a certains aspects, sans pour autant être une science pédagogique.

Médecine : la psychothérapie ne fait pas partie de la médecine. La médecine repose avant tout sur les sciences naturelles. Elle n'est même pas une science à part entière, mais une pratique qui se sert de différentes découvertes scientifiques.

Psychothérapie : Au fond, qu'est-elle ? Une science prêtant à interprétation (herméneutique).

Base scientifique : Même si les méthodes de recherche ne faisaient pas partie du cœur de la psychothérapie, nous devrions aussi les examiner avec des méthodes statistiques.

En même temps, les méthodes qualitatives et herméneutiques seraient aussi de mise. En psychothérapie, l'autoréflexivité est importante, raison pour laquelle le développement personnel est exigé comme partie intégrante de la formation professionnelle. Par là, la psychothérapie se distingue nettement de toutes les autres professions. Malheureusement, il n'existe que peu de recherches à ce sujet.

A la fin, A. Pritz mentionna les intérêts économiques de la psychothérapie et de la recherche (it's about money) et releva que la psychothérapie se trouvait en compétition d'une part avec d'autres professions et d'autre part avec les ésotériques et certains guérisseurs spirituels.

En tout 42 orateurs ont présenté leurs idées et recherches lors de ce congrès. Le nombre de participants dépassait les 70 si bien que la plupart du temps, les intervenants se suivaient les uns les autres. Le procès-verbaliste saisit l'opportunité de présenter encore davantage de résultats de la PAP-S et parla de « Therapy Outcomes in a Naturalistic Outpatient Study throughout Switzerland ». Le design de la PAP-S et nos résultats positifs ont ici aussi rencontré un vif succès.

Le congrès fut tout à fait enrichissant et se prêta, grâce à sa taille humaine, aux vraies rencontres. Le prochain congrès EAP se tiendra du 19 au 21 juin à Athènes et sera consacré au thème « Gender and Psychotherapy ».

Rezeension

Theodor Itten

Egon Garstick (2013): Junge Väter in seelischer Krise - Wege zur Stärkung der männlichen Identität

Stuttgart: Klett-Cotta. S. 160 €24.95

Dieses, auf ein wichtiges männersensibles Thema konzentrierte, Buch kommt schlank in zehn Kapiteln daher. Nach einem ermunternden Vorwort des Soziologen und Psychoanalytikers Prof. Frank Dammasch, Frankfurt a. M., der dieses anschauliche und fachkompetente Buch mit dem Satz eröffnet: *Psychoanalyse bedeutet, mit Menschen in einen verstehenden Dialog über ihre subjektive Innenwelt einzutreten*, präsentiert Garstick seine durch viele Jahre Berufserfahrung gewachsenen Grundlagen für eine fokussierte, körperorientierte psychotherapeutische Arbeit. Vergnügt beschreibt und interpretiert er, was ihm, als Vaterschaftstherapeut, in verschiedenen Hinsichten, mit seinem Erfahrungsschatz als Sohn und Vater, wichtig ist. Zugleich gibt er uns diverse Orientierungshilfen für die Vaterschaftstherapie sowie verbesserte Vaterentwicklungsmöglichkeiten preis. Seine jahrelange Tätigkeit als Psychoanalytiker in einem Sonderschulheim für verhaltensauffällige Kinder befähigte Garstick, als innovativer Psychotherapeut mit Kindern, Eltern und Familien im Zürcher Stadtspital Triemli und in der Stiftung Mütterhilfe zum Wohle der Väter werdenden Männer und deren Familien zu wirken. Gleichzeitig ist er ein gestandener Lehranalytiker am Zürcher Psychoanalytischen Seminar und weitherum gefragter Supervisor in psychiatrischen und sozialpädagogischen Institutionen. Gleichzeitig hat er sich jahrelang als Delegierter des PSZ in der Schweizer Charta für Psychotherapie erfolgreich sowie dezidiert leidenschaftlich in unsere schweizerische Berufspolitik eingemischt. Dank seinem freundschaftlichen Kontakt zu Professor Volker Tschuschke konnte letzterer erstmal für das PAP-S Forschungsprojekt gewonnen werden. Die sozial- und kulturpolitische Seite von Garsticks Arbeit ist ein wichtiger Bewusstwerdungs-Beitrag, dass das eigene existentielle Dasein im „Hier und Jetzt“, als Individuum und als Familienmitglied immer schon mehr und komplexer ist als bewusstes Da-Sein. Im zweiten Kapitel geht es ihm um die depressiven und stark irritierten Männer während der ersten Vaterschaftswoche. Verschiedene erlebte Schwierigkeiten werden in und durch vier, anschaulich beschriebene, Fallgeschichten illustriert. Einige der darin spielenden Personen tauchen im Laufe des Buches immer wieder im modellhaften Sinne auf. So geniessen wir LeserInnen eine, durch den Autor geschaffene, gegenseitige verständigende Geborgenheit in neuen Lebensabschnitten. Was passiert seelisch und sozial mit einem Mann, der zum jungen Vater wird? Auf dem Weg zu einer Antwort nimmt der Autor uns im dritten Kapitel, überschrieben als *Überwältigte Männer: Die Macht der Frau, den Mann zum Vater werden zu lassen*; mit. Wichtig ist ihm gleichzeitig eine psychosoziale Entwicklungshilfe für die bedrohte Vater-Sohn-Beziehung. *„Die Geburt eines Kindes ist eine entscheidende Wende im Leben. Es beginnt ein neues Kapitel: Die eigene Jugend ist ein Stück weit vorbei. Aus dem Sohn wird ein Vater. Man(n) wird mit Vergänglichkeit, mit der Begrenztheit des eigenen Lebens konfrontiert. Diesen Statuswechsel, die Elternrolle und damit auch das Älterwerden gilt es zu akzeptieren. Es gilt, Verantwortung zu übernehmen, die eigene Selbstverwirklichung zurückzustellen.“* Wie dies, unterstützt durch eine psychotherapeutische Begleitung, aussehen mag, beschreibt Garstick in dem Kapitel zur Vaterwerkstatt für verwirrte Männer. Sein Plädoyer für die Väterarbeit, als Engagement für eine humane, demokratische Kultur, welche bedeutungsvollen Aspekte hier zur Beziehungsgestaltung wichtig sind und zum Einsatz kommen, sind Teilaspekte seiner treffenden Skizzen aus der Vaterschaftswerkstatt. Sehr wichtig ist ihm die Wissenschaft der Salutogenese. Wie können reif werdende junge Väter dafür sorgen, die, aus einem Liebespaar, neu entstandene Familie in die sie umgebende soziale Gemeinschaft und Gesellschaft gesund und widerstandsfähig einzubetten? Die neu zu erwerbenden und frisch zu kultivierenden Basiskompetenzen, die da sind: Sichere Bindung, Beziehungsfähigkeit, Selbstreflexion, Explorationsfähigkeit, Lernfähigkeit und Mentalisierung, helfen dem in seinem lebensveränderten Mannsein eine ausreichende Selbstsicherheit als Vater zu entwickeln. Das neue Elternpaar ist zugleich, und hoffentlich weiterhin, ein engagiertes vertrautes inniges Liebespaar. Um dieses Liebesleben in einem qualitativ neuen Lebenskontext frisch erhalten zu können, ist es vorteilhaft, die Wiederbelebung der sinnlich-sexuellen Beziehung in einer allfälligen Psychotherapie, aber nicht nur dort, zu thematisieren. Dank der Sexualität, als grösstmöglicher Ausdruck der menschlichen Lebendigkeit, wurde überhaupt erst neues Leben gezeugt. Wie und was glücklicherweise passiert, wenn in der Elternschaftstherapie diese intime Selbstverständlichkeit thematisiert wird, wird mit diversen Fallgeschichten, wiederbelebend, zum Besten gegeben. Wenn danach diese Flamme wieder tolle brennt, zeigt sich die neue Reife der männlich väterlichen Identität. Dies, laut Garstick, ist ein Geschenk an den Mann durch seine Frau und nunmehr Mutter seiner Kinder. Im weiteren präsentiert der Autor sein interdisziplinäres Modell, wie die Zusammenarbeit zwischen Hebamme, Frauenärztin und PsychotherapeutIn, im ländlichen Raum, zum Wohl des jungen Vaters aufgebaut und gelebt werden kann. *„Wir brauchen gute interdisziplinäre Netze im Frühbereich – angefangen bei Hebammen, Frauenärzten und Psychologen. Väter brauchen Partnerinnen oder Kolleginnen, die sie auf Hilfsangebote hinweisen, Freunde, mit denen sie reden können, die vielleicht auch Väter sind und die Probleme aus eigener Anschauung kennen. Insbesondere, wenn der eigene reale Vater eine Enttäuschung war, benötigen Männer väterliche Freunde, mit denen sie gegebenenfalls auch über ihre – zunächst nur ganz diffus empfundene – Ambivalenz gegenüber der neuen Lebensphase reden können.“* Was für Resultate daraus folgern und wie die Fortbildung für BeraterInnen und PsychotherapeutInnen in der Arbeit mit Vätern gestaltet werden kann, bildet das finale Kapitel.

Rezension

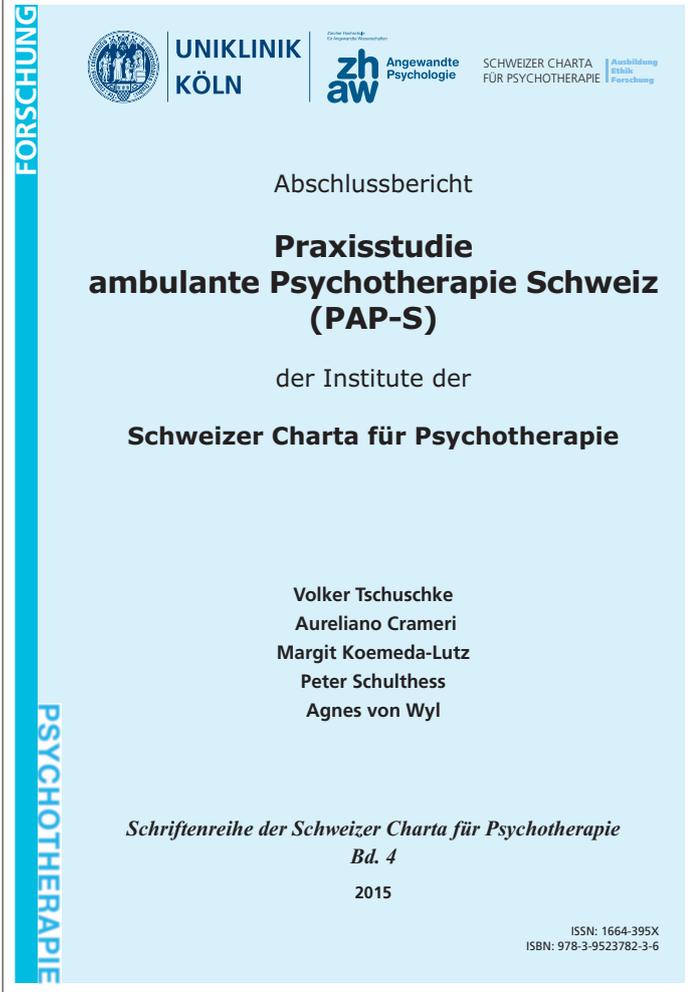
Theodor Itten

Jürgen Neffe (2014): Mehr als wir sind.

München: C. Bertelsmann. 408 Seiten. €19.99 / Sfr. 28.50

Jürgen Neffe, geboren 1956, ist promovierter Biochemiker, mehrfach ausgezeichnete Wissenschaftsjournalist und lebt als freier Autor in Berlin. Er hat in den 1990er Jahren als Reporter für Geo und Spiegel gearbeitet. Er hat bislang zwei wichtige Bücher, welche für uns PsychotherapeutInnen auch interessant sind, veröffentlicht. Zum 200. Geburtstag reiste er auf den Spuren von Charles Darwin um die Welt, um erfahrungsreflektierter seine Darwin-Biografie (2008) mit dem Motto: *Wer teilt, überlebt*, zu schreiben. Die Einstein-Biografie (2005) wurde 2007 von der Washington Post zum "Book of the year" gewählt. Nach seinem Bericht von der berühmtesten Reise der Wissenschaftsgeschichte, Darwins Beagle Reise, nimmt Neffe uns, in seiner autobiographische Fiktion, auf eine Reise ins Innere unseres menschlichen Daseins mit. Gegeben wird die verzwickte Lebensgeschichte von Janush Coppki, geboren 1979. Der leicht schüchterne Sohn von Hippie-Aussteiger-Eltern wächst bei den Grosseltern väterlicherseits auf, wird Chemielaborant und ist Anfangs unseres Jahrhunderts auf der faszinierenden Suche nach einer der wenigen, noch nicht aufgedröselten Weltformeln unseres irdischen Lebens. Dabei entdeckte der Spurlose, dank dem Glauben an sich selbst, ein wundervolles Elixier, dank dem wir Menschen nicht mehr schlafen müssen, wenn wir so wollen. Diese Wirkung des magischen Kraftstoffes tritt nur ein, wenn wir daran glauben. Dieses Mittel, das Coppki *„den Kraftstoff des Bewusstseins nennt“*, steigert unsere imaginäre Kreativität, die vermehrte leistungsvolle Ausdauer, gibt uns eine hoffnungsvolle Zuversicht und, fast wie selbstverständlich, verbessert unsere Libido. Leider macht es, wie viele der schon bekannten zauberhaften Elixiere, abhängig. Coppki, der jetzt in seinem Zentral-Institut für Gedanken-Experimente als einziger Forscher tätig ist, gelingt es, mit seinem Wundermittel die Liebe der Fotografin Vera zu gewinnen. Sie ist, die an Schlaflosigkeit leidende Reporterin, welche mit ihrer Bitte nach einem Heilmittel gegen ihre sie quälende Schlaflosigkeit erst diese Forschung aus dem zurückgezogenen Chemielaboranten herauslockte, ja herausflirtete. In der Folge werden sie ein Liebespaar. Veras Tochter Jenny, die in Indien an einer Internationalen Schule mehr lebte als studierte und ihre Gang, genannt: *„Freunde der Nacht“*, welche wie wir 1968er von einer besseren, gerechteren, liebevolleren und friedlicheren Welt träumen, waren es, die Coppkis Elixier als Probanden in einem Feldversuch erfolgreich ausprobierten. Jennys Vater, von Mamma geschieden und dennoch eifersüchtig auf Veras Neuen, der umtriebige Journalist und verlegerischer Entrepreneur, Leon Hard, schreibt prophetisch über die sensationelle Wachdroge, welche dadurch ihre Weltbekanntheit erreicht. In der ewigwachen Zone der Beherrschung des Selbst finden Vera und Leon wieder zusammen, derweil sich Coppki mit ihrer Jenny in einem Liebesrausch ohne Schlaf versucht. Das ist der innere Roman dieses verzwickten dreiteiligen Buches: *Der Dilettant; Freunde der Nacht; Welt ohne Schlaf*.

Im Kreise der analytischen Biographen, der LebenslaufdeuterInnen, werden die Rollenspiele gebraucht, um die je eigenen realen und imaginierten Lebensgeschichten weiter zu schreiben. Psychodrama live, womit dem inneren Kind der Protagonisten auf die Pelle gerückt wird. Für uns Seelenheilkundlerinnen und Seelenheilkünstlerinnen geht es in diesem Buch um Schlafforschung, Lebensgeschichte Erfindung, das Erfinden von Sinnoasen, dem Glauben und Folgen der inneren Stimme, dem Leibseele Dilemma, dem Tier im Menschen und vor allem und immer wieder, um die Sprache als Annäherung an die Erfahrung im inneren Sein, das Schreiben des Lebens und der Traum vom Wollen, Können, Glauben. Wie in der Homöopathie und Placebo Forschung erleben nur diejenigen Probanden die Wirkung der Wunderdroge „Hurra“, deren chemisch molekulare Zusammensetzung sich nicht naturwissenschaftlich beweisen lässt. Während die Freunde der Nacht und ihre Nachfolgerinnen auf die Wirkung des Elixiers schwören, entstehen einige Widerstandsgruppen, die ihr Recht auf Verweilen im Kosmos des Schlafes reklamieren. Wenn wir nicht mehr schlafen müssten, dann hätten wir uns von der eigenen Tiernatur befreit und wären wie die Götter und Göttinnen der Sagen und Mythen immerzu wach. Da gäbe es keine Traumforschung mehr, weil diese innerseelischen Geschichten dem Wachsein zum Opfer fallen. *Der Traum hängt am Schlaf wie Leben am Wasser*, schreibt Neffe. Im Roman gibt es die innere Rollen-Gruppe, welche verschiedene Figuren der anderen Biographie schreibenden Mitglieder darbieten und plötzlich, ohne dass ich als Leser es erst merke, mit diesen und deren Geschichten verschmelzen. Eben, mehr als wir sind. Was macht der Autor da mit uns? Er spielt Illusionist mit vertrippten Handlungen, welche leider nur gut genug in seinem Kopf spielerisch wirken. Im virtuellen DoppelgängerInnen Simulationsverfahren eines Romans, wie ein Walser oder Wolf, kann dieser Sprachtanzen selten emotional angeeignet werden. Für Neffe steht sein Paradigmawechsel darin, das Wachstum nach innen und nicht mehr nach aussen zu fördern. Das Tier in uns Menschen zu zähmen sieht er als entscheidenden Entwicklungsschritt in der kultivierten Geschichte der Menschheit. *Wer einmal die Früchte des Fortschritts gekostet hat...wolle niemals in die tierischen Verhaltensmuster zurückfallen...Das Ziel im Prozess der Zivilisation ist die Zivilisierung des Menschen...Die Beherrschung und Überwindung seines animalischen Kerns*. Vorerst ist der Dompteur, mit seinem wirksamen Mittel der beherrschten Sprache, gut unterwegs. *Der Traum vom Ende aller Träume endet im Bild einer Brücke über das Nichts*. Diese Brücke, ins emotionale Innere führende Gegenwärtige, kommt in diesem Roman erst auf Seite 97. Da beginnt die Ausstrahlung der Dialoge, in dem Moment, wo Coppki die Emerita Isabell Goldemer zu einem Gespräch trifft. Diese Forscherin hat die Gabe, die räumlichen Formen der Eiweisskörper aus der Reihenfolge ihrer Bausteine vorhersagen zu können. Da beginnt das Unbewusste durch die innere Dialogstimme zu sprechen. Hier glänzt Neffe in seiner Kunst der Dehnung, uns im wirklichen Leseaugenblick, ohne Verwirrung, genussvolle Beziehungs-Bilder zu beschreiben. Wenn Sie, liebe zukünftige Leserin und lieber Leser, diese Wortkletterei im Feuerwerk des Wissens bis dahin geschafft haben, können Sie sich auf ein schäumendes Bad im Neff'schen Sprachmeer freuen.



Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S)

Die Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz ist eine Prozess-Outcomestudie unter naturalistischen Praxisbedingungen ambulanter Therapie. Die Daten wurden 2006-2012 erhoben. Die Studie umfasst kürzere wie auch Langzeit-Therapieverläufe. Untersucht wurden Therapie-Richtungen, die in der Schweizer Charta für Psychotherapie repräsentiert sind: humanistische, körpertherapeutische, tiefenpsychologische und integrative Verfahren.

Der Bericht enthält 3 Teile: Beschreibung der Studie, Katamnese-Ergebnisse der Gesamtstichprobe und Ausmaß der Konzepttreue der therapeutischen Interventionen.

Der Bericht liefert viele spannend Resultate: Die erreichten Effektstärken dieser Studie müssen auf der Basis der katamnesticen Nachuntersuchung als außergewöhnlich gut bezeichnet werden. Dies gilt im Grunde für unterschiedlichste Störungsbereiche wie affektive, Angst- und Anpassungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen, auch wenn es geringfügige Unterschiede zwischen diesen drei Gruppierungen gibt."

Interessant ist auch das Ergebnis, dass schulenspezifische Interventionen in allen Therapierichtungen (wenn auch in unterschiedlichem Ausmass) deutlich weniger vorkommen als allgemeine und fremdschulische Interventionen. Im Band findet sich eine Diskussion dazu.

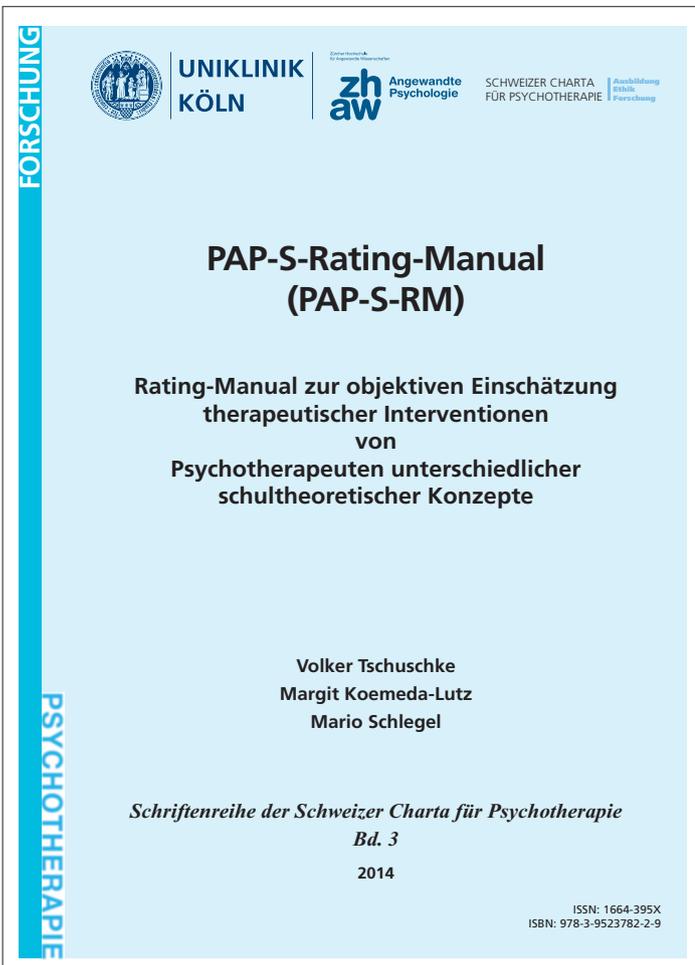
Verlag Schweizer Charta für Psychotherapie, Zürich, 2015, 48 S.

ISSN 1664-395X Band 4 (Online) ISBN 978-3-9523782-3-6

Online: kostenlos: www.psychotherapieforschung.ch

Gedruckt Preis: Fr. 35.- Mitglied einer Charta-Institution Fr. 20.-

Printausgabe bestellen bei: sekretariat@psychotherapiecharta.ch



Ratingmanual für psychotherapeutische Konzepttreue

Das Ratingmanual wurde im Rahmen der Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) entwickelt. Es dient der Fremdeinschätzung psychotherapeutischer Interventionen und reiht sich ein in die Forschung zur Konzepttreue (so genannte „Adherence“-Forschung) psycho-therapeutischer Interventionen.

Die im Manual aufgeführten hundert Interventionen enthalten die relevanten verbalen Interventionen von vierzehn Verfahren, die sich aus den tiefenpsychologischen, den humanistischen, den integrativen, systemischen und verhaltenstherapeutischen Hauptrichtungen zusammensetzen. Die Interventionen sind nach den Kriterien: Bezeichnung, Definition, operationale Kriterien, und Ankerbeispielen strukturiert. Neben den schulspezifischen wurden auch unspezifische, von allen Verfahren verwendete Interventionen eingefügt (ermittelt aus der Psychotherapieforschung, z.B. Lambert, 2004 und aus einem Brainstorming mit den Vertretern der beteiligten Therapieschulen).

Die schulenspezifischen Interventionen wurden von in Lehre und Praxis erfahrenen KollegInnen der entsprechenden Fachrichtung erarbeitet. Dieses Buch ist in seiner Art einmalig und kann auch für weitere schulvergleichende Forschungsprojekte verwendet werden.

Der Band idt auch in Englisch erschienen.

Verlag Schweizer Charta für Psychotherapie, Zürich, 2014, 120 S.

ISSN 1664-395X Band 2 (Online) ISBN 978-3-9523782-1-2 (Deutsch)

ISSN 1664-395X Band 3 (Online) ISBN 978-3-9523782-2-9 (Englisch)

Online: kostenlos: www.psychotherapieforschung.ch

Gedruckt Preis: Fr. 40.- Mitglied einer Charta-Institution Fr. 30.-

Printausgabe bestellen bei: sekretariat@psychotherapiecharta.ch

Einführungen für Profis, Studenten, Interessierte



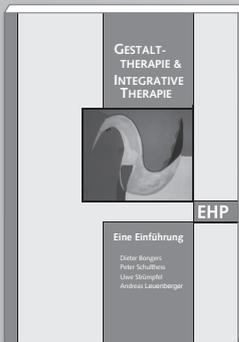
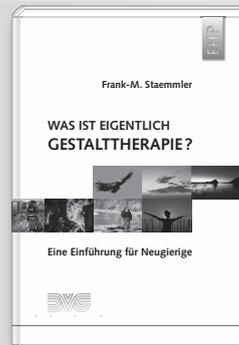
Frank-M. Staemmler

WAS IST EIGENTLICH GESTALT THERAPIE?

Eine Einführung für Neugierige

Hg. Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie
Mit einem Vorwort von Sabine Engelmann.

96 S., zahlr. Abb., Fotos, Hardcover · EUR 12,00
ISBN 978-3-89797-062-5



**Dieter Bongers / Peter Schulthess /
Uwe Strümpfel / Andreas Leuenberger**

GESTALT THERAPIE UND INTEGRATIVE THERAPIE

Eine Einführung

221 S. · EUR 25,00

ISBN 978-3-89797-033-5

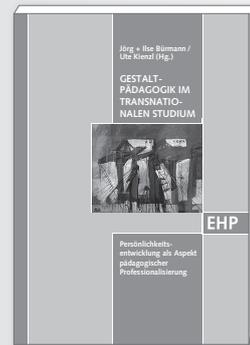
**Jörg Bürmann, Ilse Bürmann,
Ute Kienzl (Hrsg.)**

GESTALTPÄDAGOGIK IM TRANSNATIONALEN STUDIUM

Persönlichkeitsentwicklung als Aspekt
pädagogischer Professionalisierung

228 S., Abb./Tab. · EUR 19,99

ISBN 978-3-89797-090-8



Verlag Andreas Kohlhage
– www.ehp.biz –

✓ *Alle unsere Neuerscheinungen
sind auch als E-Book erhältlich!*

GESTALT THERAPIE

Forum für Gestaltperspektiven

Herausgegeben von der
Deutschen Vereinigung
für Gestalttherapie, DVG

2 Hefte jährlich
ca. 120 S.
Abo/Jahr: EUR 20,00
Einzelheft: EUR 12,00
ISSN 0933-4238



ZEITSCHRIFT FÜR GESTALTPÄDAGOGIK

Hg. Gestaltpädagogische
Vereinigung (GPV) e.V.

2 Hefte jährlich;
jeweils 64 S.
Abo/Jahr: EUR 16,00
Einzelheft: EUR 9,00
ISSN 1615-6404



Ralf Vogt (Hg.)

Verleumdung und Verrat.

Dissoziative Störungen bei schwer traumatisierten Menschen als Folge von Vertrauensbrüchen. 2014, 250 S., Festeinband, € 34.50
ISBN 978-3-89334-585-4



In diesem Sammelband haben international renommierte Psychoanalytiker und Traumatherapeuten in einer historischen und aktuellen Bestandsanalyse herausgearbeitet, welche Motive es für Verleumdung und Verrat im familiären und gesellschaftlichen Umfeld von Traumapatienten gibt, u.a.

- Jennifer Freyd: Zwischenmenschlicher und institutioneller Verrat
- Tilman Moser: Problematischer und nützlicher Verrat
- Ellert Nijenhuis: Der widersprüchliche und inkompatible Wille bei Trauma
- Francis S. Waters: Das traumatisierte Kind in der Zwickmühle zwischen Liebe und Verrat.

Ralf Vogt

SPIM-30. Behandlungsmodell dissoziativer Psychotraumastörungen.

Konzeptbegriffe, Materialien, Langzeitfallbeispiele. 2014, 296 S., Festeinband, € 39.50
ISBN 978-3-89334-584-7



Die Behandlung der von Menschen gemachten Psychotraumata bzw. dissoziativen Störungen ist ein brandaktuelles Thema in der modernen Psychotherapie. Es gibt bislang dazu wenig mehrdimensionale Therapiemodelle wie beispielsweise das in diesem Band vorgestellte SPIM 30.

„Erfreulich ist die Beachtung der politischen und gesellschaftlichen Dimensionen der traumatherapeutischen Arbeit, die über den Einzelfall hinausgehen, auf deren Hintergrund der Einzelfall aber wiederum als verständlich und damit als unterstützenswert sichtbar wird. ... Für erfahrene PsychotherapeutInnen im Bereich der Traumatherapie ist das Buch eine Bereicherung.“ (Claudia Fliß in Trauma)

Gaby Breitenbach,
Harald Requardt

Komplex-systemische Traumatherapie und Traumapädagogik.

2. Aufl. 2014, 304 S., 39.- €
ISBN 978-3-89334-547-2



Die Autoren dieses Handwerksbuchs für die Praxis gehen davon aus „Wo Trauma ist, ist Dissoziation – und wo Dissoziation ist, ist Trauma“.

„Kapitel für Kapitel fasziniert und regt zum Nachdenken und Nachfühlen an – und dazu, sich als TherapeutIn und Mensch zum Thema Gewalt gegen Menschen zu positionieren. Ein politisches und wegweisendes Buch, das ich jedem empfehlen möchte, der sich mit dem Thema Traumatisierung von Menschen durch Menschen auseinandersetzen muss und/oder will“ (Claudia Fliß in Trauma und Gewalt)

Alison Miller

Jenseits des Vorstellbaren.

Therapie bei Ritueller Gewalt und Mind Control. Übersetzung von „Healing the unimaginable: Treating Ritual Abuse and Mind Control.“ 2013, 464 S., Festeinband, € 49.-
ISBN 978-3-89334-579-3



Alison Miller hat ein einzigartiges Handbuch über die Methoden und Folgen ritueller Gewalt und Mind Control verfasst. Sie beschreibt anhand erschütternder Beispiele, wie vor allem Kinder von religiösen Glaubensgemeinschaften und okkulten Sekten, von organisierten Tätergruppen und Geheimdiensten grauenvoll gequält und gefoltert und auf diese Weise gezielt konditioniert und systematisch programmiert werden.

„Alison Miller gebührt der Verdienst, dass sie sachlich über ein fast unvorstellbares Maß gezielter Gewalt gegen Menschen berichtet und ihre alltägliche praktische Arbeit in verständlicher und klarer Sprache beschreibt.“ (Deutsches Ärzteblatt)