

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021
Number 2
Volume 1

JOURNAL OF POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY



WORLD ASSOCIATION FOR POSITIVE
AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY

ISSN: 2710-1460
Published by WAPP
www.positum.org

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1



The Global Psychotherapist (JGP) ist eine interdisziplinäre digitale Zeitschrift, die sich der Positiven und Transkulturellen Psychotherapie (PPT nach Peseschkian, seit 1977)[™] widmet. Diese halbjährlich erscheinende Zeitschrift mit Peer-Review veröffentlicht Artikel über Erfahrungen mit und die Anwendung der humanistisch-psychodynamischen Methode der Positiven und Transkulturellen Psychotherapie. Die Themen reichen von Forschungsartikeln zu theoretischen und klinischen Fragen bis hin zu systematischen Übersichten,

Innovationen, Artikel über Fallmanagement, verschiedene Aspekte der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung, Anwendungen von PPT in Beratung, Bildung und Management, Leserbriefe, Buchbesprechungen usw. Ein spezieller Abschnitt ist jungen Fachleuten gewidmet und soll junge Kollegen zur Veröffentlichung ermutigen. Die Zeitschrift begrüßt Manuskripte aus verschiedenen Kulturen und Ländern.

Co-Chefredakteurin der Zeitschrift: *Olga Lytvynenko, Ukraine:* dr.olqalytvynenko@gmail.com

Co-Chefredakteur der Zeitschrift: *Erick Messias, USA:* ELMessias@uams.edu

Redaktion: journal@positum.org

Englischer Herausgeber: *Dorothea Martin* journal@positum.org

Russischer Redakteur: *Kateryna Lytvynenko* journal@positum.org

JGP-REDAKTION:

Olga Lytvynenko, Ukraine

Erick Messias, USA

Liudmyla Serdiuk, Ukraine

Ali Eryilmaz, Türkei

Roman Ciesielski, Polen

JGP-Website: <https://www.positum.org/ppt-journal/>

INTERNATIONALER WISSENSCHAFTLICHER AUSSCHUSS (ISC):

Andre R. Marseille, USA; Yevhen Karpenko, Ukraine; Zlatoslav Arabadzhiev, Bulgarien; Denys Lavrynenko, Ukraine.

INTERNATIONALER BERATUNGS-AUSSCHUSS (IAB):

Arno Remmers, Deutschland; Ivan Kirillov, Türkei; Maksim Chekmarev, Russland; Todor S. Simeonov, Bulgarien; Oleksandra Nizdran-Fedorovych, Ukraine; Polina Efremova, Russland; Ewa Dobiata, Polen; Aleksandra Zarek, Polen; Liudmyla Moskalenko, Ukraine; Shridhar Sharma, Indien.

Alle beruflichen Zugehörigkeiten der Mitglieder des Redaktionsausschusses und des internationalen Beirats sind jetzt auf den entsprechenden Seiten der JGP-Website zu finden.

Herausgegeben von: Weltverband für Positive und Transkulturelle Psychotherapie (WAPP) Luisenstraße 28, 65185 Wiesbaden, Deutschland

E-Mail: wapp@positum.org

Website: www.positum.org

Die Zeitschrift verwendet die [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) (CC-BY 4.0).
ISSN: 2710-1460 (Online)

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021
Number 2
Volume 1

EDITORIAL:

Begrüßungsschreiben des Redaktionsausschusses 5

Positiver Umgang mit Weltkrisen: unser Beitrag zum Weltfrieden

Nossrat Peseschkian 7

FORSCHUNG UND INNOVATION:

Finden Sie Ihr Gleichgewicht wieder: Wirksamkeitsforschung der positiven Psychotherapie

Claudia Christ, Ferdinand Mitterlehner, Selina Raisch 12

Möglichkeiten der Positiven Psychotherapie bei der Ausbildung von Widerstandsfähigkeit

Olena Chykhantsova, Olga Kuprieieva 22

Frustrationsreaktionsspektrum in der Krise der Pubertät

Stefanka Tomcheva, Zlatoslav Arabadzhiev 27

VORBEREITENDE STUDIEN:

Die Fähigkeit zur authentischen Präsenz des Therapeuten als Methode zur Qualitätskontrolle der Wirksamkeit von Psychotherapie

Veronika Iwanowa 36

PSYCHOTHERAPEUTISCHE AUSBILDUNG:

Was sagt uns unser Körper in der Therapie?

Arno Remmers 41

BESONDERE ARTIKEL:

Herausforderungen der psychologischen Therapiearbeit mit autistischen Erwachsenen

Ewa Dobiała, Renata Stefańska-Klar, Aleksandra Rumińska, Paulina Gołaska-Ciesielska,
Maciej Duras, Weronika Janiak 45



THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021
Number 2
Volume 1

Групповые формы работы в психиатрическом стационаре и отношение к пациенту [Therapeutische Gruppe in psychiatrischen Krankenhäusern und die Haltung gegenüber dem Patienten]

Владимир Перебейносов [Vladimir Perebeynosov] 57

Internationale Sprichwörter über Hoffnung

Friedhelm Röder 66

Хаос VS Продвижение: как не исчезнуть в информационном пространстве [Chaos VS Promotion: Wie man im Informationsraum nicht untergeht]

Оксана Фортунатова [Oksana Fortunatova] 69

BUCHREZENSIONEN:

ЗДРАВСТВУЙТЕ, ДЕТИ!: Ш. А. Амонишвили (1983)

[HALLO CHILDREN! von Amonishvili, S.]

Rezensiert von Maksim Chekmarev 75

WIR LERNEN, INDEM WIR TEILEN - EIN LEITFADEN VON UND FÜR FACHLEUTE FÜR
LEBENSLANGES LERNEN:

Herausgeberin: Gabriela Hum (2021)

Rezensiert von Diana Pop 78

WAPP NEWS80

INFORMATIONEN UND LEITLINIEN FÜR AUTOREN83



BEGRÜSSUNG DURCH DEN REDAKTIONSAUSSCHUSS VON DAS PPT-JOURNAL "DER GLOBALE PSYCHOTHERAPEUT"

Lieber Leser,

Mit großem Stolz und Freude können wir Ihnen die zweite Ausgabe von "*The Global Psychotherapist*" - *der Internationalen Zeitschrift für Positive Psychotherapie* - präsentieren. Die Bemühungen des Redaktionsausschusses von *The Global Psychotherapist* sowie der Gutachter des Blind Peer Review Systems haben zum Entstehen dieser Ausgabe beigetragen. Zunächst möchten wir den Forschern, Gutachtern und Personen im Redaktionsausschuss der Zeitschrift danken, die zu dieser Ausgabe beigetragen haben.

Wie es das Ziel von *The Global Psychotherapist - the International Journal of Positive Psychotherapy* ist, enthält auch diese Ausgabe praktisches Material und Forschung im Bereich der Psychotherapie mit einer universellen Perspektive. Da die Positive Psychotherapie, ein interkultureller Ansatz, der das Positum (die ganze Person) in den Mittelpunkt stellt, eklektische Ansätze beinhalten kann und auf analytischen Therapien basiert, spiegeln sich diese verschiedenen Techniken in den Studien der zweiten Ausgabe dieser Zeitschrift wider. Während der Covid-19-Pandemie durchläuft die Welt außergewöhnliche Prozesse, und wir fanden, dass **die** Perspektive **von Prof. Dr. Nossrat Peseschkian** auf das Prinzip der Hoffnung in der Positiven Psychotherapie uns eine Fähigkeit bietet, die zum Zeitpunkt dieser zweiten Ausgabe von größter Bedeutung ist. Von Prof. Dr. Peseschkian in den 1960er Jahren entwickelt und von der Bewegung der Positiven Psychologie in den frühen 2000er Jahren bestätigt, zeigt sich in diesen Artikeln die Bedeutung und Kraft der Positiven Psychotherapie. Ebenso untersucht **Röder** die Hoffnung und ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit anhand von Sprichwörtern und führt diese Tradition in dieser zweiten Ausgabe in die Gegenwart.

Die zunehmende Zahl von Studien zur Wirksamkeit der Positiven Psychotherapie zeigt sich in dieser zweiten Ausgabe. Hier zeigen **Christ et al.** aus der Sicht von Psychotherapeuten und Patienten eindrucksvoll, dass die Positive Psychotherapie eine wichtige Therapiemethode im Hinblick auf motivationale Klärung, aktive Hilfe bei der Lösung von Problemen und therapeutische Unterstützung und Beziehungen ist. Das in der heutigen Psychologie verwendete Konzept der Widerstandsfähigkeit wird hier von **Chykhantsova und Kuprieieva** im Hinblick auf die Positive Psychotherapie untersucht, was wichtige Informationen für die Literatur liefert. **Chykhantsova und Kuprieieva** zeigen uns, dass Fähigkeiten wie Kontakt, Vertrauen, Hoffnung, Liebe, Leistung und Verlässlichkeit wichtige Instrumente zur Steigerung der Widerstandsfähigkeit sein können. Darüber hinaus untersuchen **Tomcheva und Arabazhiev** die Frustration und das allgemeine Niveau der aggressiven Tendenzen von Jugendlichen und erinnern uns an die Bedeutung des "Egozentrismus", der ein wichtiges Konzept in der Entwicklung von Jugendlichen ist. Eines der wichtigsten Konzepte der Positiven Psychotherapie ist die intrapersonelle Differenzierung. **Ivanova** zeigt uns die Bedeutung von Authentizität und Offenheit, die wichtige Instrumente der intrapersonellen Differenzierung im Psychotherapieprozess sind, mit einer interessanten und wichtigen Untersuchung im Sinne der Positiven Psychotherapie.

ISSN

2710-1460WAPP



Die Positive Psychotherapie sieht den Körper als eine wichtige Quelle der Konfliktbewältigung und als einen wichtigen Bereich, in dem sich die Fähigkeiten und Kapazitäten des Menschen widerspiegeln. **Remmers** beschäftigt sich theoretisch und praktisch mit den Botschaften des Körpers im psychotherapeutischen Prozess. So wie es besondere Menschen in unserem Leben gibt, so gibt es auch besondere Klienten im psychotherapeutischen Prozess. **Dobiata et al.** erörtern ausführlich die Art der Störung, die Menschen mit erwachsenem Autismus erleben, ihre Auswirkungen auf den Psychotherapieprozess und was zu tun ist. Eine der Anwendungen der Positiven Psychotherapie ist die positive Gruppenpsychotherapie. **Perebeynosov** erweitert unsere Perspektive mit seiner Studie über Gruppenpraktiken. **Fortunatova** schließlich bewertet und untersucht die Frage der Ethik im Psychotherapieprozess aus einem anderen Blickwinkel.

Wenn man den Inhalt der zweiten Ausgabe zusammenfasst, stellt man fest, dass die Positive Psychotherapie von Forschern auf Mikro- und Makroebene wissenschaftlich untersucht wurde. Ein interessanter Aspekt dieser Ausgabe ist die Untersuchung der Beziehungen zwischen den Konzepten, die in Studien zur Positiven Psychologie behandelt werden, und den Strukturen der Positiven Psychotherapie. Wie zu Beginn unserer zweiten Ausgabe festgestellt, schützen die Prinzipien, Konzepte und Strukturen der Positiven Psychotherapie Individuen und Gesellschaften vor Krisen. In der Hoffnung, dass **The Global Psychotherapist - International Journal of Positive Psychotherapy**, das verschiedenen Berufsgruppen wie psychologischen Beratern, Psychologen, Psychiatern, Pädagogen, Sozialarbeitern und psychiatrischen Krankenschwestern eine wichtige Perspektive bietet, für die Menschheit von Nutzen sein wird, werden die bio-medizinischen, psycho-sozialen und biopsychosozialen Perspektiven erheblich unterstützt.

Der Redaktionsausschuss

"Der globale Psychotherapeut",
Zeitschrift für positive und transkulturelle Psychotherapie





POSITIVE BEWÄLTIGUNG VON WELTKRISEN: UNSER BEITRAG ZUM WELTFRIEDEN

von **PROF. DR. NOSSRAT PESECHKIAN †**
M.D., WIESBADEN, DEUTSCHLAND

Erstmals veröffentlicht in
Hessisches Ärzteblatt Journal. Heft 3 (2002) in Deutsch
Übersetzt von Dr. Dorothea Martin

Dostojewski sagte, das Leben sei wie ein Paradies, zu dem wir den Schlüssel verloren haben. - "Die Brüder Karamasow", Buch VI, Kap. 1 Dieser Vortrag wird uns einen Weg zeigen, diesen verlorenen Schlüssel zu finden. Am 11. September 2001 wurde eine Weltordnung, die wir für selbstverständlich gehalten hatten, völlig unerwartet auf den Kopf gestellt.

In diesem Artikel sollen nicht die Fakten dieses Ereignisses oder die politischen Gründe dafür erörtert werden. Vielmehr soll versucht werden, die psychologischen und psychotherapeutischen Aspekte zu beleuchten.

"Wenn Sie das Land in Ordnung bringen wollen, müssen Sie zuerst die Provinz in Ordnung bringen.

Wenn man die Provinz in Ordnung bringen will, muss man zuerst in den Städten für Ordnung sorgen.

Um Ordnung in die Städte zu bringen, muss man Ordnung in die Familie bringen.

Wenn Sie Ordnung in die Familie bringen wollen, müssen Sie zuerst Ordnung in Ihre eigene Familie bringen.

*Wenn Sie in Ihrer eigenen Familie für Ordnung sorgen wollen, müssen Sie
Du musst selbst für Ordnung sorgen." (Orientalische Geschichten)*

Diese alte orientalische Weisheit zeigt die Zusammenhänge auf, in denen wir leben. Wir müssen davon ausgehen, dass selbst kleine Veränderungen in einem Lebensbereich Auswirkungen auf das gesamte System haben. Nach Konfuzius ist jeder Mensch für den Aufstieg und Fall der Menschheit verantwortlich.



Den Wert von Personen und Diamanten erkennt man erst, wenn man sie aus ihrer Fassung herausnimmt.

-Wort der Weisheit

" ... Zu diesen Kriegsängsten kamen Bilder aus dem Fernsehen, die zeigten, wie Hunderte von ahnungslosen Menschen innerhalb von Sekunden in einem Feuerball verbrannten oder in tausend Stücke gerissen wurden. Der Gedanke an den Tod, den wir in unserer Gesellschaft normalerweise so gut verdrängen, war in jenen Tagen allgegenwärtig. Die Tatsache, dass alles in Sekundenschnelle vorbei sein könnte, war immer präsent."

Wir wollen uns hier auf einige wenige Faktoren beschränken:

Die Frage nach dem Sinn des menschlichen Lebens bedeutet auch, dass wir nach seinem Ursprung und nach seinem Ziel fragen müssen. In diesem Zusammenhang stellen sich weitere Fragen: Was ist das Wesen des Menschen? Ist er gut oder böse? Ist er frei, seine eigenen Entscheidungen zu

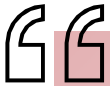
treffen? Gibt es eine Erfüllung für sein Streben nach Glück? Hat er einen Einfluss auf das Schicksal der Menschheit? Ist mit seinem Tod alles zu Ende?

Ein wichtiger Beweggrund für den als positive Psychotherapie bekannten Ansatz ist vielleicht, dass ich mich in einer transkulturellen Situation befinde. Ich bin Perser (Iraner), lebe aber seit 1954 in Europa. Aus diesem Blickwinkel heraus ist mir bewusst geworden, dass viele Verhaltensweisen, Gewohnheiten und Einstellungen in diesen beiden Kulturen unterschiedlich bewertet werden. Diese Erfahrung hatte ich bereits in meiner Kindheit in Teheran gemacht. Dabei ging es um Vorurteile gegenüber der Religion, die ich sehr genau beobachten konnte.

Als Bahàis befanden wir uns immer im Spannungsfeld zwischen unseren islamischen, christlichen und jüdischen Mitschülern und Lehrern.

Das hat mich dazu angeregt, über die Beziehungen nachzudenken

zwischen den Religionen und über die Beziehungen zwischen den Menschen. Ich machte Erfahrungen mit den Familien meiner Klassenkameraden und lernte, ihr Verhalten als Folge ihrer Weltanschauungen und Familienkonzepte zu verstehen. Später wurde ich Zeuge ähnlicher Konfrontationen während meiner Spezialisierung, als ich erlebte, wie angespannt das Verhältnis zwischen Psychiatern, Neurologen, Internisten und Psychotherapeuten war und mit welcher Vehemenz diese Positionen aufeinanderprallten.



Nur das Saatgut

In einem Traum betrat ein junger Mann einere an Geschäft, in dem ein älterer Mann hinter dem man Tresen stand. Der junge Mann fragte ihn: "Was verkaufen Sie, mein Herr?" "Everything you want."

Der weise Mann antwortete: "Alles, was du willst." // Der junge Mann begann, sie aufzuzählen: "Dann wünsche ich mir die Einheit der Welt, und demity and Weltfrieden, die Abschaffung von Vorurteilen, die Beseitigung der Armut, mehr Einigkeit und Liebe zwischen den Religionen, gleiche Rechte für Mann und Frau und ..."

"have misunderstood me. We don't sell fruit," unterbrach er ihn seeder weise Mann: "Entschuldige, junger Mann, - du hast es michian missverstanden. Wir verkaufen keine Früchte, wir verkaufen nur die Samen."

- nach N. Peseschkian

Diese Erfahrungen und meine Überlegungen haben mich dazu gebracht, Menschen nicht nur als isolierte Individuen zu verstehen (auch in der Psychotherapie), sondern ihre Beziehungen untereinander und - aufgrund meiner eigenen Entwicklung - ihre transkulturellen Situationen zu berücksichtigen, die einen Menschen zu dem machen, was er ist.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede in verschiedenen Kulturen (der transkulturelle Ansatz)

Wir müssen uns mit dem transkulturellen Ansatz auseinandersetzen, der nicht nur Material für das Verständnis individueller Konflikte bietet, sondern auch von außerordentlicher gesellschaftlicher Bedeutung ist, da wir mit Problemen von Gastarbeitern und der Entwicklungshilfe, Schwierigkeiten im Umgang mit Angehörigen anderer kultureller Systeme, Problemen transkultureller Ehen, Vorurteilen und deren Überwindung sowie alternativen Modellen, die aus einem anderen kulturellen Rahmen stammen, konfrontiert werden. In diesem Zusammenhang können auch politische Themen diskutiert werden, die sich aus einer transkulturellen Situation ergeben.

Für zwischenmenschliche Beziehungen bedeutet dies, Vorurteile in Frage zu stellen, indem die eigenen Werte relativiert, Fixierungen gelöst und Kommunikationsblockaden abgebaut werden.

Damit verbunden ist ein weiterer Prozess, nämlich der Abbau von emotionalen Barrieren und Vorurteilen, die gegenüber fremden Denk- und Fühlweisen bestehen. Diese führen dazu, dass das Fremde als etwas Aggressives und Bedrohliches wahrgenommen wird, wo zunächst Verständnis angebracht wäre.

Verwirrung und Hoffnung

- Tatsache ist, dass wir heute eine weltweite Krise in unserer Kommunikation wahrnehmen können, die die Ausmaße einer Epidemie annimmt. In der ehelichen Kommunikation erleben die Partner den Schmerz des gegenseitigen Missverständnisses und der Missachtung. Familien leiden unter einem fast vollständigen Mangel an Kommunikation zwischen Eltern und Kindern oder unter einer nur oberflächlichen Kommunikation. Auch die Kommunikation zwischen Regierungen und ihren Völkern ist von gegenseitigem Misstrauen, Missbrauch, Betrug und Feindseligkeit geprägt. Schließlich gibt es eine noch nie dagewesene Kommunikationskrise zwischen den Supermächten - ein Zustand, der leicht mit der Zerstörung allen Lebens auf diesem Planeten hätte enden können. Einem UN-Bericht von 1997 zufolge gab es an 59 Orten der Welt Kriege. Diese Tatsachen machen deutlich, dass unsere Bemühungen, die Gründe für die unzureichende Kommunikation zu analysieren, ebenso wenig ausreichen wie unsere Bemühungen, neue Methoden zur Problemlösung oder Tatsachenfeststellung zu entwickeln.

- Auf der ganzen Welt gibt es eine große Zahl von Menschen - ich würde sagen, es ist die Mehrheit -, die den Weltfrieden befürworten und ihn als einzigen Weg zur Lösung der Fragen nach dem Sinn unserer menschlichen Existenz ansehen. Doch viele Menschen hegen eine unverkennbare Skepsis gegenüber der Verwirklichung dieser Idee, ein Misstrauen und sogar einen inneren Widerstand dagegen.

Zu Beginn möchte ich einige Erfahrungen mitteilen, die für mich besonders wichtig waren. Die folgenden vier Bereiche sind für mich von besonderem Interesse:

- **Der Beitrag des Politikers zum Weltfrieden** (die transkulturelle Begegnung)
- **Der Beitrag des religiösen Führers zum Weltfrieden** (Konzepte der Religion oder Weltanschauung)
- **Der Beitrag des Wissenschaftlers zum Weltfrieden**
- **Der Beitrag des Einzelnen zum Weltfrieden**

ISSN
1460WAPP

2710-

Drei Beispiele:

Verhalten/Konzept	West	Ost
Krankheit	Wenn jemand krank ist, möchte er/sie sich ausruhen. Er/sie wird nur von wenigen Personen besucht. Diese Besuche werden auch als soziale Kontrolle angesehen.	Wenn hier jemand krank ist, wird das Bett ins Wohnzimmer gestellt, wie bei einem Beinbruch. Der Kranke steht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und wird von zahlreichen Familienmitgliedern, Verwandten und Freunden besucht. Ein Mangel an Besuchern würde als Beleidigung und Entbehrung empfunden werden.
Tod	Wir bitten die Menschen, von Kondolenzbesuchen abzusehen. Ich muss mit meinem Schicksal allein fertig werden. Ich muss ertragen so großes Leid allein.	Verwandte, Freunde, Bekannte und andere mitfühlende Menschen besuchen die Hinterbliebenen 8-40 Tage lang und geben ihnen ein Gefühl der Sicherheit. Geteilte Trauer ist einen halben Kummer.
Depression	Mitteuropäer und Nordamerikaner entwickeln Depressionen, weil es ihnen an Kontakt fehlt, sie isoliert und ohne emotionale Wärme.	Im Orient entwickeln Menschen Depressionen, weil sie sich von der Enge ihrer sozialen Verpflichtungen und Beziehungen, aus denen sie sich nicht lösen können, überfordert fühlen. Flucht.

1. Der Beitrag des Politikers

Das Handeln des Politikers wird bestimmt durch die Zeit und die Kultur, in der er/sie aufgewachsen ist, durch das Maß an emotionaler Wärme und die Vorbilder, die seine/ihre Familie ihm/ihr gegeben hat, durch die Beziehungen, die er/sie zu seinen/ihren Mitmenschen aufbauen konnte und durch die Bedeutung, die andere Menschen für ihn/sie haben. Darüber hinaus sind die Sinnvorstellungen entscheidend, die sie aus ihren Religionen und Weltanschauungen beziehen und welche Instrumente der Wissenschaft und Technik ihnen zur Verfügung stehen. Die Überlegungen, gepaart mit dem Beispiel der Politiker, sind nicht auf sie beschränkt. Weil der Mensch als soziales Wesen sein Leben nur gemeinsam mit anderen Menschen gestalten kann, hat jeder von uns ein politisches Mandat. Wir können unsere Aufgaben delegieren, aber nicht unsere Verantwortung:

Übertragung auf Sprache:

Es ist für uns alle wichtig, unsere Muttersprache zu bewahren, aber wir sollten auch in der Lage sein, eine Sprache zu sprechen, die uns hilft, mit anderen zu kommunizieren. Eine solche "Sprache" versucht die transkulturelle Psychotherapie zu bieten - eine Metakommunikation - eine Kommunikation über Konflikte hinweg.

ignorieren, so ist doch unbestritten, dass die Religion in einem moralischen Kontext und auch als aktives Glaubensbekenntnis Einfluss auf



Viele kleine Menschen an vielen kleinen Orten, die viele kleine Dinge tun, werden das Gesicht der Erde - Afrikanisch verändern.
- Afrikanisches Sprichwort

2. Beitrag der religiösen Führer

Auch wenn es eine Tendenz gibt, die Religion zu

das Leben des Einzelnen bis in seine privatesten und intimsten Bereiche. Ohne auf eine tiefer gehende inhaltliche Analyse der Religionen einzugehen, können wir sagen, dass ihre Grundprinzipien trotz der Unterschiede zwischen ihnen dieselben sind. Die Funktionstheorie der Soziologie und Psychologie lehrt, dass die institutionellen Strukturen, die in den Kontexten der Religionen aufgebaut werden, eine Funktion erfüllen. Die Institution muss ein praktisches Bedürfnis ihrer Gesellschaft und ihrer Individuen erfüllen. Wenn sie keinen Sinn und keine Funktion hat, hört sie auf zu existieren, oder sie versucht, wie es leider so oft der Fall ist, sich durch Fixierung und Dogmatismus über die Zeit zu retten.

Auch hier kann die Dimension der Zeit als ein Grundprinzip ihrer Entwicklung gesehen werden.

Die Religion ist wie ein Heilmittel, das nach der Natur des Menschen bemessen wird. Sie kann nur dann sinnvoll sein, wenn sie den Erfordernissen, Bedürfnissen und Ansprüchen des Menschen entspricht und wenn sie die Konzepte der Entwicklung (das Prinzip der Zeit), der Relativität und der Einheit berücksichtigt. Wenn eine falsch verstandene Religion zu Störungen, Fixierungen, Entwicklungseinschränkungen, Starrheit der geistigen Abwehr führt, dann wird sie sinnlos. So bezeichnete Feuerbach sie eher als Pathologie denn als Theologie, Marx und Engels nannten sie das Opium des Volkes und Freud karikierte sie als Versicherungsgesellschaft.



Lernen Sie den Unterschied zwischen einer religiösen Überzeugung und einer Institution zu erkennen

3. Der Beitrag des Wissenschaftlers

Die Aufgabe der Religion ist es, dem Menschen Werte, Ziele und Sinn zu geben (Sinnegebung), während

Die Wissenschaft sucht nach Erklärungen und stellt beschreibende Gesetze vor (Sinnfindung). Es gibt eine Vielzahl von Wissenschaften, die sich der Wirklichkeit aus unterschiedlichen Perspektiven nähern. Auch hier gibt es eine Konkurrenz zwischen den einzelnen Wissenschaften mit ihren Absolutheitsansprüchen an ihr jeweiliges System und ihre Rivalität mit anderen Systemen.

Diese Zusammenhänge zeigen uns, dass die Vorentscheidungen einer Wissenschaft, die Themen, die sie untersucht, die Fragen, die sie stellt, und ihre Methoden von historischen, gesellschaftlichen, ideologischen und religiösen Voraussetzungen abhängen. Die Menschheit hat nicht nur durch geographische Zusammenhänge eine funktionale Einheit erreicht. Vielmehr ist dies auf die Interdependenz der Elemente der Struktur ihrer Zivilisation zurückzuführen. So sind Bereiche wie Politik, Wirtschaft, Bildung, Wissenschaft, Philosophie, Psychologie und Religion durch ein ganzes Netz von Verbindungen miteinander verknüpft. In der Praxis sieht das so aus, dass die Wirtschaft nicht mehr nur Sache der Ökonomen ist und die Erziehung nicht mehr allein in den Händen der Eltern liegt. Alle Bereiche sind in irgendeiner Weise miteinander verbunden ("Globalisierung").

Unsere derzeitige Situation mit ihrer nicht-menschlichen technologischen Unabhängigkeit macht eine Zusammenarbeit erforderlich.

Naturgesetzen und unvermeidlichen Vorschriften unterworfen muss. Unter



Gedanken ohne Inhalt sind leer; Intuitionen ohne Konzepte sind blind:e blind.

- Immanuel Kant

4. Der Beitrag des Einzelnen

Wenn wir fragen, woher ein Mensch seine Eigenheiten, Ansichten und Werturteile hat, kommen wir höchstwahrscheinlich auf das Umfeld zurück, in dem er oder sie aufgewachsen ist, nämlich auf seine Familie. Die Kontinuität der Gesellschaft wird durch die Spielregeln aufrechterhalten, die eine Person in der Familie erworben hat, und durch die gemeinsamen Werte, die als Gruppenziele die Gesellschaft zusammenhalten. Der Einzelne steht inmitten dieser konkurrierenden, kulturspezifischen, ideologisch-religiösen und wissenschaftlichen Konzepte, die alle versuchen, Sinn zu stiften. Der Einzelne wird zwischen diesen konkurrierenden Mühlsteinen zermahlen, wenn er sich mit keinem von ihnen zu identifizieren vermag.

Daraus ergibt sich, dass der Mensch selbst in diese Einheit integriert ist und sich bestimmten Ordnungen,

Gleichzeitig besitzt das Individuum die Fähigkeit zur Differenzierung und die damit einhergehende Verantwortung. Er ist also nicht passiv der Natur unterworfen, sondern bestimmt aktiv sein eigenes Schicksal im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten.

Praktische Herangehensweise

In diesem Sinne kann die Beziehung eines Politikers, eines religiösen Führers, eines Wissenschaftlers oder einer Einzelperson als gestört angesehen werden, wenn ihre Emotionalität verödet ist. Man fragt daher die Person nach den Beziehungen innerhalb der folgenden fünf Kategorien:

Wie ist mein Verhältnis als Politiker/Wissenschaftler zu meinem eigenen Ich?

Nehme ich mir Zeit für meine eigenen Bedürfnisse wie Schlaf, Essen, Freizeit und Weiterbildung?

Wie ist meine Beziehung zu meinem Partner?

Besteht ein guter Kontakt zu meiner Frau/meinem Mann und zu den Kindern? Nehme ich mir Zeit für sie, vertraue ich ihnen? Fordere ich von ihnen nur Gehorsam und Höflichkeit oder lege ich Wert auf einen offenen Meinungs austausch mit ihnen? Nehme ich Rücksicht auf die Familie?

Wie ist meine Beziehung zu meinem sozialen Umfeld?

Wie ist mein Verhältnis zu Verwandten, Freunden, Kollegen, Landsleuten oder überhaupt zu anderen Menschen? Bin ich bereit für solche Beziehungen, kontaktfreudig, oder habe ich Vorurteile, Ängste oder Aggressivität gegenüber bestimmten Einzelpersonen oder Gruppen?

Wie ist mein Verhältnis zu meinem Beruf?

Habe ich diesen Beruf freiwillig gewählt oder wurde ich dazu gezwungen? Gab es keine andere Arbeit, die ich hätte machen können? Interessiert mich die Arbeit, die ich mache? Arbeite ich nur des Geldes wegen oder um mir Dinge zu leisten, die ich mir wünsche? Oder ist meine Arbeit für mich sinnvoll geworden, ein inneres Bedürfnis? Habe ich Konflikte in meinem Beruf? Bin ich überfordert oder unterfordert? Finde ich die Arbeit erfüllend, komme aber mit meinen Kollegen nicht zurecht? Wie kann ich einen Beitrag zur gesellschaftlichen Entwicklung leisten?



Keine Zukunft kann ausgleichen, was in dered in Vergangenheit vernachlässigt wurde. die Gegenwart. -Attributed to Albert Schweitzer -Albert Schweitzer zugeschrieben

Wie ist mein Verhältnis zur Zukunft?

Bin ich mit der Gegenwart zufrieden oder unzufrieden? Sehe ich Entwicklungsmöglichkeiten oder stecke ich nur fest? Kann ich erwarten, dass meine Bedürfnisse in Zukunft angemessen befriedigt werden? Was sind meine Ziele und welche Prinzipien liegen meinem Orientierungssystem zugrunde? Habe ich mir mein Orientierungssystem selbst erarbeitet oder habe ich es nur von anderen bekommen? Was bedeutet das Leben wirklich für mich? Wie gehe ich mit Schwierigkeiten um, die in verschiedenen Situationen auftreten? Bin ich bereit zu experimentieren? Bin ich bereit, meine Meinung offen zu sagen und mich daran messen zu lassen, auch auf die Gefahr hin, die gute Meinung anderer zu verlieren?

Konsequenzen

Die Suche der Menschheit nach einer neuen und wirksamen Orientierung wird ein verändertes Verhältnis von Ursache und Wirkung mit sich bringen. Individuen, die von Kultur, Gesellschaft, Politik und Religion desillusioniert sind und in ihrer privaten Welt Zuflucht und Hilfe suchen, werden ihrerseits die kollektiven Probleme aufgrund dieser veränderten Beziehungen vervielfachen. Dies zeigt uns einmal mehr, dass keines dieser kulturellen Systeme an sich gut ist. Ihre Qualitäten zeigen sich nur in der Art und Weise, wie sie für die Menschen, die in ihnen leben, wirksam sind, und in dem Maße, in dem die Regeln ihrer Spiele konstruktive Begegnungen mit anderen soziokulturellen Systemen und ihren Mitgliedern ermöglichen. Es gibt also viel, was die Mitglieder verschiedener kultureller Systeme voneinander lernen können. selbst wenn sie nur lernen, sich gegenseitig zu verstehen.

FINDEN SIE IHR GLEICHGEWICHT WIEDER: WIRKSAMKEITSFORSCHUNG ZUR POSITIVEN PSYCHOTHERAPIE



Claudia Christ

Prof. Dr., MD, Innere Medizin, Master of Public Health CEO,
Master Trainer von PPT und Psychotherapeut an der
Akademie an den Quellen (Wiesbaden, Deutschland)
E-Mail: christ@akademie-quellen.de



Ferdinand Mitterlehner

Master in Psychologie, Master in Theologie
Geschäftsführerin und Psychotherapeutin der *Akademie an den Quellen*
(Wiesbaden, Deutschland)
E-Mail: mitterlehner@akademie-quellen.de



Selina Raisch

Bachelor in Psychologie
Leiter der Abteilung Forschung und Qualitätssicherung der
Akademie an den Quellen (Wiesbaden, Deutschland)
E-Mail: selina.raisch@live.de

Eingegangen am 07.04.2021
Zur Veröffentlichung angenommen
28.06.2021 Veröffentlicht
07.07.2021

Abstrakt

Die vorliegende Studie untersucht, ob die Positive Psychotherapie (PPT) die drei von Grawe et al. (1994) postulierten gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren der Psychotherapie erfüllt und berücksichtigt dabei die Einschätzung der gemeinsamen Faktoren durch die Therapeuten, die Dauer der Berufserfahrung der Therapeuten und mehrere Messzeitpunkte. 207 ambulante Patienten (66 Männer, 41 Frauen) und ihre in PPT geschulten Therapeuten bewerteten die Erfüllung der drei gemeinsamen Faktoren nach einer individuellen Therapiesitzung. Die Ergebnisse belegen die Wirksamkeit der PPT: Sowohl Patienten als auch Therapeuten bewerteten die Erfüllung der drei gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren durch die PPT. Allerdings sahen die Patienten alle drei Faktoren in einem noch höheren Maße erfüllt als die Therapeuten. Darüber hinaus wurden zwei der gemeinsamen Faktoren als besser erfüllt eingeschätzt, wenn der behandelnde Therapeut über mehr und nicht über weniger Berufserfahrung verfügte. Und schließlich erlebten die Patienten die Therapie im Laufe der Zeit als noch wirksamer. Die Überprüfung der Wirksamkeit der Positiven Psychotherapie durch eine explizite Messung der gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren führt zu einem Erkenntnisgewinn und hat wichtige Implikationen für praktizierende Psychotherapeuten und Lehrende der PPT gleichermaßen. Darüber hinaus liefert die vorliegende Studie neue und interessante Ansätze für die zukünftige Forschung.

Stichworte: Psychotherapieforschung, Positive Psychotherapie, Wirksamkeitsforschung, gemeinsame Wirksamkeitsfaktoren, ambulante Behandlung

Einführung

Die Psychotherapieforschung wird von vielen

Autoren als ein "grundlegender Aspekt der psychotherapeutischen

PPT-Journal "DER GLOBALE
Dienstleistungen" (z. B. Lambert, 1991, S. 1) und
wird als notwendig erachtet, um die

Band 1, Nummer 2, Juli 2021
Behandlungsergebnisse und Behandlungsrichtlinien
der Psychotherapie zu verbessern (Angus et al., 2014).
Seine Relevanz ergibt sich aus dem Beitrag, den

ISSN

2710-1460WAPP

(Strauss et al., 2015) und die wichtigen Vorteile und Auswirkungen, die sie für praktizierende Psychotherapeuten (Grawe, 1992; McLeod, 2001; Safran et al., 2011; Taubner et al., 2014) sowie für die Ausbildung von Psychotherapeuten hat (Elkins, 2012; Grawe, 1992). Darüber hinaus ist die Psychotherapieforschung auch für die Patienten von Interesse (McLeod, 2001), da die positive Bewertung der Therapie durch die Patienten - einschließlich der Überzeugung, dass die Psychotherapie wirksam ist und ihnen wahrscheinlich helfen wird - mit einer erhöhten Motivation für die Therapie einhergeht (Rosenbaum & Horowitz, 1983). Hinzu kommt, dass Krankenversicherungen, Kostenträger und andere Interessengruppen zunehmend Druck ausüben, die Wirksamkeit psychotherapeutischer Leistungen nachzuweisen (McLeod, 2001; Peseschkian et al., 1999; Presslich-Titscher & Datler, 1994).

All dies führte in den letzten 70 Jahren zu einem Anstieg der Forschung über Psychotherapie (Fuertes & Nutt Williams, 2017). Diese Forschung kann im Allgemeinen in vier Phasen unterteilt werden, abhängig von der jeweiligen Forschungsfrage, die untersucht wird (Grawe, 1992). In der ersten Phase konzentrierte sich die Forschung auf den Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie im Allgemeinen, während die zweite Phase darauf ausgerichtet war, Psychotherapierichtungen zu vergleichen und so die wirksamste zu ermitteln. Die dritte Phase hingegen verfolgte einen eher präskriptiven Ansatz, indem sie untersuchte, welche Therapieform für welchen Patienten angezeigt ist. In den 1990er Jahren rückte die Prozessforschung immer mehr in den Fokus und damit auch die Frage, wie Psychotherapie funktioniert und was genau Psychotherapie wirksam macht (Grawe, 1997; Hank & Krampen, 2008; Mattejat, 2011).

Zu dieser letzten Forschungsfrage postulierten Grawe, Donati und Bernauer (1994) - auf der Grundlage einer umfangreichen empirischen Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie -, dass drei gemeinsame Wirksamkeitsfaktoren für die Wirksamkeit jeder Psychotherapie entscheidend sind: *motivationale Klärung, aktive Hilfe zur Problemlösung* und *therapeutische Unterstützung und Beziehung*. Demnach bezieht sich die *motivationale Klärung* auf das Ergründen der bedrohlichen Bedeutung einer bestimmten Situation oder eines Ereignisses oder der Implikationen des Ziels eines Patienten. Der zweite gemeinsame Faktor der *aktiven Problemlösungshilfe* bezieht sich auf die konkrete Erfahrung des Patienten, zu lernen, wie er mit Situationen umgehen kann, die er

zuvor als schwierig oder angstausslösend erlebt hat (Grawe, 1997). Schließlich definierten Grawe et al. (1994) den dritten gemeinsamen Faktor von

Psychotherapie als das Ausmaß, in dem sich der Patient vom Therapeuten verstanden fühlt und die Unterstützung des Therapeuten annehmen kann. Dem Modell zufolge hängt die Wirksamkeit der Psychotherapie davon ab, inwieweit diese drei gemeinsamen Faktoren durch konkrete therapeutische Verfahren aktiviert werden (Grawe et al., 1994).

Diese gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren im Sinne von Grawe et al. (1994) haben in der Psychotherapieforschung allgemeine Akzeptanz gefunden (Mattejat, 2011) und wurden daher verwendet, um die Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Ansätze und Behandlungen nachzuweisen oder zu vergleichen (z.B. Sander et al., 2012; Schramm et al., 2004; Stangier et al., 2010). In diesem Sinne führten Nossrat Peseschkian und Kollegen zwischen 1994 und 1997 eine umfangreiche Wirksamkeitsstudie durch, um zu zeigen, dass die Positive Psychotherapie (PPT) die drei von Grawe et al. (1994; Peseschkian & Remmers, 2020) definierten allgemeinen Wirksamkeitsfaktoren erfüllt. Ihre Studie wurde unter den Bedingungen der täglichen klinischen Praxis durchgeführt und untersuchte 402 Patienten mit verschiedenen psychiatrischen und psychosomatischen Störungen, die von in PPT ausgebildeten Therapeuten behandelt wurden (Peseschkian & Tritt, 1998; Peseschkian et al., 1999). Mit Hilfe einer psychometrischen Testbatterie, die in Absprache mit Grawe festgelegt wurde, konnten Peseschkian und Kollegen zeigen, dass "die PPT die von Grawe [et al. (1994)] postulierten [...] Prinzipien für die Wirksamkeit von Psychotherapie erfüllt" (Peseschkian & Remmers, 2020, S. 29). Die Bedeutung und Auswirkung dieser Wirksamkeitsstudie wird durch die Auszeichnung für herausragende Arbeiten auf dem Gebiet der medizinischen Qualitätssicherung hervorgehoben, die sie erhielt (Peseschkian et al., 1999). Es ist jedoch anzumerken, dass die Forscher damals die Erfüllung der drei gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren nur aus den Ergebnissen der Patienten in verschiedenen psychometrischen Tests ableiten konnten, da es kein Instrument gab, das die von Grawe et al. (1994) postulierten gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren spezifisch messen konnte.

Jetzt, mehr als 20 Jahre später, hat sich dies geändert, da Krampen (2002) den Sitzungsfragebogen für allgemeine und differenzielle individuelle Psychotherapie (STEP) entwickelt hat. Dieses Instrument wurde entwickelt, um eine ökonomische Messung der drei allgemeinen Wirksamkeitsfaktoren nach Grawe et al. (1994) zu ermöglichen. Der STEP-Fragebogen bezieht sich auf die Erfahrung des Patienten mit einer individuellen Therapie (Stephan & Krampen, 2002) auf die damit verbundene

externe Wahrnehmung und Bewertung seines Therapeuten (Krampen, 2002). Die Items bilden drei Subskalen, nämlich *motivationale Klärung*, *aktive Hilfe*

Problemlösungsfähigkeit und *therapeutische Beziehung* und deckt damit die drei von Grawe et al. (1994) definierten gemeinsamen Faktoren ab. Da die gute psychometrische Qualität des STEP-Fragebogens mehrfach bestätigt wurde (Beutel & Brähler, 2004; Krampen, 2016; Krampen & Wald, 2001), kann dieses Instrument zur zuverlässigen und expliziten Erhebung der drei gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren verwendet werden.

Daher zielt die vorliegende Studie darauf ab, zu untersuchen, ob die PPT die drei von Grawe et al. (1994) postulierten gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren erfüllt, wenn sie explizit mit dem STEP-Fragebogen erhoben wird. Darüber hinaus werden in der vorliegenden Untersuchung auch die Einschätzung der Therapeuten zu den gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren, Unterschiede in der Berufserfahrung der Therapeuten und mehrere Messzeitpunkte berücksichtigt, was eine differenziertere Untersuchung des Aktivierungsmusters der gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren in der PPT ermöglicht. In Anlehnung an die Arbeit von Peseschkian und Kollegen wurde zur Maximierung der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ein naturalistisches Setting gewählt, indem der STEP-Fragebogen 210 ambulanten Patienten vorgelegt wurde, die von in PPT ausgebildeten Therapeuten behandelt wurden. Somit stellt diese Studie eine Fortsetzung der von Peseschkian und Kollegen in den Jahren 1998 und 1999 durchgeführten Untersuchungen dar und liefert weitere Belege für die Wirksamkeit der PPT.

Methodik

2.1 Probanden und Studiendesign

Die Stichprobe der Studie bestand aus ambulanten Patienten, die zwischen 2014 und 2019 in der Psychotherapiepraxis *Akademie an den Quellen* in Wiesbaden behandelt wurden. Die Patientinnen und Patienten wurden gebeten, den STEP-Fragebogen direkt im Anschluss an eine reguläre Therapiesitzung auszufüllen. Sie füllten den STEP-Fragebogen in verschiedenen Stadien der Therapie aus, so dass die Stichprobe eine Mischung aus Patientinnen und Patienten zu Beginn der Therapie und in fortgeschrittenen Stadien der Therapie war. Die auszuwertenden Sitzungen wurden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, und die Patienten wurden im Voraus nicht über die geplante Auswertung informiert, um Verzerrungen zu vermeiden.

Insgesamt nahmen 210 Patienten an der Studie teil, von denen 54 den Fragebogen zweimal, 17 dreimal

und 5 viermal beantworteten. Die durchschnittliche Zeit zwischen zwei Messungen betrug 7 Monate. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine klinische Studie, bei der keine Kontrollgruppe vorgesehen war (quasi-experimentelle Studie oder nicht randomisiertes Design; Schramm et al., 2004).

Ausreißer wurden 207 Patienten in die statistische Analyse aufgenommen, die zum ersten Mal gemessen wurden. Somit umfasste diese Stichprobe 66 Männer und 41 Frauen zwischen 18 und 78 Jahren (Durchschnittsalter = 44). Die Ausreißeranalyse der Stichprobe mit zwei Messungen ergab 52 Patienten (11 Männer, 41 Frauen, Durchschnittsalter = 43). Da der Umfang der Stichproben mit drei und vier Messungen sehr gering ist, wurden diese Stichproben nicht separat analysiert.

Für die statistischen Analysen der allgemeinen Wirksamkeit der Psychotherapie in der Praxis wurden alle Messungen zusammen ausgewertet, da der STEP-Fragebogen speziell für die Bewertung der gerade durchgeführten Therapiesitzung konzipiert ist und daher auch Mehrfachmessungen durch dieselbe Person für die Bewertung der allgemeinen Wirksamkeit einer Psychotherapieform berücksichtigt werden sollten. Nach dem Ausschluss von statistischen Ausreißern bestand die resultierende Stichprobe, einschließlich der Mehrfachmessungen derselben Person, aus 282 Patienten (86 Männer, 196 Frauen, Durchschnittsalter = 44). Im Durchschnitt waren die Patienten seit 9,9 Monaten in der Praxis behandelt worden, als sie den STEP-Fragebogen ausfüllten. Zu den Diagnosen der Patienten gehörten Depressionen (52,9 %), Belastungsstörungen (26,8 %), Angststörungen (14,3 %), psychologische und verhaltensbezogene Faktoren im Zusammenhang mit anderswo klassifizierten Störungen oder Krankheiten (15,0 %), somatoforme Störungen (7,5 %), Persönlichkeitsstörungen (6,8 %) und andere (22,1 %).

2.2 Therapeuten

An der vorliegenden Studie nahmen insgesamt 21 Psychotherapeuten teil, die alle während des gesamten Studienzeitraums in der Psychotherapiepraxis *Akademie an den Quellen* in Wiesbaden, Deutschland, tätig waren. Alle Therapeuten waren in psychodynamischer Psychotherapie und PPT ausgebildet. 19 von ihnen waren Psychotherapeuten in Ausbildung an der *Wiesbadener Akademie für Psychotherapie (WIAP)*, wo eine psychotherapeutische Ausbildung auf der Grundlage der PPT angeboten wird. Die beiden anderen Psychotherapeuten sind beide Dozenten an der WIAP: einer ist zertifizierter Master-Trainer in PPT, der andere ist qualifiziert in Integrativer Therapie sensu Petzold (1993), einem Ansatz, der der PPT in Bezug auf die Grundstruktur und das Menschenbild sehr ähnlich ist.

Alle Patienten, die an der vorliegenden Studie teilnahmen, erhielten wöchentlich 50-minütige PPT-Sitzungen. PPT ist "eine Form der

humanistisch-psychodynamisch Psychotherapie" (Peseschkian & Remmers, 2020, S. 11). Sie wurde von Nossrat Peseschkian in den 1970er und 1980er Jahren entwickelt (ebd.). Die PPT zeichnet sich durch Konfliktzentriertheit und Ressourcenorientierung sowie die Integration von Ansätzen aus den wichtigsten Psychotherapierichtungen aus (ebd.). Die PPT stellt die Fähigkeiten des Patienten in den Mittelpunkt und will ihm helfen, sein Selbsthilfepotential zu entdecken. Störungen, Konflikte und Symptome werden als "eine Fähigkeit, auf Konflikte zu reagieren" (ebd., S. 12), gesehen und als Teil der Ganzheit des Patienten betrachtet, ebenso wie seine Ressourcen, Fähigkeiten und Potenziale.

2.4 Maßnahmen

Der Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Psychotherapie (STEP; Krampen, 2002) stellt einen ökonomischen und standardisierten Fragebogen zur Erfassung der von Grawe et al. (1994) unterschiedenen gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren psychotherapeutischer Prozesse aus der Perspektive von Patienten und ihren Therapeuten dar. Die Items des Fragebogens beziehen sich direkt auf das Erleben einer individuellen Therapiesitzung durch den Patienten, was die Patientenversion (STEPP) darstellt, sowie auf die Außenwahrnehmung der Sitzung und des Erlebens des Patienten durch den Therapeuten, was die Therapeutenversion (STEPT) bildet.

Beide Versionen sind inhaltlich parallel konzipiert und bestehen aus jeweils 12 komplementären Items. Fünf Items messen die erlebte (Patientenversion STEPP) bzw. wahrgenommene (Therapeutenversion STEPT) *motivationale Klärung* des Patienten (STEP-C), vier Items erfassen die erlebte bzw. wahrgenommene *aktive Hilfe zur Problemlösung* (STEP-P) und drei Items bewerten die *therapeutische Beziehung* (STEP-R), jeweils für die spezifische Therapiesitzung.

Beim STEPP bewerten die Patienten anhand einer 7-stufigen Antwortskala, wie zutreffend die jeweiligen Aussagen auf ihre Erfahrungen sind. Die Reliabilitäten für die drei Skalen der Patientenversion liegen zwischen Cronbach's $\alpha = 0,76$ und Cronbach's $\alpha = 0,89$. Beim STEPT beurteilen die Therapeuten inhaltsanaloge Fragen zu ihrer Wahrnehmung des Erlebens und Verhaltens der Patienten auf einer 7-stufigen Antwortskala. Die Reliabilitäten für die drei Skalen der Therapeutenversion reichen von Cronbach's $\alpha = 0,78$ bis Cronbach's $\alpha = 0,91$. Somit weisen alle Skalen gute interne Konsistenzen auf (Field, 2013).

Aufgrund der unterschiedlichen Anzahl der Items der drei Skalen variieren die maximal erreichbaren Werte. Für den STEP-C kann eine Gesamtpunktzahl von 35 erreicht werden, für den STEP-P ist eine maximale Bewertung von 28 möglich und für den STEP-R liegt die maximale Punktzahl bei 21.

Ergebnisse

3.1 PPT erfüllt die drei gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren

Die statistische Analyse des Datensatzes mit allen Messwerten ergab, dass die Mittelwerte aller Subskalen im Vergleich zu den von Krampen (2002) veröffentlichten Normen im durchschnittlichen Bereich lagen (siehe Tabelle 1).

Berücksichtigt man jedoch die zufälligen Schwankungen, so liegen die Mittelwerte von STEPP-P und STEPT-P eher im unterdurchschnittlichen bis durchschnittlichen Bereich. Da die Abweichungen vom Durchschnittsbereich eher gering sind (siehe Tabelle 1), können beide Skalen insgesamt noch als unterdurchschnittlich eingestuft werden. Bemerkenswert ist jedoch, dass beide Skalen die *aktive Hilfe zur Problemlösung* betreffen - sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus Sicht der Therapeuten. Dies könnte daher bedeuten, dass Therapeuten, die PPT praktizieren und unterrichten, diesem gemeinsamen Faktor besondere Aufmerksamkeit schenken sollten, um seine Erfüllung zu gewährleisten.

Darüber hinaus lag der Mittelwert des STEPP-R unter Berücksichtigung zufälliger Schwankungen tendenziell im mittleren bis überdurchschnittlichen Bereich, was darauf hindeutet, dass die Patienten den gemeinsamen Faktor *therapeutische Beziehung* durch die PPT als besonders stark erfüllt empfinden (siehe Tabelle 1).

Alles in allem lässt sich feststellen, dass die PPT sowohl aus Sicht der Patienten als auch nach Einschätzung der Therapeuten die drei von Grawe et al. (1994) unterschiedenen gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren aktiviert und somit als wirksam empfunden wird.

Tabelle

1. T-Normwerte, Cronbachs α , Standardabweichungen (SD) und Konfidenzintervalle (CI) für alle STEP-Skalen.

Skala	T	α	SD	90% CI	Klassifikation
STEPP-C	50	.89	10	[44.56, 55.44]	a
STEPT-C	45	.85	10	[40.08, 49.92]	a
STEPP-P	45	.76	10	[38.64, 51.35]	ba zu einem

STEPT-P	45	.91	10	[38.44, 51.56]	ba zu
					einem
STEPP-R	60	.84	10	[51.97, 68.03]	a bis aa
STEPT-R	50	.78	10	[42.31, 57.69]	a

Anmerkungen. *N* = 282, STEPP-C/STEPT-C = Patienten-/Therapeutenversion der Skala zur Motivationsklärung, STEPP-P/STEPT-P = Patienten-/Therapeutenversion der Skala zur aktiven Hilfe bei der Problemlösung, STEPP-R/ STEPT-R = Patienten-/Therapeutenversion der Skala zur therapeutischen Beziehung, a = durchschnittlich, ba = unterdurchschnittlich, aa = überdurchschnittlich.

3.2 Patienten erleben die Therapie als effektiver als ihre Therapeuten glauben

Interessanterweise unterschieden sich die Bewertungen der Patienten in allen Subskalen und zu allen Messzeitpunkten signifikant von den Einschätzungen der Therapeuten (siehe Tabelle 2 und Abbildung 1). So erlebten die Patienten im Durchschnitt alle drei gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren als signifikant erfüllt, als ihre Therapeuten sie wahrnahmen.

Obwohl Divergenzen in der Bewertung einer Therapiesitzung durch Patienten und Therapeuten weder alarmierend noch ungewöhnlich sind und von Hartmann et al. (2013) als generisches Problem der Prozessforschung beschrieben werden, sind die Unterschiede in den Bewertungen des STEP-Fragebogens in der Regel nicht so einheitlich und konsistent über alle Skalen hinweg, wie es in der Vorbefragung der Fall war. In der Regel ist zu beobachten, dass mal die Patienten und mal die Therapeuten die gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren als stärker erfüllt wahrnehmen und dass die Richtung der Divergenz zwischen den Skalen auch innerhalb derselben Stichprobe unterschiedlich ist (Krampen, 2002).

Eine mögliche Erklärung für diese ungewöhnlich einheitliche Divergenz im Sinne höherer Werte der Patienteneinschätzungen, die sich in der vorliegenden Studie zeigt, ist, dass die Therapeuten über ein fortgeschritteneres Verständnis der drei gemeinsamen Faktoren verfügen und ihre Einschätzungen auf ihr professionelles Wissen darüber stützen, wie sie in einer Psychotherapie erfüllt werden sollten, was zu höheren Erwartungen und damit zu einer kritischeren Bewertung führt. Die Patienten hingegen vergleichen die Psychotherapiesituation mit ihren früheren persönlichen Erfahrungen, was zu einer positiveren Bewertung führt. Eine ähnliche Erklärung wurde von Horvath (2000) für die Divergenz der Bewertung der therapeutischen Allianz durch Patienten und Therapeuten vorgeschlagen. Fitzpatrick et al. (2005) wendeten Horvaths Annahme auf die drei Dimensionen Aufgabenkollaboration, Zielkollaboration und Patienten-Therapeuten-Bindung an. Es erscheint daher plausibel, dass dieses Muster auch auf die drei von Grawe et al. (1994) definierten gemeinsamen Faktoren der Psychotherapie anwendbar ist.

Tabelle 2.

Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*), *t*- und *p*-Werte von *t*-Tests für den Vergleich von Patienten- und Therapeutenangaben
Bewertung der STEP-Skalen.

Skala	Patienten Bewertung		Therapeuten' Bewertung		<i>t</i> (280)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
STEP-C	25.06	6.04	21.67	5.49	8.53	<.001
STEP-P	19.20	5.23	14.43	6.06	13.13	<.001
STEP-R	18.86	2.36	16.56	2.63	12.90	<.001

Anmerkungen. *N* = 282. STEP-C = Motivationsklärungsskala (Punktzahlbereich = 5-35), STEP-P = Skala zur aktiven Hilfe bei der Problemlösung (Wertebereich = 4-28), STEP-R = Skala zur therapeutischen Beziehung (Wertebereich = 3-21).

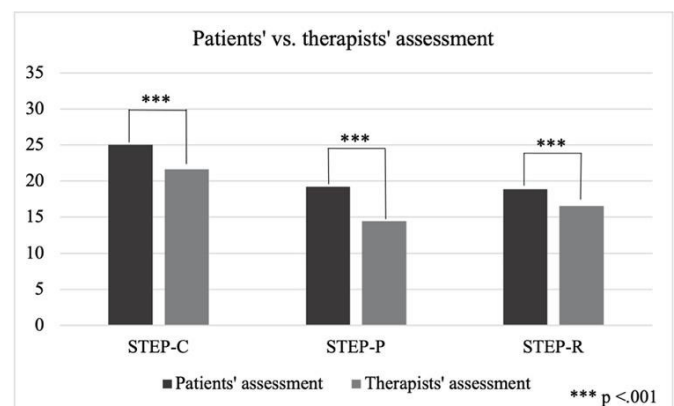


Abbildung 1. Vergleich der Mittelwerte der Bewertungen von Patienten und Therapeuten auf den STEP-Skalen Motivationsklärung (STEP-C), aktive Hilfe zur Problemlösung (STEP-P) und therapeutische Beziehung (STEP-R).

3.3 Die Berufserfahrung der Therapeuten spielt eine Rolle

Da an der vorliegenden Studie zwei Therapeuten mit langjähriger Berufserfahrung (durchschnittliche Berufserfahrung = 20,56 Jahre) sowie 19 Psychotherapeuten in Ausbildung (durchschnittliche Berufserfahrung = 3,50 Jahre) teilnahmen, konnte auch der Einfluss der Berufserfahrung des behandelnden Therapeuten auf die Bewertung der gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren untersucht werden. Die statistische Auswertung des Datensatzes mit allen Maßen zeigte, dass der gemeinsame Faktor *Problemlösung* sowohl von den Patienten als auch von den Therapeuten als signifikant erfüllt wahrgenommen wurde, wenn der behandelnde Therapeut mehr und nicht weniger Berufserfahrung hatte. Da gerade diese beiden Skalen (STEP-P und STEP-R) im Vergleich zu den Normwerten tendenziell im unterdurchschnittlichen bis durchschnittlichen

Bereich lagen, wurde ein weiterer Normvergleich für
Therapeuten mit viel und für Therapeuten mit wenig
Berufserfahrung *getrennt* durchgeführt. Diese
Analyse

ergab, dass die Patienten- und Therapeuteneinschätzung für erfahrene Therapeuten im durchschnittlichen Bereich lag, selbst wenn man zufällige Schwankungen berücksichtigt. Die Mittelwerte für Therapeuten mit weniger Berufserfahrung lagen dagegen eher unter dem Durchschnitt bis durchschnittlich. Da der analysierte Datensatz 248 Messwerte von Therapeuten mit geringer Berufserfahrung, aber nur 34 Messwerte von erfahreneren Therapeuten enthält, erscheint es plausibel, dass der Effekt der Berufserfahrung der Therapeuten zu der bereits berichteten Gesamteinstufung von STEPP-P und STEPT-P als unterdurchschnittlich bis durchschnittlich geführt hat.

Darüber hinaus bewerteten Patienten von Therapeuten mit langjähriger Berufserfahrung die *therapeutische Beziehung* als signifikant erfüllter als Patienten von weniger erfahrenen Therapeuten. Die Therapeuten selbst zeigten jedoch keinen signifikanten Unterschied in ihrer Einschätzung dieses gemeinsamen Faktors. In Bezug auf die *motivationale Klärung* waren sich Therapeuten und Patienten einig, dass kein Unterschied in der Erfüllung dieses gemeinsamen Faktors in Abhängigkeit von der Berufserfahrung des Therapeuten gesehen wurde (siehe Tabelle 3 und Abbildung 2).

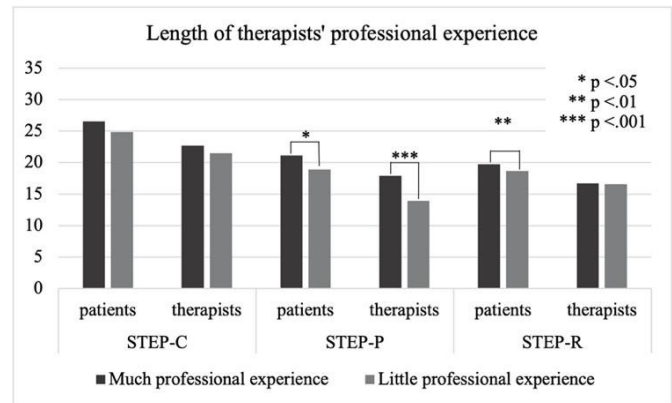


Abbildung 2. Vergleich der mittleren Werte von Patienten und Therapeuten in den STEP-Skalen Motivationsklärung (STEP-C), Aktive Hilfe zur Problemlösung (STEP-P) und Therapeutische Beziehung (STEP-R) für Therapeuten mit viel bzw. wenig Berufserfahrung.

Vergleicht man die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit den vergleichenden Ergebnissen, die im Handbuch des STEP-Fragebogens (Krampen, 2002) aufgeführt sind, so stimmen die Ergebnisse nur teilweise überein.

Übereinstimmend mit den vorliegenden Ergebnissen ergaben die Analysen von Krampen (2002) ebenfalls signifikant höhere Werte zur *Problemlösung* für Therapeuten mit mehr Berufserfahrung, sowohl aus Sicht der Therapeuten als auch der Patienten. Allerdings waren auch die Einschätzungen der Patienten und Therapeuten zur *motivationalen Klärung* bei erfahreneren Therapeuten höher, was in der vorliegenden Untersuchung nicht der Fall war. Darüber hinaus zeigten sich in den vergleichenden Analysen keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung der *therapeutischen Beziehung durch die Patienten* in Abhängigkeit von der Berufserfahrung des Therapeuten, was in der vorliegenden Untersuchung der Fall war. Auch wenn zu berücksichtigen ist, dass die im Manual berichteten vergleichenden Analysen nur auf recht kleinen Stichproben beruhen, erscheint eine differenziertere und tiefer gehende Untersuchung des Einflusses der Berufserfahrung der Therapeuten auf jeden der drei gemeinsamen Faktoren wünschenswert und sinnvoll. Die Übereinstimmung in der Richtung der Effekte - immer im Sinne einer besseren Bewertung der gemeinsamen Faktoren für Therapeuten mit mehr Berufserfahrung - deutet jedoch darauf hin, dass therapeutische Arbeit lehr- und lernbar ist.

Tabelle 3.

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), t- und p-Werte von t-Tests zum Vergleich von viel und wenig Berufserfahrung des behandelnden Therapeuten.

Skala	Viel professionell erleben		Kleine Berufserfahrung		t(280)	p
	M	SD	M	SD		
STEPP-C	26.59	5.57	24.86	6.07	1.57	.117
STEPT-C	22.71	5.37	21.54	5.49	1.16	.247
STEPP-P	21.12	4.75	18.93	5.70	2.14	.033
STEPT-P	17.94	5.06	13.92	6.07	3.70	<.001
STEPP-R	19.74	1.69	18.70	2.53	3.11	.003
STEPT-R	16.68	3.36	16.59	2.60	0.36	.721

Anmerkungen. N = 282. STEP-C = Patienten-/Therapeutenversion der Skala zur motivierenden Klärung (Wertebereich = 5-35), STEP-P = Patienten-/Therapeutenversion der Skala zur aktiven Hilfe bei der Problemlösung (Wertebereich = 4-28), STEP-R = Patienten-/Therapeutenversion der Skala zur therapeutischen Beziehung (Wertebereich = 3-21).

3.4 Die Patienten erleben die Therapie mit der Zeit als noch wirksamer

Da bei 52 Patienten zwei Messungen durchgeführt wurden, konnte auch untersucht werden, ob und wie sich die Einschätzung der Patienten und Therapeuten zu den drei gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren der Psychotherapie im Laufe der Zeit entwickelte. Bemerkenswert war, dass sich die Bewertung der Patienten insofern signifikant veränderte, als sie alle drei gemeinsamen Faktoren im Laufe der Zeit noch stärker erfüllt sahen. Die Patienten nahmen die Therapie also im Laufe der Zeit als noch wirksamer wahr. Bei den Therapeuten konnte ein solcher Effekt jedoch nicht beobachtet werden: Sie nahmen die Therapie für die Patienten immer als gleich wirksam wahr (siehe Tabelle 4 und Abbildung 3).

Schlussfolgerungen

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die Erfüllung der drei gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren der Psychotherapie durch die PPT zu untersuchen. Unter Verwendung des STEP-Fragebogens (Krampen, 2002) zur expliziten Messung der von Grawe et al. (1994) postulierten gemeinsamen Faktoren stützen die vorliegenden Ergebnisse die Wirksamkeit der PPT in dem Sinne, dass sowohl Patienten als auch Therapeuten die Erfüllung der drei gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren durch die PPT wahrnehmen. Der Befund, dass Patienten und Therapeuten die *aktive Hilfe zur Problemlösung* nur im unteren Durchschnitt als erfüllt einschätzen, konnte durch die Berücksichtigung der Berufserfahrung des behandelnden Therapeuten aufgelöst werden, die als besonders relevant für die Erfüllung dieses gemeinsamen Wirksamkeitsfaktors identifiziert wurde. Auch für die Bewertung der *therapeutischen Beziehung* durch die Patienten spielte die Berufserfahrung eine Rolle. Dies ist ein Beleg für die Lehr- und Lernbarkeit der therapeutischen Arbeit, insbesondere in Bezug auf die *aktive Hilfe zur Problemlösung* und die *therapeutische Beziehung*. Darüber hinaus bewerteten die Patienten alle drei gemeinsamen Faktoren in noch höherem Maße als die Therapeuten als erfüllt. Schliesslich konnte festgestellt werden, dass die Patienten die Therapie im Laufe der Zeit als noch wirksamer erlebten, während sich bei den Einschätzungen der Therapeuten kein solcher Trend feststellen liess.

Tabelle

4. Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), t- und p-Werte der t-Tests für den Vergleich des ersten mit dem zweiten Zeitpunkt der Messung.

Skala	Erstes Mal von Messung		Zweites Mal von Messung		t(280)	p
	M	SD	M	SD		
STEPP-C	24.83	6.25	26.04	5.61	-2.15	.036
STEPT-C	21.57	5.00	21.65	5.34	-0.41	.682
STEPP-P	17.87	5.78	20.19	4.92	-3.65	.001
STEPT-P	13.14	5.99	13.92	6.05	-1.29	.204
STEPP-R	18.06	2.93	18.97	2.04	-2.36	.022

Anmerkungen. N = 282. STEP-C = Patienten-/Therapeutenversion der Skala zur motivierenden Klärung (Wertebereich = 5-35), STEP-P = Patienten-/Therapeutenversion der Skala zur aktiven Hilfe bei der Problemlösung (Wertebereich = 4-28), STEP-R = Patienten-/Therapeutenversion der Skala zur therapeutischen Beziehung (Wertebereich = 3-21).

Soweit den Autoren bekannt ist, stellt diese Arbeit die erste Untersuchung der Erfüllung der drei gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren dar, wie sie durch den STEP-Fragebogen in PPT gemessen werden. Sie liefert daher wichtige und neue Belege für die Wirksamkeit der PPT. Durch die Berücksichtigung der Therapeuteneinschätzung, der Länge der Berufserfahrung der Therapeuten und der mehrfachen Messzeitpunkte ermöglicht sie zudem tiefere Einblicke in die Aktivierungsmuster und erlaubt es, relevante Aspekte der Erfüllung der gemeinsamen Faktoren zu identifizieren. Ein besonders wichtiger Befund in diesem Zusammenhang ist der Einfluss der Berufserfahrung auf die Erfüllung der *aktiven Hilfe zur Problemlösung*, da dies die Bedeutung einer besonderen Berücksichtigung dieses gemeinsamen Faktors in der Ausbildung von angehenden Psychotherapeuten unterstreicht.

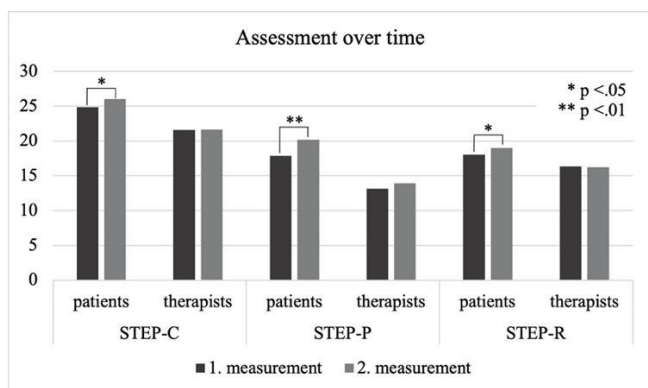


Abbildung 3. Vergleich der mittleren Werte von Patienten und Therapeuten in den STEP-Skalen Motivationsklärung (STEP-C), Aktive Hilfe zur Problemlösung (STEP-P) und Therapeutische Beziehung (STEP-R) für die erste und zweite Messung.

Neben aussagekräftigen Antworten auf die Frage nach der Wirksamkeit der PPT eröffnen die vorliegenden Befunde auch weitere Fragen und damit

Forschung. Zum einen sollte genauer untersucht werden, welche Faktoren für die Unterschiede in der Einschätzung zwischen Patienten und Therapeuten eine Rolle spielen und ob die mögliche Erklärung

die von den Autoren vorgeschlagen wurden, sich als wahr erweisen. Darüber hinaus sollte künftige Forschung versuchen zu erhellen, wie sich die wachsende Berufserfahrung von Psychotherapeuten in eine erhöhte Erfüllung von zwei der gemeinsamen Faktoren übersetzt. Schließlich scheint es interessant zu untersuchen, wie und in welchem Ausmaß die Einschätzung der Patienten zu den drei gemeinsamen Faktoren im Laufe der Zeit zunimmt.

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse sollte immer berücksichtigt werden, dass auch diese Studie nicht ohne Einschränkungen ist. So ist zu beachten, dass das Fehlen einer Kontrollgruppe die kausalen Schlussfolgerungen, die aus der Studie über die Wirksamkeit von PPT gezogen werden können, einschränkt. Darüber hinaus reduziert das gewählte naturalistische Design die interne Validität der Studie (Howard et al., 1996). Diese Einschränkung wurde jedoch in Kauf genommen, da die Studie darauf abzielte, die Wirksamkeit von PPT unter naturalistischen Bedingungen zu untersuchen, wobei die externe Validität und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse im Vordergrund standen (Howard et al., 1996; Leichsenring & Rüger, 2004). Nichtsdestotrotz erscheint aus den oben genannten Gründen eine Replikation der Studie unter kontrollierteren Bedingungen für zukünftige Forschung wünschenswert.

Alles in allem liefert die vorliegende Arbeit wichtige Belege für und weitere Erkenntnisse über die Wirksamkeit von PPT, gemessen an den gemeinsamen Wirksamkeitsfaktoren sensu Grawe et al. (1994). Sie kann somit als eine Fortsetzung der Forschung von Peseschkian und Kollegen (1998; 1999) angesehen werden. Die vorliegenden Ergebnisse sind sowohl für die zukünftige Psychotherapieforschung als auch für Psychotherapeuten, die weltweit PPT praktizieren und lehren, von großer Bedeutung.

Referenzen

- [1] **ANGUS, L., WATSON, J. C., ELLIOTT, R., SCHNEIDER, K., TIMULAK, L.** (2014). Humanistische Psychotherapieforschung 1990-2015: Von methodischer Innovation zu evidenzbasierten Behandlungsergebnissen und darüber hinaus. *Psychotherapy Research*, Vol. 25(3), S. 330-347.
- [2] **BEUTEL, M.E., BRÄHLER, E.** (2004). Klinische Untersuchungsverfahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, Vol. 33(4), S. 319-320.
- [3] **ELKINS, D. N.** (2012). Auf dem Weg zu einem

gemeinsamen Fokus in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapy*, Vol. 49(4), S. 450-454.

- [4] **FELD, A.** (2013). *Entdeckung der Statistik mit IBM SPSS Statistics*. London: Sage Publishing.

- [5] **FITZPATRICK, M.R., IWAKABE, S., STALIKAS, A.** (2005). Perspektivische Divergenz in der Arbeitsallianz. *Psychotherapy Research*, Vol. 15(1-2), S. 69-80.
- [6] **FUERTES, J.N., NUTT WILLIAMS, E.** (2017). Klientenzentrierte Psychotherapieforschung. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 64(4), S. 369- 375.
- [7] **GRAWE, K.** (1992) Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre [Psychotherapy research at the beginning of the nineties]. *Psychologische Rundschau*, Bd. 43(3), S. 132- 162.
- [8] **GRAWE, K.** (1997). Research-informed psychotherapy, *Psychotherapy Research*, Vol. 7(1), pp. 1-19.
- [9] **GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F.** (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession* [Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession]. Hogrefe Verlag für Psychologie.
- [10] **HANK, P., KRAMPEN, G.** (2008). *Diagnostik der therapeutischen Beziehung* [Diagnostic of the therapeutical relationship]. In: Hermer, M., Röhrle, B. (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, (S. 141-168). DGVT Verlag.
- [11] **HARTMANN, A., LEHNART, R., HERMANN, S., JOOS, A., STILES, W.B., ZEECK, A.** (2013). Die Evaluation von Therapiesitzungen durch Patienten und Therapeuten [The evaluation of therapie sessions by patients and therapists]. *Diagnostica*, Vol. 59(1), S. 45-59.
- [12] **HORVATH, A.O.** (2000). Die therapeutische Beziehung: Von der Übertragung zur Allianz. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, Bd. 56(2), S. 163-173.
- [13] **HOWARD, K. I., MORAS, K., BRILL, P. L., MARTINOVICH, Z., LUTZ, W.** (1996). Bewertung der Psychotherapie: Wirksamkeit, Effektivität und Fortschritte der Patienten. *American Psychologist*, Vol. 51(10), S. 1059-1064.
- [14] **KRAMPEN, G.** (2002). *Stundenbogen für die allgemeine und differenzielle Einzelpsychotherapie: STEP* [Stundenbogen für die allgemeine und differenzielle Einzelpsychotherapie]. Hogrefe Verlag für Psychologie.
- [15] **KRAMPEN, G.** (2016). *STEP*. In: Geue, K., Strauß, B., Brähler, E. (eds.), *Diagnostische Verfahren in*

der Psychotherapie (3. Auflage), (S. 484-489).
Hogrefe Verlag für Psychologie.

Einbeziehung

- [16] **KRAMPEN, G., WALD, B.** (2001).
Kurzinstrumente für die Prozessevaluation und adaptive Indikation in der Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie und Beratung [Kurzinstrumente zur Prozessevaluation und adaptiven Indikation in der Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie und Beratung]. *Diagnostica*, Vol. 47(1), S. 43-50.
- [17] **LAMBERT, M. J.** (1991) *Einführung in die Psychotherapieforschung*. In: Beutler, L. E., Crago, M. (Hrsg.), *Psychotherapyresearch : An international review of programmatic studies*, (S. 1-11). American Psychological Association.
- [18] **LEICHSENRING, F., RÜGER, U.** (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM) Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien - Gibt es nur einen Goldstandard? *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Vol. 50(2), S. 203- 217.
- [19] **MATTEJAT, F.** (2011). Geschichte der empirischen Psychotherapieforschung unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie [History of empirical Psychotherapy research with special consideration of child and adolescent psychotherapy]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Vol. 60(8), S. 606-625.
- [20] **MCLEOD, J.** (2001). Die Entwicklung einer Forschungstradition, die mit den Praktiken und Werten der Beratung und Psychotherapie in Einklang steht: Warum Beratungs- und Psychotherapieforschung notwendig ist. *Counselling and Psychotherapy Research*, Vol. 1(1), S. 3-11.
- [21] **PESECHKIAN, N., TRITT, K.** (1998). Positiv Studie zur Wirksamkeit von Psychotherapie und Qualitätssicherung. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, Vol. 1(1), S. 93-104.
- [22] **PESECHKIAN, N., KICK, H., SCHEURER, H., KRÖMKER, J., TRITT, K., LOEW, T.** (1999). Positive Psychotherapie : Ein kurzzeittherapeutisches Verfahren unter Einbeziehung computergestützter Qualitätssicherung [Positive Psychotherapie: Ein therapeutisches Kurzzeitverfahren unter

Psychotherapie Forum, Vol. 7(1), S. 1-7.

[23] **PESECHKIAN, H., REMMERS, A.** (2020)

Positive

Psychotherapie: Eine Einführung. In: Messias, E., Peseschkian, H., Cagande, C. (Hrsg.), *Positive Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie*, (S. 3-9). Springer, Cham.

[24] **PETZOLD, H. G.** (1993). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie (Band 1)* [Integrative therapy: models, theories and methods for cross-school therapy (Vol. 1)]. Junfermann.

[25] **PRESSLICH-TITSCHER, E., DATLER, W.** (1994). *Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie und öffentlicher Legitimationsdruck: Eine Stellungnahme aus der Sicht der Österreichischen*

Individualpsychologie
[Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie und öffentlicher Legitimationsdruck: Eine Stellungnahme aus der Sicht der Österreichischen Individualpsychologie.] *Zeitschrift*

für

Individualpsychologie, Bd. 19, S. 203-213.

[26] **ROSENBAUM, R. L., HOROWITZ, M. J.** (1983). *Motivation für Psychotherapie: eine faktorielle und konzeptionelle Analyse. Psychotherapie: Theorie, Forschung und Praxis*, Bd. 20(3), S. 346-354.

[27] **SAFRAN, J. D., ABREU, I., OGILVIE, J., DEMARIA, A.** (2011). *Beeinflusst die Psychotherapieforschung die klinische Praxis von Forschern und Klinikern? Clinical Psychology: Wissenschaft und Praxis*, Vol. 18(4), S. 357-371.

[28] **SANDER, L., ZOBEL, I., DYKIEREK, P., SCHRAMM, E.** (2012). *Allgemeine Wirkfaktoren bei der Behandlung depressiver Patienten - Vergleich zweier Psychotherapieansätze [Common efficacy factors in the treatment of depressed patients - comparison of two psychotherapyansätze]. Verhaltenstherapie*, Bd. 22, S. 228-235.

[29] **SCHRAMM, E., VAN CALKER, D., BERGER, M.** (2004). *Wirksamkeit und Wirkfaktoren der interpersonellen Psychotherapie in der stationären Depressionsbehandlung*

- Ergebnisse einer Pilotstudie [Wirksamkeit und Wirkfaktoren der interperson

Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Vol. 54(2), S. 65-72.

- [30] **STANGIER, U., VON CONSRUCH, K., SCHRAMM, E., HEIDENREICH, T.** (2010). Gemeinsame Faktoren von kognitiver Therapie und interpersoneller Psychotherapie bei der Behandlung von Sozialphobie. *Anxiety, Stress & Coping*, Vol. 23(3), S. 289-301.
- [31] **STRAUSS, B. M., LUTZ, W., STEFFANOWSKI, A. WITTMANN, W. W., BOEHNKE, J. R., RUBEL, J., ..., KIRCHMANN, H.** (2015). Nutzen und Herausforderungen in der praxisorientierten Psychotherapie

Forschung in Deutschland: Das TK- und das QS-PSY- BAY-Projekt zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapieforschung*, Bd. 25(1), S. 32-51.

- [32] **TAUBNER, S., KLASSEN, J., MUNDER, T.** (2014). Warum beteiligen sich Psychotherapeuten an der Psychotherapieforschung und warum nicht? Ergebnisse des Fragebogens zur Einstellung zur Psychotherapieforschung mit einer Stichprobe erfahrener deutscher Psychotherapeuten. *Psychotherapieforschung*, Vol. 26(3), S. 318-331

MÖGLICHKEITEN DER POSITIVEN PSYCHOTHERAPIE BEI DER AUSBILDUNG VON WIDERSTANDSFÄHIGKEIT



Olena Chyhantsova

Doktor der Psychologie, außerordentlicher Professor Chamata Labor für Psychologie der Persönlichkeit Grundlegender Berater von PPT G. S. Kostjuk Institut für Psychologie der NAES der Ukraine (Kiew, Ukraine)

E-Mail: chyhantsova@gmail.com



Olga Kupriejewa

Doktor der Psychologie, außerordentlicher Professor, Nationale Taras-Schewtschenko-Universität Kiew Grundlegender Berater für PPT

(Kiew, Ukraine)

E-Mail: consultok0804@gmail.com

Eingegangen am 05.04.2021

Zur Veröffentlichung angenommen

28.06.2021 Veröffentlicht

07.07.2021

Abstrakt

Das Hauptziel dieser Studie war es, die Möglichkeiten der Positiven Psychotherapie bei der Entwicklung von Widerstandsfähigkeit zu erforschen und die Beziehung zwischen Widerstandsfähigkeit und den tatsächlichen Fähigkeiten der Person zu vertiefen. Es wurden Daten von 380 Personen aus der Ukraine im Alter zwischen 19 und 62 Jahren erhoben. Die Befragten füllten das Wiesbadener Inventar für Positive Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF 2.0), das von N. Peseschkian in Zusammenarbeit mit H. Deidenbach entwickelt wurde, und die Maddi Hardiness Scale aus. Wir haben den Korrelationskoeffizienten von Pearson verwendet, um die statistische Beziehung zwischen Hardiness und persönlichen Fähigkeiten zu messen. Außerdem haben wir eine Regressionsanalyse durchgeführt, um die prognostischen Indikatoren für Hardiness zu bestimmen. Als Ergebnis unserer Untersuchung stellten wir fest, dass die Fähigkeiten Kontakt, Vertrauen, Hoffnung, Liebe, Leistung und Zuverlässigkeit den größten Einfluss auf Hardiness haben.

Stichworte: Widerstandsfähigkeit, Positive Psychotherapie, Persönlichkeitsmerkmale, primäre und sekundäre Fähigkeiten

Einführung

In der modernen wissenschaftlichen Welt findet das Konzept der persönlichen Widerstandsfähigkeit immer mehr Aufmerksamkeit bei den Forschern. Die Probleme des Sinnverlusts im Leben und der Bewältigung von Stressfaktoren, insbesondere im Berufsleben, veranlassen zur Suche nach psychologischen und psychotherapeutischen

Hilfsmitteln.

Das Konzept der "Widerstandsfähigkeit" wurde erstmals von Suzanne C. Kobasa (1979) als ein Persönlichkeitsstil oder -muster vorgestellt, das mit anhaltender Gesundheit und

PPT-Journal "DER GLOBALE
Leistung unter Stress (Mund, 2016). Dieses Konzept
wird als ein grundlegendes Merkmal einer
Persönlichkeit definiert, das System der
Einstellungen und Überzeugungen eines
Individuums, das die Auswirkungen von widrigen
Lebenssituationen auf das menschliche Bewusstsein
und Verhalten vermittelt (Maddi, 2013).

So haben S. Kobasa und S. Maddi (2002) Hardiness
als aus drei Komponenten bestehend beschrieben, die
als die 3C's bekannt sind: 1) Commitment, 2) Control
und 3) Challenge. Commitment" ist ein wichtiges
Merkmal der Einstellung einer Person zu sich selbst,
der sie umgebenden Welt und der Interaktion mit ihr,
das ihr Stärke und

ISSN
1460WAPP

2710-

motiviert sie/ihn zu Selbstverwirklichung, Führungsqualitäten, gesundem Denken und Verhalten; sie ermöglicht es der Person, sich wichtig und wertvoll genug zu fühlen, um sich voll und ganz für die Lösung von Lebensproblemen einzusetzen, ohne auf Stressfaktoren und Veränderungen zu achten. Kontrolle" über die Umstände hilft dabei, Wege zu finden, um das Ergebnis von Veränderungen durch Stress zu beeinflussen, anstatt in einen Zustand der Hilflosigkeit und Passivität zu verfallen. Herausforderung" hilft einer Person, offen für die sie umgebende Welt, andere Menschen und die Gesellschaft zu sein. Ihr Wesen liegt darin, dass eine Person ihre Lebensereignisse und Probleme als Herausforderung und Test für sich selbst wahrnimmt. Der angewandte Aspekt der Widerstandsfähigkeit wird durch die Rolle bestimmt, die seine persönlichen Parameter bei der Toleranz gegenüber Stresssituationen spielen (Baranauskienė, Serdiuk, Chykhantsova, 2016).

D. Leontiev ist der Ansicht, dass Widerstandsfähigkeit eine Art psychologisches Analogon des Lebenskerns einer Person ist, das das Ausmaß ihrer Bewältigung bestimmter Stresssituationen und ihrer Anpassung an gegebene Umstände widerspiegelt, sowie ein Maß für die angewandten Anstrengungen zur Selbstverbesserung und zur Überwindung ungünstiger Lebensumstände (Leontev, 2002). Nach S. Maddi hat sich Härte als eine Reihe von Einstellungen oder Überzeugungen über sich selbst in Interaktion mit der Umwelt herausgebildet, die den Mut und die Motivation liefern, die harte Arbeit zu leisten, um Stressänderungen von potenziellen Katastrophen in Chancen zu verwandeln" (Maddi, 2004, S. 286).

Ein wichtiger Faktor für die Widerstandsfähigkeit sind die grundlegenden Annahmen eines Individuums (Janoff-Bulman, 1992), die die Grundlage seines Weltbildes bilden, in die Handlungen der inneren menschlichen Wahl einbezogen sind und somit die Grundlage für Selbstbestimmung, Zielstrebigkeit und Selbstentwicklung bilden. Diese Grundannahmen sind als Einheit der Weltanschauung ein Kriterium für Wertentscheidungen, die ein Individuum unter verschiedenen Lebensumständen trifft, und eine Grundlage für bestimmte persönliche Bedeutungen (Kuprieieva et al., 2020).

Wichtig ist, dass nicht nur die Widerstandsfähigkeit als menschliches Potenzial, sondern auch die Positive Psychotherapie (PPT) als therapeutischer Ansatz zu den Ressourcen gehört, die die Fähigkeit einer Person zur Stressbewältigung sicherstellen. Nach E. Messias

(2020) besteht das Merkmal der Positiven Psychotherapie in einer Veränderung des Fokus der Herangehensweise an eine Person von einer Orientierung an Symptomen und Defiziten hin zur Entwicklung und Unterstützung ihrer inneren Ressourcen. Mit anderen Worten, die Positive Psychotherapie ist ein solches therapeutisches Modell, das darauf abzielt, den therapeutischen Ansatz neu auszurichten und sich stärker auf folgende Aspekte zu konzentrieren

Klienten dabei zu unterstützen, ihre inneren Ressourcen zu nutzen, um Herausforderungen zu überwinden, Bereiche des Wachstums zu verstehen und zu erkennen und sich stattdessen auf die Arbeit an der Widerstandsfähigkeit zu konzentrieren (Mead, 2021). Positive Psychotherapie ermöglicht es den Menschen mit Hilfe von Reflexion und Selbsteinschätzung, sich ihrer Ressourcen, des Konflikthalts, der Merkmale von Konfliktreaktionen und ihres psychodynamischen Ursprungs bewusst zu werden. Der Grundkonflikt wird durch primäre und sekundäre Fähigkeiten beschrieben, und während der Therapie werden die persönliche Bedeutung und Entwicklung jeder Fähigkeit reflektiert, differenziert und vom Menschen zusammengestellt (Dobiata, Winkler, 2016).

Nach der PPT-Theorie verfügt jeder Mensch über zwei Kernfähigkeiten: die Fähigkeit der Wahrnehmung und die Fähigkeit der Liebe. N. Pesechian (1987) kam zu dem Schluss, dass diese beiden Kernfähigkeiten das sind, was hinter unseren weiteren Fähigkeiten steht. Die PPT zielt darauf ab, die beiden Kernfähigkeiten eines Menschen zu erforschen, um sie besser zu verstehen und gegebenenfalls Ungleichgewichte zu beseitigen, um zusätzliche positive Ergebnisse zu erzielen. Positive Psychotherapie sieht den Menschen als fähig an, der Person, die ein sinnvolles und erfülltes Leben führen möchte, zu helfen, zu wachsen, zu reifen und zu gedeihen (Dobiata, Winkler, 2016).

In unserer Studie versuchen wir daher, die Rolle der Positiven Psychotherapie bei der Entwicklung der Widerstandsfähigkeit einer Person zu untersuchen.

Der Gegenstand der Forschung - persönliche Merkmale der Widerstandsfähigkeit.

Ziel der Forschung ist es, die Bedeutung der primären und sekundären Fähigkeiten bei der Ausbildung der Widerstandsfähigkeit einer Person zu untersuchen.

Methodik

2.1. Methoden und Organisation der Forschung

Die Studie wurde auf der Grundlage des Labors für Persönlichkeitspsychologie des Kostjuk-Instituts für Psychologie der Nationalen Akademie für Erziehungswissenschaften der Ukraine durchgeführt.

In der empirischen Studie haben wir die folgenden Methoden angewandt:

1. Wiesbadener Inventar für Positive Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF 2.0), das von N. Peseschkian in Zusammenarbeit mit H. Deidenbach (Peseschkian, & Deidenbach, 1988), übersetzt und angepasst für die ukrainische Stichprobe von L. Serdiuk und S. Otenko (Serdiuk, Otenko, 2021).

Der Fragebogen besteht aus 27 Skalen, die es uns ermöglichen, die subjektive Bedeutung der eigenen Persönlichkeit zu bewerten

Eigenschaften in den folgenden drei Abschnitten: 1) tatsächliche Fähigkeiten (sekundär in Bezug auf das eigene Verhalten; primär in Bezug auf sich selbst); 2) manifestierte Konfliktreaktionen in vier Bereichen des Gleichgewichtsmodells; 3) subjektiv wahrgenommene Parameter des Beziehungsmodells. Alle Fragen wurden auf einer vierstufigen Skala von "stimme voll zu" bis "stimme überhaupt nicht zu" bewertet. Cronbachs Alpha reichte je nach den verschiedenen WIPPF-Skalen in der ukrainischen Version von 0,73 bis 0,86 (Serdiuk, Otenko, 2021).

2. Maddi-Härteskala, angepasste Version von D. Leontev und E. Rasskasova (Leontev, & Rasskasova, 2006). Sie wurde entwickelt, um die persönliche Fähigkeit und Bereitschaft zu ermitteln, in Stresssituationen und bei Schwierigkeiten aktiv und flexibel zu handeln. Die Skala enthält einen allgemeinen Indikator für Belastbarkeit und drei Skalen: Engagement, Kontrolle und Herausforderung. Sie umfasst 45 Aussagen und 4 Antwortmöglichkeiten von 1 (*stimme überhaupt nicht zu*) bis 4 (*stimme voll und ganz zu*). Cronbachs Alpha betrug 0,81.

Für die statistische Analyse der gewonnenen Daten wurden die folgenden Methoden der mathematischen Statistik verwendet: Korrelation, Regressionsanalyse. Die Verarbeitung der gewonnenen empirischen Daten erfolgte mit dem statistischen Softwarepaket SPSS 21.0 für Windows.

2.2. Teilnehmer an der Forschung

Die Stichprobe unserer Studie bestand aus 380 Personen, darunter 96 Männer (25,26 %) und 284 Frauen (74,74 %) aus verschiedenen Regionen der Ukraine im Alter von 19 bis 62 Jahren. Das Durchschnittsalter betrug $37,7 \pm 11,1$ Jahre. Die Stichprobe wurde nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, um eine unbeabsichtigte oder absichtliche Verzerrung der Fakten zu vermeiden.

Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt die Korrelationen zwischen den Variablen der Studie. Die Ergebnisse des Pearson-Korrelationskoeffizienten zeigen, dass es mehr Korrelationen zwischen den primären Fähigkeiten gibt. Daher können wir sagen, dass die folgenden primären Fähigkeiten mit Widerstandsfähigkeit zusammenhängen: Hoffnung ($r = 0,533$; $p < 0,01$), Vertrauen ($r = 0,451$; $p < 0,01$), Kontakt ($r = 0,439$; $p < 0,01$) und Liebe ($r = 0,419$; $p < 0,01$). Dies deutet darauf hin, dass Widerstandsfähigkeit durch das Vorbild des Einzelnen in Beziehungen entwickelt werden kann. Der Glaube korreliert mit der

Herausforderung als einer Komponente der Widerstandsfähigkeit ($r = 0,325$; $p < 0,01$). Sexualität korreliert mit allgemeiner Härte ($r = 0,330$; $p < 0,01$) und Kontrolle ($r = 0,335$; $p < 0,01$). Dies bedeutet, dass die Befragten sich ihrer Fähigkeiten bewusst sind und

Eigenschaften, Selbstreflexion und Selbstverständnis zu zeigen. Primäre Fähigkeiten beeinflussen die entsprechenden Erfahrungen auf die Stimmung und den körperlichen Zustand, was in Stresssituationen wichtig ist.

Emotionen an erster Stelle stehen.

Unter den sekundären Fähigkeiten haben den Einfluss auf die Härte: Pünktlichkeit ($r = 0,383$; $p < 0,01$), Zuverlässigkeit ($r = 0,381$; $p < 0,01$) und Leistung ($r = 0,358$; $p < 0,05$). Mit Hilfe dieser sekundären Fähigkeiten versucht eine Person, eine stressige Situation zu bewältigen, und zeigt sich widerstandsfähig.

Als Ergebnis unserer Forschung haben wir festgestellt, dass Menschen dazu neigen, sich in Form von sozial akzeptablen Eigenschaften auszudrücken, während sich das tatsächliche Verhalten oft als das Gegenteil herausstellt. Durch das Bewusstsein der Pole wird es möglich, die Akzeptanz und das Verständnis für sich selbst zu erhöhen.

Tabelle 1.

Das Verhältnis von Widerstandsfähigkeit und persönlichen Fähigkeiten

Tatsächliche Fähigkeiten		Widerstandsfähigkeit			
		Engagement	Kontrolle	Herausforderung	allgemeiner Indikator für die
Sekundäre capacities	Ordentlichkeit	.265	.277	-.105	.331
	Sauberkeit	-.223	.253	-.157*	.334**
	Pünktlichkeit	.358*	.029*	.390*	.383**
	Höflichkeit	-.023	.163*	-.133	-.103
	Offenheit	.141*	.096	.046	.115
	Errungenschaft	.388**	.364*	.347	.358*
	Verlässlichkeit	.311**	.245*	.298	.381**
	Sparsamkeit	.229	.294	.370**	.328*
	Gehorsam	-.035	.011	.216**	-.071
	Justiz	.139*	.125	.037	.122
Primäre capacities	Exaktheit	.223**	.158*	.115	.196**
	Geduld	.158*	.126	.140*	.159*
	Zeit	.164**	.273**	.252**	.242**
	Kontakt	.483**	.474**	.341**	.439**
	Vertrauen	.423**	.432**	.368**	.451**
	Hoffnung	.514**	.507**	.387**	.533**
	Sexualität	.250**	.335**	.283**	.330**
	Liebe	.420**	.385**	.443**	.419**
	Glaube	.201	.259	.325**	.264

Anmerkung: **. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-schwänzig). *. Die Korrelation ist auf dem 0,05-Niveau signifikant (2-tailed). Interessant ist, dass alle drei Komponenten der Widerstandsfähigkeit (Engagement, Kontrolle und Herausforderung) mit

Sie sind sehr wichtig für die Entwicklung der Widerstandsfähigkeit. Dies lässt sich dadurch erklären, dass sich die primären Fähigkeiten im Wesentlichen auf Lebenserfahrungen beziehen, die im Zusammenhang mit den sekundären Fähigkeiten erworben wurden. Die Entwicklung von Widerstandsfähigkeit durch positive Psychotherapie bedeutet also, dass die Person die Akzeptanz und das Verständnis für sich selbst erhöhen kann.

Zur Bestimmung der prognostischen Indikatoren für die Widerstandsfähigkeit wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt. Tabelle 2 zeigt die Berechnung der Ergebnisse für die Prädiktoren der Widerstandsfähigkeit.

Tabelle 2.

Prognostisches Modell		der		
Modell	R	R-Quadrat	Bereinigte s R-Quadrat	Std. Fehler der Schätzung

Anmerkung: Prädiktoren: (Konst)Liebe, Zuverlässigkeit, Kontakt, Leistung, Hoffnung, Vertrauen.
 Abhängige Variable: Widerstandsfähigkeit

Wie wir sehen, steht die primäre Fähigkeit der Liebe an erster Stelle bei der Ausbildung der Widerstandsfähigkeit. Die Grundeinstellungen werden auf der Grundlage der primären Fähigkeiten gebildet, und wir müssen ihnen Beachtung schenken, weil sie die Grundlage für das menschliche Screening und die Entwicklung der Widerstandsfähigkeit sind. Die Prädiktoren, die sich positiv auf die Widerstandsfähigkeit auswirken, sind also primäre und sekundäre Fähigkeiten: Zuverlässigkeit, Kontakt, Leistung, Hoffnung, Vertrauen.

Tatsächliche Fähigkeiten sind das Hauptwerkzeug für die Arbeit in der Positiven Psychotherapie, denn sie sind der Inhalt des Konflikts, und sie sind die Art von Wertnormen, die uns helfen, Widerstandsfähigkeit aufzubauen.

Schlussfolgerungen

Diese Studie stellt einen der ersten Versuche dar, die Rolle der tatsächlichen Fähigkeiten (primäre und sekundäre Kapazitäten) bei der Widerstandsfähigkeit zu untersuchen. Dieses Ergebnis bestätigt die Definition von Widerstandsfähigkeit als eine

individuelle Ressource, die verbessert werden kann, wenn Menschen ihre Fähigkeiten durch Positive Psychotherapie entwickeln.

Das Wiesbaden Inventar für Positive Psychotherapie und Familientherapie ist ein originelles Instrument zur Untersuchung von Persönlichkeitsmerkmalen, Primär- und Sekundärfähigkeiten. Mit Hilfe dieses Inventars haben wir den Einfluss der persönlichen Fähigkeiten auf die Entwicklung der Widerstandsfähigkeit untersucht. In unserer Studie fanden wir heraus, dass solche Komponenten der Belastbarkeit wie Engagement, Kontrolle und Herausforderung

die persönlichen Fähigkeiten im Zusammenspiel mit den Parametern einer existenziell schwierigen Situation.

Da die tatsächlichen Fähigkeiten der Inhalt der Erziehung sind, werden sie in den Individuen in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen der Gesellschaft geformt. Sie sind Sozialisationsvariablen, so dass einige Fähigkeiten gegenüber anderen überwiegen. Dies wurde in unserer Studie nachgewiesen. Eine Person bildet und entwickelt ihre Fähigkeiten in Abhängigkeit von der Mikro- und Makrogesellschaft. Infolgedessen ist unsere Stichprobe durch die folgenden Indikatoren gekennzeichnet. Die stärksten Korrelationen wurden zwischen der Widerstandsfähigkeit und den primären Fähigkeiten Kontakt, Vertrauen, Hoffnung und Liebe sowie den sekundären Fähigkeiten Leistung und Zuverlässigkeit festgestellt. Wir konnten auch nachweisen, dass primäre und sekundäre Fähigkeiten als Prädiktoren einen positiven Einfluss auf die Widerstandsfähigkeit haben. Die primäre Fähigkeit der Liebe steht an erster Stelle der Prädiktoren für die Widerstandsfähigkeit. Abhängig von der körperlichen Verfassung, der Umgebung und der Zeit, in der eine Person lebt, sind diese Fähigkeiten differenziert und bilden eine unveränderliche Struktur von wesentlichen Merkmalen. Diese Fähigkeiten kommen im täglichen Leben in verschiedenen Situationen ständig zum Tragen.

Die primären Fähigkeiten gewährleisten die Entwicklung der Lebensfähigkeit als innere Ressourcen des Individuums. Je nach körperlicher Verfassung, Umwelt und Zeit, in der ein Mensch lebt, werden diese Fähigkeiten differenziert und beeinflussen die Ausbildung der Widerstandsfähigkeit.

Unsere Forschungen haben bestätigt, dass PPT dem Einzelnen hilft, seine vorhandenen und noch zu entwickelnden Fähigkeiten und Fertigkeiten besser zu verstehen, um ein größeres inneres Gleichgewicht zu erreichen, das für die Ausbildung und Entwicklung von Widerstandsfähigkeit wichtig ist.

Da das Ziel der Forschung darin bestand, die Bedeutung von primären und sekundären Fähigkeiten als tatsächliche Fähigkeiten bei der Ausbildung der Widerstandsfähigkeit einer Person zu untersuchen, haben wir keine Unterschiede zwischen primären und sekundären Fähigkeiten in diesem Prozess festgelegt. Dies ist jedoch für zukünftige Forschungen geplant. Außerdem sollte die weitere Forschung einen Längsschnittplan verwenden, der eindeutig beweist, dass die Entwicklung tatsächlicher Fähigkeiten die Widerstandsfähigkeit von Menschen durchgängig beeinflusst. In der Folge in ihrem

allgemeinen Zustand sowohl der körperlichen als auch der geistigen Gesundheit widerspiegeln wird.

Referenzen

- [1] **BARANAUSKIENĖ, I., SERDIUK, L., CHYKHANTSOVA, O.** (2016). Psychologische Merkmale der Widerstandsfähigkeit von Schulabgängern bei ihrer

- berufliche Selbstbestimmung. *Sozialhilfe: Interdisziplinärer Ansatz*, 2(6), 64-73. DOI: [10.21277/sw.v2i6.275](https://doi.org/10.21277/sw.v2i6.275)
- [2] **DOBIAŁA, E., & WINKLER, P.** (2016). 'Positive Psychotherapie' nach Seligman und 'Positive Psychotherapie' nach Peseschkian: Ein Vergleich. URL: <https://www.positum.org/ppt-publications/positive-psychotherapie-nach-seligman-und-positive-psychotherapie-nach-peseschkian-ein-vergleich/> [Zugriff: 04.04.2021]
- [3] **JANOFF-BULMAN, R.** (1992). Erschütterte Annahmen. New York, NY: Freie Presse
- [4] **KOBASA, S. C.** (1979). Stressige Lebensereignisse, Persönlichkeit und Gesundheit: eine Untersuchung zur Widerstandsfähigkeit. *Zeitschrift für Persönlichkeits- und Sozialpsychologie*, 37(1), 1-11. DOI: [10.1037/0022-3514.37.1.1](https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1)
- [5] **KUPRIEIEVA O., TRAVERSE, T., SERDIUK L., CHYKHANTSOVA O., SHAMYCH O.** (2020). Grundlegende Annahmen als Prädiktoren für die psychologische Widerstandsfähigkeit von Studenten mit Behinderungen. *Sozialhilfe: interdisziplinärer Ansatz*, 1(10). C. 96-105. DOI: [10.21277/sw.v1i10.566](https://doi.org/10.21277/sw.v1i10.566)
- [6] **LEONTEV, D., & RASSKAZOVA, E.** (2006). Тест жизнестойкости [Test der psychologischen Belastbarkeit]. Moskau: Smysl. https://www.aksp.ru/work/activity/nac_strateg/resurs_centr/files/soln_testgizn.pdf [Zugriff: 04.04.2021]
- [7] **MADDI, S. R.** (2002). Die Geschichte der Widerstandsfähigkeit: Zwanzig Jahre Theorie, Forschung und Praxis. *Zeitschrift für Beratungspsychologie: Praxis und Forschung*, 54(3), 173-185. DOI: [10.1037/1061-4087.54.3.173](https://doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173)
- [8] **MEAD, E.** (2021). Was ist Positive Psychotherapie? (Nutzen & Modell). URL: <https://positivepsychology.com/> [Zugriff: 04.04.2021]
- [9] **MESSIAS, E., PESECHKIAN, H, CAGANDE, C.** (Hrsg.) (2020). *Positive Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie - Klinische Anwendungen*. Springer International Publishing, Cham.
- [10] **MUND, P.** (2016). Das Kobasa-Konzept der Widerstandsfähigkeit. *International Research Journal of Engineering, IT & Scientific Research*, 2(1), 34-40. URL: <https://sloap.org/journals/index.php/irjeis/article/view/243> [Zugriff: 04.04.2021]
- [11] **PESECHKIAN, N.** (2000). *Positive Psychotherapie; Theorie und Praxis einer neuen Methode*. Author House UK. ISBN 978-8120722439
- [12] **SERDIUK, L., OTENKO, S.** (2021). Die ukrainischsprachige Adaptation für das Wiesbadener Inventar für positive Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF). "The Global Psychotherapist", Vol. 1, No.1, pp. 11-14. DOI: [10.52982/ikj135](https://doi.org/10.52982/ikj135)

Danksagung

Die Autoren danken **Liudmyla Serdiuk**, D.Sc. (Psychologie), Professorin, Leiterin des Labors für Psychologie der Persönlichkeit, Kostiu Institut für Psychologie, NAES der Ukraine für ihre Unterstützung, für die Klärung der Verwendung der ukrainischen Version des Wiesbadener Inventars für positive Psychotherapie und Familientherapie und für die Möglichkeit, Forschungen auf der Grundlage des Labors für Persönlichkeitspsychologie durchzuführen.

SPEKTRUM DER FRUSTRATIONSREAKTIONEN WÄHREND DER PUBERTÄTSKRISE



Stefanka Tomcheva

PhD, Psychologin, Master-Trainerin von PPT (Shumen, Bulgarien) Psychosocial Support Studio "Selena",

E-Mail: stefani_petkova@yahoo.com



Zlatoslav Arabadzhiev

MD, PhD, Berater für positive Psychotherapie (Plovdiv, Bulgarien)

E-Mail: zlatolini@gmail.com

Eingegangen am 25.04.2021

Zur Veröffentlichung angenommen

28.06.2021 Veröffentlicht

07.07.2021

Abstrakt

In jedem Lebensbereich, sei es in der Ausbildung, im Studium oder im Privatleben, stoßen Jugendliche auf viele Hindernisse auf dem Weg zu ihren Lebenszielen. Manchmal sind sie in der Lage, rational mit ihnen umzugehen, manchmal aber auch emotional mit ihnen. Wenn sie nicht in der Lage sind, mit diesen Hindernissen umzugehen, werden sie frustriert. Um mit Frustrationen fertig zu werden, brauchen die Jugendlichen Zeit, um ihre sozialen und emotionalen Fähigkeiten zu entwickeln. Das bedeutet, dass sie über Flexibilität, optimistische Gedanken und Fähigkeiten zur Impulskontrolle verfügen sollten. In der vorliegenden Studie werden die Reaktionen von Jugendlichen in Frustrationssituationen und das allgemeine Niveau aggressiver Tendenzen sowie das Vorhandensein eines Zusammenhangs zwischen Frustrationsreaktionen und aggressivem Verhalten untersucht. Im Zeitraum von 2018-2020 haben wir 212 Jugendliche und ihre Eltern in unserer Praxis befragt. Die Eltern von 109 Jugendlichen, die alle männlich waren - 57 (52,3 %) im Alter von 12-14 Jahren und 52 (47,7 %) im Alter von 15-17 Jahren -, haben ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie über die Merkmale und die Dynamik der Reaktionen in Frustrationssituationen gegeben. Die Ergebnisse zeigten, dass die Jugendlichen auf ihre innere Welt konzentriert sind und glauben, dass die Welt so sein sollte, wie sie sie haben wollen. Sie haben nicht genügend Erfahrung, um andere Meinungen als ihre eigenen zu beurteilen und zu akzeptieren. Sie versuchen, die Unsicherheit in Bezug auf ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verbergen, indem sie sich auf Schutzmechanismen verlassen.

Stichworte: Frustration, Jugendliche, Aggression, Krise, Positive Psychotherapie

Einführung

Im Laufe der individuellen Entwicklung durchläuft man verschiedene Phasen. In jeder von ihnen steht man vor der Lösung verschiedener "psychologischer Aufgaben", die eine bestimmte Ressource erfordern, um zu bestehen

"erfolgreich". Wenn dies geschieht, überwindet der Einzelne die entsprechende Krise, "sammelt" neue "psychologische Erfahrungen" und bewegt sich auf eine höhere Ebene des persönlichen Funktionierens. Angemessene Rollenmodelle und neue Bewältigungsstrategien werden entwickelt (Boncheva, 2013). In jeder normativen Krise gibt es: objektive

ISSN
1460WAPP

2710-

Faktoren, meist Veränderungen, die von der Umwelt oder physiologischen Prozessen herrühren, und einem subjektiven Faktor - Defizit, Möglichkeiten des Überlebens und der Krisenbewältigung.

Die Pubertät wird zu Recht als eine Krise bezeichnet. In dieser Zeit kommt es zu bedeutenden Veränderungen in der Persönlichkeitsbildung, die zu einem radikalen Wandel im Verhalten, in den Interessen und Einstellungen der Jugendlichen führen.

Mit der Krise der Pubertät beginnt und endet eine der komplexesten und umstrittensten Phasen im Leben eines jeden Menschen. L.S. Vygotsky (1984) identifiziert drei Phasen während der Krise der Pubertät:

- Negative Phase (Vorkrise) - Beginnt um das 10. bis 11. Lebensjahr. Das Wertesystem beginnt sich neu zu ordnen, Stereotypen werden aufgebrochen. Probleme beginnen in der Beziehung zwischen Eltern und Kindern.
- Echte Krise - 12 - 14/13 - 15 Jahre. Diese Phase kann auf verschiedene Weise verlaufen: von ausgesprochenem Negativismus gegenüber allen Lebensbereichen bis hin zu einem fließenden Übergang zur Aneignung neuer Fähigkeiten. Das Interessenfeld und die Denkweise erweitern sich, neue Möglichkeiten tun sich auf. Der Heranwachsende verteidigt seine Individualität und kämpft darum, sich von seinen Eltern zu lösen.
- Positive Phase (nach der Krise). Sie markiert das Ende der Krise, eine eher ruhige Periode, gekennzeichnet durch einen bereits erweiterten Horizont (prognostisches Denken), eine veränderte Weltsicht, geformte Lebenswerte und einen bestimmten weiteren Entwicklungsweg.

Die intensive körperliche und physiologische Entwicklung führt dazu, dass Heranwachsende sich selbst anders wahrnehmen. I. Boncheva (2013, S. 102) zufolge "bestand ihre Hauptaufgabe in früheren Jahren darin, sich an die Welt außerhalb von ihnen anzupassen, während jetzt der bewusste Versuch beginnt, die Welt an ihre gestiegenen persönlichen Bedürfnisse anzupassen. Der Hauptkonflikt ist der Kampf zwischen dem relativ niedrigen psychosozialen Reifegrad und dem gesteigerten Bedürfnis nach sexueller Identität". Und wenn die Herausforderungen, mit denen die Jugendlichen konfrontiert werden, zunächst die Veränderungen sind, die der Körper

durchmacht, dann besteht die nächste, viel komplexere Herausforderung darin, wie sie ihre sozialen Beziehungen auf eine neue Art und Weise aufbauen können (Abbildungen 1, 2, 3, 4).

Körper

Beginn der Pubertät, das Auftreten von sekundären Geschlechtsmerkmalen, schnelles Wachstum und Veränderung des Körpers, plötzliche Stimmungsschwankungen, begleitet von einem Gefühl des Zustroms von Kraft und Energie bis zur Hilflosigkeit.

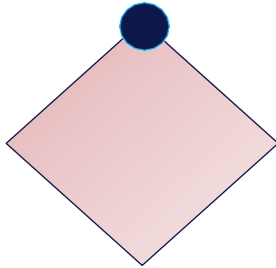


Abb. 1. Körper

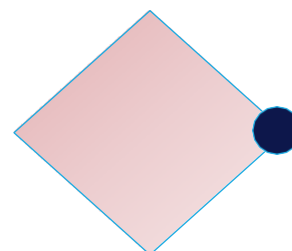
Errungenschaft

Unzulänglichkeiten: Verlust des Interesses an früheren/alten Aktivitäten, verringerte Produktivität der kognitiven Funktionen und verminderte Leistung. Streben danach, ihre Einzigartigkeit mit allen Mitteln zu beweisen, einschließlich problematischem Verhalten und Ablehnung von Normen

Ressourcen: Differenzierte Einstellung zu den Lerninhalten, erweiterter Umfang und Selektivität von Wissen, Vorlieben und Fähigkeiten. Entwicklung von Willensqualitäten: von der Basisdynamik - Kraft, Schnelligkeit und Reaktionsschnelligkeit - über die qualitative - die Fähigkeit, größeren und längeren Belastungen standzuhalten - Ausdauer, Beharrlichkeit, Geduld - bis hin zu komplexen und differenzierten Willensqualitäten - Konzentration, Konsequenz, Konzentration und Ausdauer.

Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung führt zu einer verstärkten kognitiven und kreativen Aktivität - Neugierde, Experimentieren mit verschiedenen Aktivitäten, Teilnahme an verschiedenen Vereinen und Schulen

Abb. 2. Leistung



Kontakt

Defizite: Starrköpfigkeit, Unhöflichkeit, Ungehorsam, Willkür, Abwertung, Ignorieren und/oder scharfer Widerstand gegen die Autorität des Erwachsenen. Häufige Stimmungsschwankungen - von Reizbarkeit, "Explosivität", Aggression und Negativismus bis hin zu Weinerlichkeit, Gleichgültigkeit, Gleichgültigkeit und Apathie. Die Beziehung zu den Erwachsenen ist stark konfliktuell, mit einem aktiven Streben nach Abgrenzung, das sich in der Missachtung von Normen, der Anfechtung von Regeln, der Ablehnung und Nichteinhaltung von Einschränkungen und der Rebellion gegen Sanktionen äußert.

Ressourcen: Erweiterung der Kommunikationsfähigkeiten, Aufbau und Entwicklung von Organisationsfähigkeiten, unternehmerischen Fähigkeiten, Unternehmertum, Disziplin, Verantwortung, Erweiterung des Spektrums von Strategien für den Umgang mit Konfliktsituationen.

Im Gegensatz zu den Inhalten des Kontakts mit Erwachsenen entwickelt sich der Wunsch nach Kontakt mit Gleichaltrigen - der Freundeskreis ist der Ort, an dem neue Modelle gelernt und geübt werden. In der Gruppe der Freunde erleben und teilen alle das Gleiche. Reflexion.

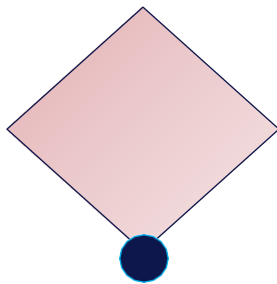


Abb. 3. Kontakt

Zukunft / Bedeutung

Unzulänglichkeiten: Gefühl der Sinnlosigkeit im Leben, Angst vor der Zukunft, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit. Starke innere Widersprüche zwischen Wunsch und Möglichkeiten.

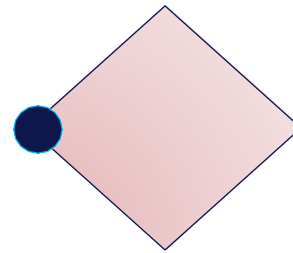
Ressourcen: Erweiterung des Horizonts und Bereicherung und Umstrukturierung des Wertesystems - im Bereich der Kommunikation - selektive Einstellung und Bewertung anderer und Selbstwertgefühl.

Während der "Krise der Pubertät" ist die Frustrationsanfälligkeit von Jugendlichen sehr hoch.

Junge Menschen sind mit vielen Herausforderungen konfrontiert, einerseits mit der Entfaltung kreativer, kognitiver und intellektueller Fähigkeiten und logischer Ansätze zur Problemlösung

Andererseits ist diese Zeit durch emotionale Instabilität, stressige und frustrierende Situationen und Schwierigkeiten beim psychologischen Wachstum gekennzeichnet.

Abb. 4. Zukunft/Bedeutung



Der Schlüssel zu einem Wachstum mit minimalen emotionalen Schäden liegt in der Ausbildung der psychologischen Widerstandsfähigkeit junger Menschen, die auf dem Vertrauen in die eigenen Stärken und Fähigkeiten, der Fähigkeit, Herausforderungen anzunehmen und zu bewältigen, der Flexibilität bei der Lösung von Problemen und der Bewältigung schwieriger Situationen beruht. Mit anderen Worten: Es geht darum, eine Toleranz gegenüber Frustrationen zu entwickeln.

Frustrationstoleranz ist definiert als psychologische Widerstandsfähigkeit gegenüber einem Frustrator, die auf der Fähigkeit beruht, die frustrierende Situation angemessen zu bewerten und einen Ausweg aus ihr vorherzusagen (L. S. Aseikina, 2005).

J. Wilde (2012) identifiziert einige widersprüchliche Merkmale der Adoleszenz, die die Ausbildung von Frustrationstoleranz beeinflussen:

- Junge Menschen konzentrieren sich auf ihre innere Welt und glauben, dass die Welt so sein sollte, wie sie sie haben wollen.
- Sie haben nicht genug Erfahrung, um andere Meinungen als ihre eigenen zu beurteilen und zu akzeptieren.
- Sie versuchen, die Unsicherheit in Bezug auf ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verbergen, indem sie auf Schutzmechanismen zurückgreifen.
- Die Adoleszenz ist eine Zeit der Hochsensibilität und der häufigen Stimmungsschwankungen.

Sie neigen dazu, sich schnell daran zu orientieren, wie es "sein sollte" und nicht wie es wirklich ist.

Methodik

2.1. Teilnehmer

Während des Zeitraums 2018-2020 haben wir uns mit 212 Jugendliche und ihre Eltern in unserer Praxis.

Die Eltern von 109 Jugendlichen - 57 (52,3 %) im Alter von 12 bis 14 Jahren und 52 (47,7 %) im Alter von 15 bis 17 Jahren - gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie über die Merkmale und die Dynamik der Reaktionen in Frustrationsituationen.

Ziel der Studie: Untersuchung der Reaktionen von Jugendlichen in Frustrationsituationen und des allgemeinen Niveaus der aggressiven Tendenzen sowie des Vorhandenseins eines Zusammenhangs zwischen Frustrationsreaktionen und aggressivem Verhalten.

2.2. Instrumente

Psychotherapeutisches Erstgespräch - 5-Schritte-Modell der Methode der positiven und transkulturellen Psychotherapie (Peseschkian H., 2000).

Rosenzweig Picture Frustration Test (Rosenzweig S., 1945; bulgarische Normierung K. Мечков, 1979). Ein projektiver Test zur Messung charakteristischer Reaktionsweisen auf Frustration, bei dem dem Probanden 24 Karikaturzeichnungen vorgelegt werden, die jeweils eine Person zeigen, die etwas Frustrierendes zu einer anderen Person sagt, wobei die zweite Person mit einer leeren Sprechblase dargestellt wird. Die Aufgabe des Probanden besteht darin, jede der 24 leeren Sprechblasen mit der ersten Antwort auszufüllen, die ihm in den Sinn kommt. Die Bewertung basiert auf neun Faktoren, die sich aus Kombinationen von drei Aggressionstypen (Hindernisbeherrschung, Ego-Verteidigung und Bedürfnispersistenz) und drei Aggressionsrichtungen (Extraggession, Imaggression und Intraggression) ergeben.

Fragebogen zur Aggression (Buss und Perry, 1992). Der Buss-Perry-Aggressionsfragebogen (BP-AQ) ist ein 29 Items umfassendes Vier-Faktoren-Instrument, das körperliche Aggression, verbale Aggression, Wut und Feindseligkeit misst.

Ergebnisse

Während des ersten psychotherapeutischen Gesprächs, das mit den Eltern geführt wurde, wurde der Konflikthalt festgestellt:

- Hohe Ängstlichkeit (*"Die Dinge, die mit meinem/unserem Sohn zu tun haben, hängen von mir ab, ich kann damit nicht umgehen - ich bin hilflos und das ist ein Problem!"*) - bei 60,5 % der Eltern, mit einem minimalen Altersunterschied - 31,2 % bei Eltern von Jugendlichen (12-14 Jahre) und 29,3 % bei Eltern von Heranwachsenden (15-18 Jahre).

- Enttäuschung, Unzufriedenheit, Entmutigung (*"Ich/wir schaffen es nicht; Wir sollen gute Eltern sein, aber es klappt nicht! Ich verstehe nicht, was los ist!"*) erleben 82,5 % der Eltern, bei Eltern von Jugendlichen sind es 47,7 %, bei Eltern von Heranwachsenden sind es 34,8 %.

- Empörung, Irritation, Vorwürfe (*"Er/sie ist nicht das, was wir erwartet haben!"*; *"Er/sie verhält sich kindisch und keine unserer Bemühungen funktioniert!"*) zeigten 63,3 % der Eltern, bzw. 22,1 % der Eltern von Jugendlichen und 41,3 % der Eltern der untersuchten Jugendlichen.

- Beleidigung, Aggression (*"Ich/wir geben ihm/ihr alles, was gute Eltern tun sollten, und wir erwarten, dass er/sie sich gut benimmt!"*; *Er/sie versucht, sich mit seinem/ihrem Verhalten zu überwinden, aber es wird nicht passieren - mit Strafen und Einschränkungen werden wir seinen/ihren Starrsinn "heilen"!*) wird bei 38,6% der Eltern beobachtet.

- weniger bei jungen Heranwachsenden (15,5 %) und etwa 8 % mehr bei Eltern älterer Heranwachsender (22,9 %).

Auf der anderen Seite stehen die Erfahrungen junger und älterer Heranwachsender. Der Inhalt der Probleme, die sie gemeinsam haben, kann bedingt in mehrere Hauptgruppen unterteilt werden: Beziehungen zu Erwachsenen, Beziehungen zu Gleichaltrigen, Probleme in der Schule, Unzufriedenheit mit sich selbst und Unzufriedenheit mit anderen (Tabelle 1):

Tabelle 1.

Probleme aus der Sicht von Jugendlichen und Heranwachsenden.

Probleme	Altersgruppe 12 - 14 Jahre alt	Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen
----------	--------------------------------	--------------------------------------

Beziehungen zu Erwachsenen (Eltern und wichtige Erwachsene)	Konflikte mit den Eltern: "Sie verbieten mir, auszugehen!"; "Sie mögen meine Freunde nicht und wir streiten uns wegen ihnen!"; "Sie drohen mir mit Strafe!"; "Sie schimpfen ständig mit mir und beleidigen mich!" "Sie beschuldigen mich, ungehorsam und faul zu sein und	Konflikte mit den Eltern: "Sie fordern nur und gehorchen!" "Sie verstehen mich nicht!"; "Sie streiten mit mir und schränken mich ein"; Sie sind immer unzufrieden - mit meinem Stil, mit der Musik, die ich höre, mit meinen Freunden ..., mit
---	---	--

	unverantwortlich!"; "Sie wollen, dass die Dinge auf ihre Weise geschehen - sie verstehen mich nicht!"; "Ich habe kein Recht, etwas zu wollen oder zu tun - weil ich jung bin!"; "Sie kaufen nicht, was ich will, sondern was sie beschlossen haben!"; "Sie lieben mich nicht!"	mich selbst! "" Sie beschuldigen mich, faul und unverantwortlich zu sein! "" Sie sagen, dass ich zu nichts taue, wenn ich es nicht so mache, wie sie es wollen! "; "Ich habe nichts zu sagen!"; "Sie glauben mir nicht!"
Beziehungen zu Gleichaltrigen	Ablehnung, Isolation, Belästigung, Aggression, Spott	Komplexe Beziehungen zu Gleichaltrigen - Verrat, Verrat, Ablehnung, Schikane, Aggression. Unerwiderte Liebe.
Probleme in der Schule	Mangelndes Interesse und Widerstand - "Meine Eltern haben die Schule ausgesucht, sollen sie doch lernen!"; schlechte Noten - "Sie geben mir absichtlich schlechte Noten!"; Bestrafungen; Rebellion gegen die Regeln: "Die Regeln sind dazu da, um gebrochen zu werden!"	Mangelndes Interesse, Langeweile; Probleme mit Lehrern, ungerechte Bewertung, viele Anforderungen, viele Hausaufgaben, hohe Arbeitsbelastung; Unverständnis, Nichtakzeptanz, erzwungene "dumme" Regeln.
Unzufriedenheit mit sich selbst	Körper; Aussehen; Fähigkeiten	Gereiztheit, Groll, Wut auf sich selbst: "Alles gerät außer Kontrolle!"; "Alles entgleitet mir!" "Ich bin zu nichts zu gebrauchen!"
Unzufriedenheit mit anderen	Andere sind böse, unzufrieden, rachsüchtig, hassen mich, beleidigen mich und klatschen.	"Sie sind immer empört, sie ärgern mich, ich bin enttäuscht, sie sind nicht fair."

Um die Altersspezifika von Frustrationsreaktionen bei jungen und älteren Jugendlichen zu erfassen, haben wir den Rosenzweig Picture - Frustration Test verwendet.

Die Zuverlässigkeit der Ergebnisse (Cronbachs Alpha) - 0,77 in der Altersgruppe 12 - 14 Jahre und 0,86 in der Altersgruppe 15 - 17 Jahre.

Beide Gruppen wiesen die höchsten Werte bei externen beschuldigenden Reaktionen als Mittel zur Frustrationsbewältigung auf

(Kategorie "E"). Hinsichtlich des Objekts, auf das die Reaktion gerichtet ist, werden die höchsten Werte bei den Reaktionen beobachtet, die auf Selbstverteidigung ausgerichtet sind (Kategorie "ED"). (Tabelle 3).

Im Vergleich zum normativen Bereich (K. Mechkov, 1979) sind die Reaktionen beider Gruppen normal (Code 3).

Tabelle 3.

Werte der Mittelwerte in beiden Gruppen

Alter		E	I	M	OD	ED	NP
12 - 14 Jahre	Mittlere	11,17	4,833	7,684	5,99	10,92	6,77
	N	57	57	57	57	57	57
	Std. Abweichung	3,853	1,9419	2,9725	2,304	2,904	2,591
15 - 17 Jahre	Mittlere	9,53	5,442	8,683	4,27	11,88	7,51
	N	52	52	52	52	52	52
	Std. Abweichung	3,884	2,1343	2,6972	1,708	2,646	2,500

Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen wurden beim Rosenzweig *Picture Frustration Test* festgestellt. Bei 61,3 % der 12- bis 14-Jährigen (im Vergleich zu 38,7 % der 15- bis 14-Jährigen) war die Frustration sehr groß.

17-Jährige), Angst, die Tendenz, sich auf starre Stereotypen zu verlassen und die Unfähigkeit, die Situation einzuschätzen, werden festgestellt.

Jugendliche fixieren sich auf den Konflikt als Ereignis/Hindernis (Factor E - extrapunitive Reaktionen) und versuchen durch Verletzlichkeit, den Wunsch, sich durchzusetzen und "mitzureden", die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen.

Aufmerksamkeit für sich selbst. Nicht unbedeutend sind die anderen Teilnehmer an der frustrierenden Situation: 58,0 % der jungen Jugendlichen im Vergleich zu 42,0 % der älteren Jugendlichen neigen dazu, mit akuter Ablehnung des Geschehens, dem Wunsch, die Realität ihren Bedürfnissen unterzuordnen, dem Streben nach Dominanz und der Intoleranz gegenüber "fremdem Willen" zu reagieren (Faktor E - extrapunitive Reaktionen). Der andere Faktor, der bei jungen Jugendlichen stärker ins Gewicht fällt, ist die impulsive Reaktion auf die Umstände

(Faktor M - impunitive Reaktionen) reagieren 61,1 % der 12- bis 14-Jährigen mit Leichtsin, Leichtsinnigkeit, Verantwortungslosigkeit und/oder Unterschätzung der Situation. Ein solches Verhalten führt zu emotionalen Zusammenbrüchen, häufigem Wertewandel und asthenischen Zuständen.

In der Charakteristik der Frustrationsreaktionen bei Jugendlichen (15-17 Jahre) im Vergleich zu jungen Heranwachsenden (12-14 Jahre) mit einer starken statistischen Signifikanz (60, 1% bei Jugendlichen, verglichen mit 39,9% bei Heranwachsenden) erwies sich der Faktor "e", der einerseits ein Indikator für Ansprüche und Erwartungen an den anderen ist, um Frustration abzubauen, andererseits Aktivität, Tendenz zur Delegation von Verantwortung und Führung bedeutet. Bei den von uns untersuchten Jugendlichen zeigt der Faktor "e" Bedeutung in Kombination mit den Faktoren:

- "I" (intropunitive Antworten) - ein Zeichen von Selbstkritik, Konzentration auf die eigene Unterlegenheit, Schuldgefühle, Reue, manchmal Selbstbeschuldigung und Selbstdiskreditierung mit dem charakteristischen Verhalten von Höflichkeit und irrationalen Konformismus.
- "M" (impunitive responses) - Tendenz, in Situationen der Frustration, der Abwertung oder der demonstrativen Gleichgültigkeit gleichgültig zu sein, was wahrscheinlich der selektive Einsatz der psychologischen Verteidigung "Reaktionsbildung" ist, um mit der Angst vor neuer Frustration umzugehen oder um einen unterdrückten aggressiven Impuls einzudämmen, der in der Wahrnehmung des Jugendlichen über die subjektive Unannehmbarkeit aggressiven Verhaltens begründet ist (53,7 % bei jungen Heranwachsenden gegenüber 46,3 % bei älteren Heranwachsenden).

Tabelle 4.

Signifikanz der Unterschiede in den beiden Gruppen nach Faktoren der Rosenzweig P-F Studie

	E'	E	e	I	M'	M
Mann-Whitney-U-Test	1028,5	1105,0	740,5	957,0	1030,5	740,5
Wilcoxon W	2406,5	2483,0	2393,5	2610,0	2408,5	2393,5
Z	2,770	2,293	4,527	3,21	2,762	4,527
Asymp. Sig. (2-tailed)	,006	,002	,001	,001	,006	,001

Ergebnisse des Aggressionsfragebogens (AQ) von Buss und Perry:

Die Zuverlässigkeit des Fragebogens (**Cronbachs** Alpha) für die einzelnen Subskalen schwankt zwischen 0,73 und 0,79 und erreicht 0,77 für den Gesamtwert der Aggression.

Die Durchschnittswerte der untersuchten Variablen sind in der Gruppe der Jugendlichen höher, und signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen finden sich bei allen Aggressionskomponenten, außer bei der Skala "Feindseligkeit". (Tab. 5 und Tab. 6).

Tabelle 5.

Durchschnittswert für die Komponenten der Aggression

Alter		OA	FA	VA	A	H
12 - 14 Jahre	Mittlere	98,74	34,49	22,77	22,89	18,84
	N	57	57	57	57	57
	Std. Abweichung	13,915	6,596	6,921	5,554	3,895
15 - 17 Jahre	Mittlere	76,17	23,52	20,46	16,50	15,69
	N	52	52	52	52	52
	Std. Abweichung	12,269	6,210	5,465	3,739	3,644

Tabelle 6.

Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen auf den Aggressionsskalen

	OA	FA	VA	A	H
--	----	----	----	---	---

Mann-Whitney-U-Test	337,0	362,5	803,0	518,5	1184,5
Wilcoxon W	1715,0	1740,5	2181,0	1896,5	2562,5
Z	-6,948	-6,797	-4,132	-5,855	-1,808
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,001	,001	,001	,071

2-14-Jährige zeigen die Bereitschaft, diese beiden Formen der Aggression einzusetzen, um ihre eigenen Ziele zu erreichen. Junge Heranwachsende zeigen offen ihre Reizbarkeit, Unzufriedenheit, Wut und Reizbarkeit. Die noch begrenzten kognitiven Fähigkeiten wirken sich auf die Bedeutung des Verhaltens aus, und der Mangel an Toleranz bei der Erreichung des Gewünschten und die Stärke des Impulses, der die Handlungen der Jugendlichen leitet, verleihen der Aggression einen eher schützenden Charakter. Die begrenzte Selbstkontrolle und das sich entwickelnde Selbstwertgefühl, das sich vor allem in der Empfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung und den damit einhergehenden Gefühlen und Erfahrungen ausdrückt, prädisponieren zu aggressiven Handlungen.

Die niedrigen Werte in beiden Gruppen auf der Skala "Feindseligkeit" sind ein Indikator dafür, dass die Handlungen junger und älterer Jugendlicher nicht durch eine anhaltende negative Einstellung gegenüber der sie umgebenden Realität (Menschen und Ereignisse) bestimmt werden, sondern vielmehr das Ergebnis eines emotionalen Zustands mit provokativem Charakter sind, wie z. B. Wut.

Per Definition ist Feindseligkeit eine antagonistische Haltung gegenüber Menschen, die eine kognitive, affektive und verhaltensbezogene Komponente umfasst. Die affektive Komponente besteht aus einer Reihe miteinander verbundener Emotionen wie Ärger, Irritation, Groll, Abscheu, Verachtung und anderen. Die kognitive Komponente umfasst negative Überzeugungen über die Welt und andere - Misstrauen, Argwohn, Verachtung, Vorurteile und Zynismus. Die Verhaltenskomponente umfasst ein vielfältiges Repertoire an Handlungen, die meist versteckt sind - passiv-aggressive Handlungen, mangelnde Bereitschaft zur Zusammenarbeit und zu Kompromissen, Kontaktvermeidung (Kommunikation), kalte Haltung gegenüber anderen usw. (Barrett et al., 2007).

Passiv-aggressives Verhalten ist vielleicht die schlechteste Art und Weise, Wut zu zeigen - im Gegensatz zur offenen und spontanen Art und Weise, die Spannung stark abzubauen, die in der Regel dem Verlauf folgt: Unzufriedenheit - Irritation

- Zorn - Wut. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind noch nicht in der Lage, ihre heimtückische und zerstörerische Fähigkeit zu verstehen, und sie erkennen nicht, dass ihr Widerstand und ihre Beharrlichkeit verhindern, dass die eingesperrte Wut freigesetzt wird. Beispiele für solche Verhaltensweisen sind: Aufschieben, Sturheit, Misstrauen, Groll, Wut, absichtliche "Unfähigkeit", das Erwartete zu tun oder wiederholtes Versagen bei der Erfüllung der geforderten Aufgaben. Auf einer bewussten Ebene glaubt der junge Mann, dass er sich

in dieser Position verteidigt und "sie verstehen lässt". Auf einer unbewussten Ebene ist ein solches Verhalten

zurück.

die darauf abzielen, Autoritäten (Eltern, Lehrer, Erzieher) zu verärgern und/oder zu verärgern.

"Es gibt keinen Rauch ohne Feuer!" - Was ist der Funke, der das aggressive Verhalten eines heranwachsenden Menschen entfacht?

Diskussion

Die zusammengefassten Informationen aus dem psychotherapeutischen Erstgespräch zeigen, dass der junge Mann, um sich in seiner neuen sozialen Position zu etablieren, versucht, über seine bisherige Art der Kontakte hinauszugehen. Seine Bemühungen konzentrieren sich darauf, Wege zu finden, seine "wachsenden" Möglichkeiten zu verwirklichen, das Streben nach Autonomie und Unabhängigkeit (als Freiheit erlebt), seine Individualität zu entwickeln und Anerkennung von Erwachsenen zu erhalten, deren Vorbild er wiederholt und denen er seine Bereitschaft zeigen will, einen Platz in der "Welt der Großen" einzunehmen.

Der Bereich der Kommunikation mit Gleichaltrigen ist sehr emotionsgeladen. Und wenn in der zweiten normativen Krise (des Erstklässlers) das erfolgreiche Ergebnis der gute Kontakt mit nur einer Person ist - "Mein Freund! Frieden in der Gruppe" (I. Bontcheva, S.101), dann ist in der Krise der Pubertät das Hauptmotiv im Verhalten des jungen Mannes, seinen Platz zu festigen und sich in der Gruppe der Gleichaltrigen zu etablieren. Freundschaften sind in dieser Zeit komplex und umstritten, und Freunde sind eine Quelle sozialer und emotionaler Bedeutung. Die Bewertung, die er von den Gleichaltrigen erwartet und erhält, gewinnt überragende Bedeutung und verdrängt aus dem Blickfeld des Heranwachsenden die Beziehung zu dem bedeutenden Erwachsenen, aber der Inhalt des Kontakts behält seine starke emotionale Ladung. Der innere Kampf des heranwachsenden Menschen besteht einerseits in einem starken Wunsch nach Autonomie, Unabhängigkeit und Freiheit und andererseits in dem Bedürfnis, Liebe, Geduld, Aufmerksamkeit, Vertrauen und Zeit (primäre Fähigkeiten) zu spüren und zu erhalten, um sich sicher und stabil zu fühlen und sich als bedeutsam und wertvoll zu erleben.

Hier liegt der "Dreh- und Angelpunkt" im Kontakt zwischen Eltern und jungen/älteren Heranwachsenden. Gemeinsame Probleme zeigen, wo die Diskrepanz liegt - die Eltern haben **Erwartungen** an Erfolg, Leistung, Ordnung, Genauigkeit, Höflichkeit, Disziplin, Verantwortung (sekundäre Fähigkeiten), und die Jugendlichen und Heranwachsenden haben **Bedürfnisse** nach Unterstützung, Hilfe, Kooperation und Partnerschaft. Eltern fordern und tadeln und / oder ziehen sich hilflos aus dem aktiven Kontakt mit ihren Kindern

Kinder, während Heranwachsende entweder heftig protestieren oder grimmig schweigen und auf ihre eigene Weise handeln.

Unerfüllte Bedürfnisse führen zu Frustration. Das rasche Tempo der körperlichen und kognitiven Entwicklung führt zur Entstehung neuer Bedürfnisse, und der eingeeengte psychologische Horizont des "Hier und jetzt!" bestimmt den Rahmen, in dem der Heranwachsende darauf besteht, zu bekommen, was er will.

Ausgehend von den psychologischen Merkmalen der Krise in der Pubertät ist es offensichtlich, dass Jugendliche aufgrund ihrer Verletzlichkeit und ihres nicht gefestigten Selbstbildes demonstrative Verhaltensweisen wählen - von offener Aggression, aktiv-offensiver Haltung, Streben nach Dominanz und Intoleranz gegenüber Anforderungen bis hin zu Impulsivität und schlecht bewerteten Handlungsentscheidungen. Erfolgreiche Selbstverteidigung ist in ihrem Erleben die Aktivität durch Vorwürfe, Forderungen/Erwartungen an den anderen, die Verantwortung für das Geschehen zu übernehmen, das Zurückweisen und Leugnen der eigenen Schuld und / oder die Beteiligung am "Kräfteausgleich".

Die vergleichende Analyse ermöglichte es, die Merkmale der Frustrationsreaktionen junger und älterer Jugendlicher im Bereich der motivationalen Bedürfnisse aufzuzeigen: *Zerstörung der Autorität der Erwachsenen, Orientierung auf Bestätigung in der Peer-Gruppe, Bedürfnis nach Selbstbestätigung, Selbstdarstellung, Verteidigung der eigenen Position, Erlangung von Anerkennung durch die anderen, Bedürfnis nach Autonomie und Unabhängigkeit.* Im Bereich der Emotionen und des Verhaltens: *Gereiztheit, Groll, Wut, Misstrauen, Verletzlichkeit, Frustration, Impulsivität, Widerstand, der Wunsch, die Situation selbst zu lösen, Sturheit, Ungehorsam und Kampfbereitschaft, ich-schützendes Verhalten und Demonstrativität.*

Unter Berücksichtigung der Altersmerkmale kann man sagen, dass die Frustrationsreaktionen im Allgemeinen normal sind, aber die nicht-konstruktiven Frustrationsreaktionen überwiegen, die die wahrscheinliche Barriere darstellen, die bei jungen Menschen eine andere Realität schafft und ihre Reaktionen und Erfahrungen bestimmt - Ressentiments, Misstrauen, Isolation und Aggression. Im Allgemeinen dominiert in beiden Gruppen der ich-schützende Reaktionstyp, gefolgt von den auf Bedürfnisbefriedigung fixierten Reaktionen, und der Einfluss des Hindernisses ist am geringsten.

Der Jugendliche sendet durch sein Verhalten

Botschaften an seine Eltern, manchmal in Form von unangenehmen, aggressiven Angriffen, Wutausbrüchen und

/ oder oppositionelles Verhalten. Eltern müssen auf die Botschaft reagieren, die sich in dem Verhalten verbirgt, nicht auf die Art und Weise, wie es gezeigt wird.

vermittelt. In vielen Fällen ist jugendliche Wut ein Versuch (manchmal bewusst, häufiger unbewusst) zu erklären, dass einige Grundbedürfnisse nicht erfüllt oder ungerechterweise ignoriert wurden.

Junge Menschen sind entrüstet und wütend, wenn sie das Gefühl haben, dass sie nicht angenommen werden:

- **Respekt** - Jugendliche können empört sein, weil sie im Gespräch mit ihren Eltern das Gefühl haben, dass ihre Eltern der Meinung sind, sie verdienen keinen Respekt. Sie werden oft für fähiger gehalten, als ihre Eltern zugeben wollen.
- **Freiraum** - sie brauchen physischen und emotionalen Freiraum für Neugier und Experimente und erwarten, dass ihre Eltern ihn ihnen bieten. Einen Raum, in dem sie das Leben und sich selbst erforschen können, ohne elterlichen Regeln, Richtlinien und auferlegten Bildern zu gehorchen. Sie brauchen Raum, um ihr eigenes Selbstbild zu entwickeln.
- **Anerkennung** - **Wenn** Jugendliche in das Leben von Erwachsenen eintreten, haben sie noch keine Lebenserfahrung. Sie erleben zum ersten Mal, was ihre Eltern schon viele Male erlebt haben. Das macht es für die Eltern schwierig, die Heftigkeit ihrer Reaktionen auf scheinbar alltägliche Situationen zu verstehen. Dieses Missverständnis führt zu Konflikten: Die Eltern erkennen ihre Emotionen nicht als der Situation angemessen an, und die Jugendlichen haben einfach noch nicht gelernt, auf die Schwankungen (Auf und Ab) des Lebens so zu reagieren, wie es die Eltern bereits können. Es ist gut für die Eltern, sich daran zu erinnern, dass der Heranwachsende noch lernt, in einer schwierigen Phase zu leben, und es ist sehr wichtig für ihn zu wissen, dass seine Eltern die Realität und Angemessenheit seiner Erfahrungen anerkennen und akzeptieren.

durch Verletzlichkeit, den Wunsch, sich aufzudrängen und "mitzureden", die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Jugendliche neigen dazu, mit akuter Ablehnung des Geschehens zu reagieren, einer

Schlussfolgerungen

1. Im Allgemeinen überwiegt in beiden Gruppen der ich-schützende Reaktionstyp, gefolgt von den auf Bedürfnisbefriedigung fixierten Reaktionen.
2. In der Gruppe der 12- bis 14-Jährigen zeigen sich Ängstlichkeit, die Tendenz, sich auf starre Handlungsstereotypen zu verlassen, und die Unfähigkeit, die Situation zu beurteilen. Jugendliche fixieren sich auf den Konflikt als Ereignis/Hindernis und versuchen

- Wunsch, die Realität ihren Bedürfnissen unterzuordnen, Streben nach Dominanz und Intoleranz gegenüber dem "fremden Willen"
3. In der Charakteristik der Frustrationsreaktionen bei Jugendlichen (15-17 Jahre) mit einer starken statistischen Signifikanz erwies sich der Faktor "e", der einerseits ein Indikator für Ansprüche und Erwartungen an den anderen ist, um Frustration zu beseitigen, andererseits bedeutet dies Aktivität, die Tendenz zur Delegation von Verantwortung und Führung.
 4. Junge Menschen sind auf ihre innere Welt konzentriert und glauben, dass die Welt so sein sollte, wie sie sie haben wollen. Sie haben nicht genug Erfahrung, um andere Meinungen als ihre eigenen zu beurteilen und zu akzeptieren. Sie versuchen, die Unsicherheit in Bezug auf ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verbergen, indem sie sich auf Schutzmechanismen verlassen.
 5. Die Krise der Pubertät ist dadurch gekennzeichnet, dass der Jugendliche neue Möglichkeiten und Stärken erwirbt, die vorher nicht vorhanden waren oder sich erst entwickeln mussten. Mit dem Übergang zu einer höheren Entwicklungsstufe spürt der junge Mensch, dass er bereits viel mehr Kraft, Unabhängigkeit und Willen hat, um die Probleme zu lösen, die bis vor kurzem von Erwachsenen gelöst wurden.
- [3] **BUSS, A. H.** (1966). Instrumentalität der Aggression, Feedback und Frustration als Determinanten körperlicher Aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, Nr. 3, 1966. S. 153-162.
 - [4] **BUSS, A. H., & PERRY, M.** (1992). Der Aggressionsfragebogen. *Zeitschrift für Persönlichkeits- und Sozialpsychologie*, 63(3), 1992, S. 452-459. DOI: [10.1037/0022-3514.63.3.452](https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452)
 - [5] **KASWAN, J., WASMAN, M., & FREEDMAN, L. Z.** (1960). Aggression und die Picture-Frustration-Studie. *Zeitschrift für Beratungspsychologie*, 24(5), S. 446-452. DOI: [10.1037/h0046233](https://doi.org/10.1037/h0046233)
 - [6] **TOMCHEVA, S.** (2021). Jugendlicher zwischen zwei Ufern. Ein aktueller Fall aus der psychotherapeutischen Praxis. "The Global Psychotherapist", Vol. 1, No.1, pp. 49-52. DOI: [10.52982/ikj142](https://doi.org/10.52982/ikj142)
 - [7] **PESECHKIAN, N.** (2006). *Positive Psychotherapie; Theorie und Praxis einer neuen Methode*. Author House UK. ISBN 978-8120722439.
 - [8] **ROSENZWEIG, S.** (1945). Die Bild-Assoziations-Methode und ihre Anwendung in einer Studie über Reaktionen auf Frustration. *J. Pers.*, Nr. 14, S. 3-23.
 - [9] **ROSENZWEIG, S.** (1978) *The Rosenzweig Picture Frustration (P-F) Study*. St. Louis: Rana House.
 - [10] **WILDE, J.** (2012). Die Beziehung zwischen Frustrationsintoleranz und akademischer Leistung im College. *International Journal of Higher Education* 1(2). 2012. DOI: [10.5430/ijhe.v1n2p1](https://doi.org/10.5430/ijhe.v1n2p1)
 - [11] **АСЕЙКИНА, Л. [AISEIKINA, L.]** (2008) *Организация толерантного педагогического взаимодействия на этапе довузовской подготовке иностранных студентов [Organisation der toleranten pädagogischen Interaktion in der Phase der Universitätsausbildung ausländischer Studenten]*. Орел.
 - [12] **БОНЧЕВА, И. (BONCHEVA, I.)** (2019). *Психология на детското развитие [Psychologie der kindlichen Entwicklung]*. Варна: Славена.
 - [13] **ВЫГОТСКИЙ, Л.С. [VYGOTSKIY, L.]** (1984). *Проблема возраста [Altersproblem]*. Собр.соч. в 6 т. М.Т.4. 244-268 с.
 - [14] **ВЫГОТСКИЙ, Л.С. [VYGOTSKIY, L.]** (1984). *Учение об эмоциях [Lehre über die Gefühle]*. Собр.соч. в 6 т. М. Т.6. 318 с.
 - [15] **МЕЧКОВ, К. [MECHKOV, K.]** (1979). *Българска стандартизация на картинно-фрустрационна проба на Розенцвайг [Bulgarische Normierung einer Bild-Frustrationsprobe von Rosenzweig]*.

Referenzen

- [1] **BARRETT, L. F., MESQUITA, B., OCHSNER, K. N., GROSS, J. J.** (2007). Die Erfahrung von Emotionen. *Annual Review of Psychology*, Nr. 58, 2007. pp. 373-403.
- [2] **BUSS, A. H.** (1961). *Die Psychologie der Aggression*. New York: Wiley. 307 p.

DIE FÄHIGKEIT ZUR AUTHENTISCHEN PRÄSENZ DES THERAPEUTEN ALS METHODE ZUR QUALITÄTSKONTROLLE DER WIRKSAMKEIT DER PSYCHOTHERAPIE



Veronika Iwanowa

Ph.D., klinischer Psychologe,

Zertifizierte positive Psychotherapeutin (Varna, Bulgarien)

Leitender Assistenzprofessor an der Medizinischen Universität von Varna

E-Mail: veronica_ivanovi@abv.bg

Eingegangen am 08.04.2021

Zur Veröffentlichung angenommen

28.06.2021 Veröffentlicht

07.07.2021

Abstrakt

Es gibt Streitigkeiten und eine Vielzahl von Methoden, die behaupten, die Wirksamkeit von Psychotherapie zu messen. Die meisten Studien konzentrieren sich auf die Persönlichkeit und die Fähigkeiten des Therapeuten, weniger auf den Prozess der Psychotherapie und darauf, wie die Beziehungen zwischen dem Therapeuten und dem Klienten diesen Prozess verändern. In dieser Studie stellen wir eine Methode zur Bewertung der Authentizität und des Niveaus der Kommunikation vor, die von der Theorie von Budgatal (Budgendhal) inspiriert ist. Dabei wird die Authentizität des Kontakts mit dem Klienten nach jeder Sitzung untersucht, zusammen mit zwei Faktoren, die mit dem Therapeuten zusammenhängen: Ausdruck und Offenheit (Reflektivität nach Peseschkian). In der Semantik der positiven Psychotherapie handelt es sich dabei um die Fähigkeiten des Therapeuten, die Fähigkeit zur Offenheit, zum emotionalen Ausdruck und so weiter. Die Ergebnisse werden durch die Korrelationsanalyse der authentischen Präsenz- und Kommunikationsskala (Alpha von Cronbach Alfa 0,6) ermittelt, die die Korrelationsbeziehung zwischen den Fähigkeiten des Ausdrucks und der Zugänglichkeit des Therapeuten und dem Grad der Authentizität im therapeutischen Austausch mit dem Klienten darstellt. Die Ergebnisse zeigen, dass es eine statistisch signifikante positive Korrelation (Spearman's Correlation .748 und .511, $p=0,01$) zwischen der Fähigkeit zur Offenheit und einem hohen Maß an Authentizität in der therapeutischen Kommunikation gibt und eine negative Korrelation mit dem emotionalen Ausdruck des Therapeuten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Grad der Authentizität in der therapeutischen Kommunikation von der Fähigkeit zur Offenheit (Offenheit nach Peseschkian) abhängt und das Gegenteil von Expressivität benötigt, nämlich die introvertierte Funktion der Emotion, die in der Lage ist, "den Inhalt der Erfahrungen des anderen zu erfassen, ohne mit übermäßigem Ausdruck ihrer Emotionen Raum einzunehmen.

Schlüsselwörter: Wirksamkeit, authentische Präsenz, positive Psychotherapie

Einführung

Verfolgt man die Entwicklung der Forschungsmethoden in der Psychotherapie, so fallen drei große Dimensionen auf, die das Forschungsinteresse, die Wirksamkeit, die Effizienz und den Forschungsprozess darstellen. Die psychotherapeutische Kommunikation unterscheidet sich qualitativ von der Kommunikation außerhalb des

Therapieraums, aber was in diesem Konzept enthalten ist, ist eine gemeinsame, komplexe Frage. Aufgrund unseres unzureichenden Wissens über die Mechanismen der Psychotherapie, die Beziehung zwischen dem

Der Zusammenhang zwischen den theoretischen Konzepten des Modells und dem tatsächlichen Verhalten des Psychotherapeuten, der eine Psychotherapie durchführt, ist noch nicht geklärt. Studien im Bereich der Psychotherapie zeigen, dass das Profil und die Kenntnisse des Therapeuten für die Wirkung der Psychotherapie ausschlaggebend sind und nicht die Ausbildung des Therapeuten und

die Schule, der er angehört. In diesem Sinne ist es möglich, von der Psychotherapie nicht zu verlangen, dass sie wissenschaftliche Konzepte über ihr Wirken rechtfertigt, wenn der Schwerpunkt auf spekulativen Strukturen liegt, sondern auf dem Prinzip der Tätigkeit, in der unterschiedlichen Umgebung und dem unterschiedlichen Profil des

Patienten. Die Parameter sind optimal objektiviert nach dem Verhalten im Verlauf der Kommunikation der Patienten, da unter den Bedingungen einer bestimmten sozialen Gruppe persönliche Eigenschaften in Form von Phänomenen der zwischenmenschlichen Beziehungen bestehen.

Empirische Studien zur Psychotherapie erfordern zunehmend eine differenzierte Objektivierung von Patienten, der Rolle der Therapeutenpersönlichkeit und der Prozessebenen. Letztere wird als besonders wichtig erkannt, da reine Prä-Messungen, d.h. Untersuchungen von Patientenparametern vor und nach der Behandlung, sowie alle eindimensionalen Untersuchungen von Arzt- und Patientenparametern, nicht ausreichend zuverlässig sind. Ohne Daten über den Psychotherapieprozess bleibt dieser ungenau und die Besonderheiten des Modells können nicht verstanden werden (Beebe, 1998). Aus diesem Grund können die verschiedenen Arten von Psychotherapie, die auf Vormessungen beruhen, ähnliche Ergebnisse liefern (Berríos & Lucca, 2006).

Der Übergang von den vorläufigen Messungen der Wirksamkeit zur Diagnose des psychotherapeutischen Prozesses auf der Ebene der doppelten Qualitätseinheiten - der genauen Spezifikation des psychotherapeutischen Verfahrens, der Untersuchung der einzelnen Interventionen des Psychotherapeuten und der Reaktionen des Patienten darauf - wird als eine große Errungenschaft in der Evaluationsforschung angesehen (Chattor & Krupnick 2001, Del Prette, Zap, & Del Prette 2008, Elliot, Shapiro, Firth-Cozens, Stiles, Hardy, Lewelin et al., 1994). Die Spezifikationen für das Verfahren tragen auch wesentlich zur Zielsetzung des Mechanismus und der komplexen psychotherapeutischen Ansätze bei.

Das Erreichen objektiver psychotherapeutischer Ziele, wie Anpassung und Linderung von Symptomen, kann nur auf Prozesssubjektivität ausgerichtet sein. Die Unfähigkeit des Patienten, eine vollständige Präsenz zu zeigen, ist der offensichtlichste und effektivste Weg, um zu vermeiden, dass seine Subjektivität in die gruppentherapeutische Arbeit importiert wird. Der unerfahrene und ungeschulte Therapeut kann nach Budgental (1990) nicht bemerken, dass der Patient während des Austauschs von Fakten, Inhalten und Symptomen vermieden hat, sich im Therapieprozess als vollständige Person zu präsentieren. (Peseschkian & Remmers, 2020) In dieser Situation riskieren selbst die bedeutsamsten

therapeutischen Interpretationen die abstrakte therapeutische Kommunikation, die intellektuelle Anhäufung einer Menge neuen Wissens, aber ohne Authentizität

und letztlich ohne einen echten therapeutischen Prozess, der fast keinen psychotherapeutischen Nutzen bringt. Daher ist eine Studie der Ebenen der "Präsenz", der Grad der authentischen Kommunikation, wie die Rolle des Therapeuten ist, indem sie Ausdruckskraft und Transparenz, um die Gruppe zu erreichen eine tiefer gehende Ebene der "Präsenz". Die einfache Übermittlung von Informationen ist keine Psychotherapie (Bugental, The Art of Psychotherapy, 1990), mit dem Ergebnis, dass der Patient zwar viel über sich selbst weiß, aber kaum nachhaltige Veränderungen im wichtigsten Bereich seiner Beziehung zu anderen erreicht. Präsenz, Ausdrucksfähigkeit, Authentizität sind unvereinbar mit den psychoanalytischen Prinzipien des Therapeuten als Dolmetscher, Beobachter und Kritiker. Die Wirkung der Psychotherapie hängt sehr stark davon ab, wie präsent der Patient ist.

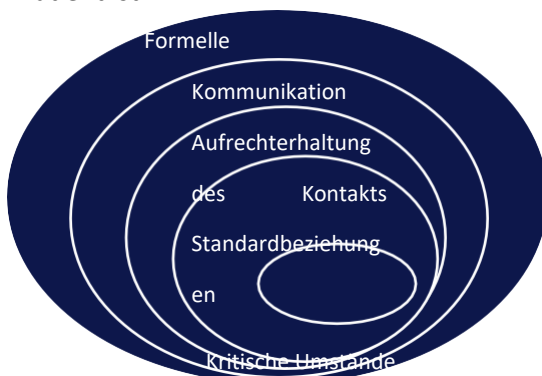


Abb.1 Fünf Grade authentischer Präsenz und Kommunikationsebenen auf dem Budget

1. Formelle Kommunikation
2. Den Kontakt aufrechterhalten
3. Standardbeziehungen
4. Kritische Umstände
5. Intimität

Jedes Item wird auf einer 5-Punkte-Skala bewertet, die Gruppenindikatoren werden mit den Faktoren verglichen:

- Ausdruck des Therapeuten
- Erreichbarkeit des Therapeuten - Fähigkeit, die Kommunikationsebenen zu öffnen oder wie es heißt, eine

Das Budget "Präsenz" steht in Zusammenhang mit den Fähigkeiten der authentischen Zugänglichkeit und des angemessenen Ausdrucks des Therapeuten. Die Haupthypothese der Studie bezieht sich auf die Annahme, dass die Zugänglichkeit und der Ausdruck des Therapeuten mit dem Grad der authentischen Präsenz der Patienten während des Gruppenprozesses verbunden sind (Budjental, 1965).

Die erste Ebene ist die Ebene der formellen Kommunikation. Wenn eine neue Person in die Gruppe kommt, die keine psychotherapeutische Erfahrung hat, neigt sie dazu, Gewohnheiten zu verwenden, die ihrer Kommunikationskultur entsprechen. Solche Verhaltensweisen verwenden wir in der Kommunikation mit Autoritäten. Die formale Kommunikation konzentriert sich auf die objektiven Merkmale von Menschen. Ein wesentliches Merkmal der formalen Kommunikation ist, dass die Zugänglichkeit und der Ausdruck eingeschränkt werden, um die menschliche Beteiligung an der Kommunikation mit dem anderen zu begrenzen und eine Art von Widerstand darzustellen. Der Patient hat alles unter Kontrolle, bis er sich der Sicherheit der Mitte versichert hat. Diese Kontrolle ist auf sein Image ausgerichtet. Infolgedessen sind die Reden eher sachlich, oberflächlich und banal, vor allem unpersönlich. Die Spontaneität ist minimal und praktisch nicht vorhanden (Budjental, 1990).

Die zweite Stufe ist die Stufe der Aufrechterhaltung des Schafes. Einige Patienten können diese Stufe übergehen und direkt zu Stufe 3, den Standardbeziehungen, übergehen, aber andere, vor allem unter stationären Bedingungen, brauchen eine Zwischenstufe. Sie mögen zugewandt*** aussehen, bereit zu teilen, aber oft zurückhaltend. Die Kommunikation erfolgt in Form einer übergeordneten Beteiligung, der Austausch enthält nur Fakten. Auf dieser Ebene der Kommunikation gibt es eine Menge faktischer Informationen, und der Psychotherapeut beobachtet emotionale Reaktionen und signalisiert die Bereitschaft, auf eine tiefere Ebene der Kommunikation überzugehen. Der Therapeut lenkt die Diskussion auf solche Themen, die psychotherapeutische Bedeutung haben (Budjental, 1990).

Die dritte Ebene ist die Ebene eines stehenden Gesprächs, da "Standard" im Sinne von üblich, erwartet verwendet wird. Die psychotherapeutische Kommunikation ist im effektivsten Teil wenig abhängig von den üblichen, gewohnten Bedingungen. Dies ist ein Übergangsmoment zwischen der Pflege des Bildes und den inneren Erfahrungen. Aufrichtige, aber begrenzte Einbeziehung der Persönlichkeit. Eine solche Kommunikation enthält in der Regel keinen Konflikt (Budjental, 1990).

Die vierte Ebene, die als "kritische Umstände" bezeichnet wird, unter denen das Gespräch bedeutsam ist, für den Menschen eine wichtige Bedeutung hat und eine entscheidende Rolle spielt. Ein Gespräch auf dieser Ebene führt zu anhaltenden

Veränderungen in den Gedanken, Gefühlen, Worten und Handlungen eines oder mehrerer der Teilnehmer. Typisch für diese Ebene sind die starken aktuellen Emotionen, nicht so sehr die Erinnerungen daran. Ein Zeichen für tiefgreifenden Input sind die aufrichtigen Beschreibungen der vergangenen und aktuellen inneren Erfahrungen und Themen, die der Patient erlebt. Der Patient ist mehr durch seine inneren Erfahrungen beunruhigt als durch die äußeren Umstände, da sie

auf andere wirken, wird die soziale Erwünschtheit auf Kosten der Aufrichtigkeit reduziert. Die Erfahrungen werden unmittelbarer. Der Patient beginnt, in seinem Erleben mehr adjektivische Namen, Adverbien, zu verwenden, um die Qualität seiner Erlebnisse zu vermitteln. Schreien, Ausrufe, obszöne Worte. Die Körperhaltung wird entspannter und ungeschützt, wobei die Körpersprache den Gefühlen entspricht. Hier haben wir einen starken Ausdruck und eine begrenzte Zugänglichkeit (das heißt, der Mann wird von seinen Erfahrungen verschluckt und ist nicht so zugänglich, um sie zu verstehen).

Die fünfte Ebene ist eine Ebene der Intimität. Das Wort wurde durch seine Bedeutung der sexuellen Nähe geklärt. Bedeutet Intensität und emotionale Nähe, legt nahe, persönliche, geheime Erfahrungen zu teilen. Maximale Zugänglichkeit und Ausdruck, Weinen, Lachen, tiefe Angst, Begeisterung, Leiden an bewusster Einsamkeit und Verzweiflung, aufsteigende Wut. Die subjektive Existenz des Klienten ist energetisch in den Prozess des Inlandsbewusstseins eingebunden. (Budjental, 1990)

Ziel der Studie: Es wird ein positiver und signifikanter Zusammenhang zwischen der Fähigkeit eines Therapeuten zur Offenheit und zum Ausdruck und den beiden hohen Ebenen der Authentizität des therapeutischen Kontakts - "kritische Umstände" und "Intimität" - erwartet und ein niedriger oder negativer Zusammenhang bei den anderen drei Ebenen der Authentizität. Es wird angenommen, dass je offener und ausdrucksstärker der Therapeut ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass der Klient die "intime" Ebene des Austauschs erreicht.

Methodik

Diese Studie beschreibt die Daten von 30 Teilnehmern, allesamt Jugendliche. ($X = 6,16$, $SD = 3,06$). Die folgenden klinischen Methoden wurden angewandt: Beobachtung, Psychotherapiesitzungen mit Jugendlichen mit Methoden der PPT, stationär und ambulant. Die statistischen Methoden umfassen die Datenverarbeitung mit dem Programm SPSS. Für die Datenanalyse wurden deskriptive Statistiken, Korrelationsanalysen, eine Häufigkeitsverteilung der Daten und Zuverlässigkeitsstatistiken verwendet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 19 verarbeitet. Es wurden die Standardmethoden für diese Art der

Datenpräsentation verwendet - deskriptive Statistik, Korrelationsanalyse. Die Forschung umfasst 30 Sitzungen der Psychotherapie. 18 Frauen und 12 Männer.

Tabelle 1

Beschreibung der Stichprobe

	N	Mittlere	Std. Abweichung
Formal	30	1.7000	.70221
Kontakt	30	2.0667	.86834
Standard	30	2.7000	1.26355
Kritisch	30	2.8000	1.15669
Intimes	30	4.2333	.67891
Erreichbarkeit	30	4.0333	.71840
Ausdruckskraft	30	4.3667	.55605

Tabelle 2

Zuverlässigkeitsstat

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha basierend auf standardisierten Items	N der Posten

Korrelationsanalyse

Korrelationen zwischen den therapeutenbezogenen Faktoren (Ausdruck des Therapeuten Zugänglichkeit des Therapeuten) und dem Grad der Authentizität der therapeutischen Kommunikation.

Tabelle 3

Korrelationsanalyse

		Formal	Kontakt	Standard	Kritisch	Intimes
Erreichbarkeit	Spearmanische Korrelation Sig. (2-tailed)	.031	-.436	.271*	.748**	.511**
	N	.871	.016	.147	.000	.004
		30	30	30	30	30
Ausdruckskraft	Spearmanische Korrelation Sig. (2-tailed)	-.271	-.062	-.054	-.312	.283
	N	.746	.763	.757	.093	.129
		30	30	30	30	30

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant (2-tailed).

**.. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-tailed).

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass die Offenheit bzw. die Fähigkeit zur Ehrlichkeit des Therapeuten signifikant positiv mit den beiden wichtigsten Ebenen der Authentizität der therapeutischen Kommunikation korreliert (.748 und .511).

Der Ausdruck des Therapeuten haben niedrige Korrelate mit allen Steinen und niedrig und unbedeutend mit dem höchsten Niveau der Authentizität 5-Intimität.

Das Ziel der Studie wurde in der Korrelationsstudie der Studie nicht vollständig bestätigt. Die erwartete positive Korrelation zwischen der Offenheit des Therapeuten und dem kritischen Niveau der Authentizität des therapeutischen Kontakts und des Kundenaustauschs wird bestätigt. Dies bedeutet, dass die Theorien des distanzierten, passiven und verpackten Psychotherapeuten nicht gerechtfertigt sind, ist es die Offenheit, die die Fähigkeit zur Selbst-Demontage, Zugänglichkeit, Vertrauen zum Kunden ist die Grundlage für die Schaffung eines sicheren und geschützten Raum, in dem das Niveau der Authentizität der therapeutischen Austausch, der sie zu Intimität und intime Momente zu bekommen erlaubt. Interessant ist das Ergebnis der

Zusammenhänge zwischen der emotionalen Ausdrucksfähigkeit des Therapeuten und der berichteten negativen Korrelation mit den meisten Ebenen des Austauschs, außer mit der Intimität, die aber vernachlässigbar ist. Eine Analyse dieses Ergebnisses ist wichtig im Hinblick auf das Gleichgewicht zwischen Offenheit und Ausdruck, der ausdrucksstarke Therapeut nimmt mehr Raum im Beratungszimmer ein,

aber gleichzeitig nicht zu einem niedrigen Grad an Authentizität prädisponiert, sondern auch die Intimität unterstützt. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die fünfte Ebene der Authentizität, wie Bugental sie beschreibt, ein Schließen des Klienten ist, ein Versinken in Erfahrungen, deren Kraft einen ruhigen, offenen, aber nicht so teuren Therapeuten erfordert, der in der Lage ist, die "Angst des Klienten einzudämmen". Wahrscheinlich erfordert die Einfühlung in einen Klienten, dessen Mitteilung intim ist, mehr Konzentration, ruhiges Schweigen und nonverbale Unterstützung, die nicht stark emotional gefärbt ist.

Die negative Korrelation zwischen der Erreichbarkeit des Therapeuten und der Kontaktebene der Kommunikation ist ein nicht erwartetes Ergebnis. In der Praxis ist die Kontaktebene 2 die Ebene, auf der der Klient Worte benutzt, um seine wahren Gefühle zu verbergen, die Ebene, auf der der Klient redet und redet, aber wichtige Dinge nicht gesagt hat. In den ersten Sitzungen reden manche Klienten viel aus Angst oder aus Furcht vor Ablehnung durch den Therapeuten. Wenn die Zugänglichkeit betont wird, wenn der Therapeut aufrichtig und offen ist, wird die Zeit der zweiten Ebene in der Therapie reduziert, die Worte werden weniger, aber authentischer.

In der Positiven Psychotherapie (Peseschkian, & Remmers, 2020) sind die primären Fähigkeiten, auf die sie sich beziehen, sowohl die Offenheit (Offenheit) als auch der Ausdruck von Emotionen, mit der emotionalen Kapazität des Therapeuten verbunden.

Daher ist ihr Zusammenhang mit dem Grad der Authentizität des therapeutischen Kontakts nicht überraschend.

In Jungs Verständnis der Persönlichkeitstypologie (Jung, 2020) ist die extravagante Emotion (Expressivität) mehr nach außen gerichtet, um zu zeigen, zu sagen, sich zu äußern, ähnlich dem Spiel der Schauspieler, während die andere, introvertierte Emotionsfunktion (das Gegenteil von Expression in dieser Studie) diejenige ist, die für die therapeutische Kommunikation notwendig ist, weil sie auf Beziehungen und Prozesse abzielt, um die Emotionen des anderen und ihre friedliche Aufnahme zu verstehen. So würden wir die negativen Korrelationen erklären, die mit dem Faktor "Expression" erhalten werden.

Schlussfolgerungen

Es gibt zahlreiche Forschungsarbeiten, die sich auf die Qualitäten des Therapeuten als authentische Person, seine Kontaktfähigkeit, Vorbereitung und Erfahrung konzentrieren (Ablon & Marci, 2004; Nathan, 2003). Die meisten Forscher sind sich einig, dass die Relevanz der Arbeitsgemeinschaft, einschließlich des Einsatzes des Dialogs und der Schaffung von Bedingungen, die ihn erleichtern, die Grundlage einer guten therapeutischen Praxis ist.

Der Grad der Präsenz hängt von der Zugänglichkeit des Therapeuten ab, der authentisch zugänglich und angemessen ausdrucksstark ist und seine Aufmerksamkeit dem Inhalt und dem Prozess der Psychotherapie widmet. (Budjental, 1990).

Praxisbasierte Evidenz wird als ein "Bottom-up"-Prozess zur Sammlung von Daten beschrieben, der sich auf die Erfahrung der Kliniker stützt, um die Therapie zu informieren. (Dupree, 2007).

Die künftige Richtung der Studie ist es, eine vergleichende Studie über die Rolle der Fähigkeit, die Empathie des Therapeuten, sowie die verschiedenen Fähigkeiten des Inventars der positiven Psychotherapie, mit den Faktoren, die in den Ansatz, die dazu beitragen, die von ihnen, die die Wirksamkeit der Psychotherapie.

Referenzen

- [1] **ABLON, J. S., MARCI, C.** (2004). Psychotherapieprozess: das fehlende Glied: Kommentar zu Westen, Novotny und Thompson- Brenner. *Psychol Bull.* 2004 Jul;130(4):664-68; author reply 677-83. DOI: [10.1037/0033-2909.130.4.604](https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.604). PMID: 15250816.
- [2] **BEEBE, B.** (1998). Eine prozedurale Theorie des therapeutischen Handelns: Kommentar zum Symposium. Interventionen, die Veränderungen in der Psychotherapie bewirken. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 333-340.
- [3] **BERRÍOS, R., & LUCCA, N.** (2006) Qualitative Methodologie in der Beratungsforschung: Aktuelle Beiträge und Herausforderungen für ein neues Jahrhundert. *Journal of Counseling & Development*, 84(2), S. 174-186.
- [4] **BUDJENTAL J.** (1990). Die Kunst der Psychotherapie. W.W. Norton & Co. ISBN 10-0393309118
- [5] **BUDJENTAL, J.** (1965). "Die Suche nach Authentizität" - Analytischer Ansatz in der Psychotherapie. 2nd ed. enl. New York: Irvingston Pubs.
- [6] **BUCKLEY, V. J., NEWMAN, D. W., KELLETT, S., & BEAIL, N.** (2006). Ein naturalistischer Vergleich der Wirksamkeit von trianee und qualifizierten Therapeuten. *Psychologie und Psychotherapie: Theorie, Forschung und Praxis*, 79 (1),137-144.
- [7] **CHARMAN, D.** (2003). Paradigmen in der aktuellen Psychotherapieforschung: eine Kritik und ein Plädoyer für evidenzbasierte psychodynamische Psychotherapieforschung. *Australian Psychologist*, 38 (1), 39-45.
- [8] **CHATTOR, I., & KRUPNICK, J.** (2001). Die Rolle unspezifischer Faktoren für die Behandlungsergebnisse von Psychotherapiestudien. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 (Suppl. 1), S19-S25
- [9] **DEL PRETTE, Z. A. P., & DEL PRETTE, A.** (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (4), 497-505.
- DUPREE, W. J., WHITE, M. B., OLSEN, C. S., & LAFLEUR, C. T.** (2007). Behandlungsmuster bei Untreue: Ein praxisbezogener Evidenzansatz. *Amerikanische Zeitschrift für Familientherapie*, 35(4), 327-341. DOI: [10.1080/01926180600969900](https://doi.org/10.1080/01926180600969900)
- [10] **JUNG, C.** (2020). *Persönlichkeitstypen*. Sofia: Lege artis. ISBN 9789548311.
- [11] **IVANOVA, V.** (2021). Familiendynamik in der Psychotherapie von Jugendlichen mit Anorexie. *"The Global Psychotherapist"*, Vol. 1, No.1, pp. 34-38. DOI: [10.52982/lkj139](https://doi.org/10.52982/lkj139)
- [12] **NATHAN, P. E., STUART, S. P., & DOLAN, S. L.** (2003). Forschung über die Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie: Zwischen Skylla und Charybdis? In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (p. 505-546). American Psychological Association.
- [13] **PESECHKIAN H., REMMERS A.** (2020) *Positive Psychotherapie: An Introduction*. In: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds) *Positive Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie*. Springer, Cham. DOI: [10.1007/978-3-030-33264-8_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2)
- [14] **STILES, W., BARKHAM, M., TWIGG, E., MELLOR-CLARK, J., & COOPER, M.** (2006). Wirksamkeit von kognitiv-behavioralen, personenzentrierten und psychodynamischen Therapien, wie sie im britischen National Health Service praktiziert werden. *Psychologische Medizin*, 36 (4), 555-566.

WAS SAGT UNS UNSER KÖRPER IN DER THERAPIE?



Arno Remmers

Dr. med., Psychotherapeut, Internationaler Ausbilder von PPT
Privatdozentin und Supervisorin an der Wiesbadener
Akademie für Psychotherapie (WIAP) (Wiesbaden,
Deutschland)

E-Mail: arno@arem.de

Eingegangen am 01.04.2021

Zur Veröffentlichung angenommen

28.06.2021 Veröffentlicht

07.07.2021

Abstrakt

Die verbale Interaktion scheint das Hauptinstrument der Behandlung zu sein. In diesem Artikel wird die unbewusste Sprache der Körperinteraktion betrachtet, da sie nicht nur ein wichtiger Übermittler einer emotionalen therapeutischen Atmosphäre zu sein scheint, sondern auch gültig ist, um Konflikthalte und Beziehungsmuster herauszufinden, und hilft, strukturelle Probleme zu bearbeiten. Die Ergebnisse über die frühe Eltern-Kind-Interaktion zeigen wie ein Spiegel die spezifischen Erfordernisse einer erfolgreichen Therapiebeziehung insbesondere bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Die Gegenübertragung basiert vor allem auf dem Bewusstsein für die eigenen Körperreaktionen und Gefühle, die die unbewussten Themen des Klienten spiegeln. Als Therapeut zu schauen, wie der eigene Körper mit bestimmten Impulsen, Gefühlen und Emotionen reagiert, kann helfen, die damit verbundenen psychodynamischen Begriffe von Konflikthalten und strukturellen Bedürfnissen zu entdecken. Die Interpretation der eigenen Körperempfindungen kann sowohl bei der Anwendung positiver und psychodynamischer Therapien als auch bei kognitiven Ansätzen hilfreich sein, um die Körperinteraktion als Instrument zum Verständnis der verborgenen Agenda zu sehen.

Schlüsselwörter: Positive Psychotherapie, Gegenübertragung, Schutzfaktoren, Prävention, Körpersprache

selbst wenn die Mutter ihre Ängste besser unter Kontrolle hatte und

*Wir zittern nicht, weil wir uns vor dem Löwen fürchten,
aber wir zittern, und das ist es, was wir als unsere Angst
empfinden.*

*Mit anderen Worten: Emotionen sind Gefühle für körperliche
Veränderungen".
James, 1884*

haben sogar herausgefunden, dass der pränatale Einfluss des mütterlichen Stresses während der Schwangerschaft zu mehr emotionalen und Verhaltensproblemen des Kindes in der späteren Schulzeit führt (Überblick in Talge et al., 2007). O'Connor et al. (2002) zeigten diesen pränatalen Einfluss

Einführung

Auswirkungen von Körpersprache, Interaktion und Initiative in der frühen Kindheit

Die physischen Interaktionen zwischen Menschen beginnen bereits in der Schwangerschaft zwischen Mutter und Kind und werden durch die Interaktion der Mutter mit ihrer Umwelt beeinflusst: Einige Forscher

Depression nach der Geburt ihres Kindes (Schmid-Hagenmeyer, 2008). Die körpersprachliche Interaktion zwischen Mutter und Kind als Schutzfaktor für die psychische Gesundheit wurde als "die Berührung durch die Mutter in der Interaktion mit dem Baby, die Unterstützungsbereitschaft der Mutter ..., das Lächeln in der Interaktion mit der Mutter, die ausdrucksstarke Sprache während des Säuglingsalters" festgestellt. In Untersuchungen

wurde festgestellt, dass dies auch noch 19 Jahre später im Erwachsenenalter einen starken Einfluss auf die psychische Gesundheit hat, verglichen mit der Interaktion mit der Mutter in der Kindheit des Babys. Frühe aktive Interaktion kann Depressionen vorbeugen, fast unabhängig von genetischen Faktoren. "Je weniger Initiative die Mutter im Kontakt mit dem drei Monate alten Kind zeigte, desto depressiver zeigten sich die Kinder im Alter von 19 Jahren, und

Je älter die Kinder wurden, desto schlimmer wurde es, was zur Diagnose einer Depression oder Dysthymie führte". Diese Kinder zeigten auch mehr Verhaltenssymptome im Alter zwischen 2 und 15 Jahren. Die soziale Unterstützung für die schwangeren Frauen und neuen Mütter spielt eine wichtige Rolle; je mehr Unterstützung sie hatten, desto aufgeschlossener sind sie normalerweise gegenüber ihren Kindern. "Emotionale Unterstützung ist das Angebot von Empathie, Sorge, Zuneigung, Liebe, Vertrauen, Akzeptanz, Intimität, Ermutigung oder Fürsorge. Sie ist die Wärme und Pflege, die von Quellen sozialer Unterstützung bereitgestellt wird. Alle diese Fähigkeiten und Bindungen werden durch die Körpersprache ausgedrückt und sind in Therapiesitzungen ähnlich zu spüren.

Methodik

Körpersprache , *Persönlichkeit* *und* *therapeutische Beziehungen*

Bezogen auf die einzelnen Persönlichkeiten mit ihrem Wahrnehmungsstil und der spezifischen Bewertung der wahrgenommenen Körpersprache sind unterschiedliche Formen der Körpersprache zu finden. Fuchs und Koch (2014) beschreiben es deutlich: "Wir betrachten Emotionen als Ergebnis der zirkulären Interaktion zwischen affektiven Qualitäten oder Affordanzen in der Umwelt und der körperlichen Resonanz des Subjekts, sei es in Form von Empfindungen, Körperhaltungen, Ausdrucksbewegungen oder Bewegungstendenzen. Bewegung und Emotion sind also untrennbar miteinander verbunden: Man wird durch Bewegung bewegt (Wahrnehmung; Eindruck; Affekt) und bewegt sich, um sich zu bewegen (Handlung; Ausdruck; Emotion). Durch seine Resonanz fungiert der Körper als Medium der emotionalen Wahrnehmung: Er färbt oder lädt die Selbsterfahrung und die Umwelt mit affektiven Valenzen auf, während er selbst im Hintergrund des eigenen Bewusstseins bleibt. Dieses Modell wird dann auf das emotionale soziale Verständnis oder die Interaffektivität angewandt, die als eine Verflechtung von zwei Zyklen verkörperter Affektivität betrachtet wird, wodurch die affektiven Affordanzen und die körperliche Resonanz des Partners kontinuierlich verändert werden. Wir schließen mit Überlegungen dazu, wie verkörperte Affektivität in der Psychopathologie verändert wird und in der Psychotherapie des verkörperten Selbst behandelt werden kann...

"Das Besondere an Gefühlen ist, dass sie ... alle Bereiche betreffen: Erleben, Ausdruck, instrumentelles

Verhalten und Physiologie. Gefühle sind der Lackmusest für den Stand der Diskussion um das Leib-Seele-Problem. Die Vererbbarkeit von Gefühlen, von Temperament, sogar von Empathie wird neu zu diskutieren sein, und wir werden ihr wahrscheinlich einen weit größeren Anteil zugestehen müssen, als dies in psychoanalytischen Kreisen üblich war (Zahn-Waxler et al., 1992)."

Die körperliche Grundlage und Vermittlung von

sich weg, um Abstand von Ihnen zu halten, um die

Emotionen befindet sich in einem Prozess zunehmender Aufklärung: "Die Emotionen sind nicht nur erfahrungsmäßige Repräsentationen physiologischer Prozesse, sondern fungieren als Organisatoren und Integratoren für wichtige physiologische Prozesse und insbesondere für unsere immunologischen Abwehrpotentiale. "...Neuropeptide (sind) die wichtigsten molekularen Vermittler für Emotionen (Pert, 1986)... Neuropeptide sind am dichtesten im limbischen System lokalisiert. Diese Region des Gehirns ist für emotionale neurologische Analoga besonders bedeutsam. ...Dieses Neuropeptidnetzwerk (bildet) eine biochemische Grundlage dafür, dass emotionale Stimuli können die Entstehung und Entwicklung oder Rückbildung von biologischen Krankheiten modulieren". "Verdrängung von aggressiven Gefühlen ($p < 0,001$), humorvolle Stimmungen. und aktiver Verteidigungs- oder Bewältigungsstil, erhöhte allgemeine Emotionalität ... korrelieren stark mit Immunkompetenz bzw. Immunversagen.

Hand nach dem Händedruck schnell wieder zurückziehen? Sprachbilder wie: "Da bricht der Boden unter mir weg

Anmeldung

Wie können wir die Körperinteraktion in der Therapie ansprechen?

Als Therapeut kann ich mich sehr wütend oder sogar verächtlich fühlen, aber ich werde es nicht direkt affektiv zurückgeben, sondern eher als "Container", um die Projektionen aufzugreifen, sie zu transformieren und sie in meinen Interventionen in einer heilenden Weise einzusetzen. Wenn das stimmt, dann gilt auch das Umgekehrte: Sie können als Therapeut das Gefühl in sich haben, sehr empathisch und liebevoll auf die Angebote des Patienten zu reagieren und gleichzeitig im affektiven Mikroausdrucksverhalten ganz anders zu handeln. Auch das ist nachweisbar und häufiger, als wir denken." (Krause, 1996). Krause (1996) beschreibt die überragende Bedeutung des Erkennens der Art der Gefühle in der Psychotherapie für den Therapieerfolg, auch als Prognosefaktor innerhalb der ersten Sitzungen. Darüber hinaus wird eine aktive Interaktion mit dem Klienten über die Bewusstheit für die eigenen Gefühle zum Modell für die Klienten, sich ihrer eigenen Gefühle und Impulse bewusst zu werden.

Das Unbewusste manifestiert sich oft zwischen den Zeilen, wird in einem Nebensatz, einer unpassenden Sprechpause, einem Versprecher oder in begleitenden körpersprachlichen Zeichen interpretiert. Während der Patient spricht, können wir seine nonverbale Kommunikation beobachten: Ergreift er Ihre Hand oder kommt er auf Sie zu und fordert Ihren Gruß ein? Streckt er die Hand weit von

Füße" oder "Ich verliere den Halt" enthalten ganz klar die Körpersprache. Die nonverbale Kommunikation ist wegweisend für den unbewussten Prozess, der sich zwischen Ihnen und Ihrem Patienten von der ersten Minute an entfaltet. Der Körper kommuniziert nicht nur durch Mimik und Gestik, sondern auch durch die Durchblutung der Haut (der Patient wird rot oder warm), Körpergeruch (z. B. Angstschweiß, der gerne mit viel Parfüm überdeckt wird), feuchte Hände, Veränderungen der Atmung und Pupillenreaktionen. Selbst wenn Ihre bewusste Beobachtung das eine oder andere Detail der Körpersprache vermissen lässt, werden Ihre unbewussten Wahrnehmungssysteme es implizit erfassen. Insofern gehört auch die Selbstbeobachtung des Therapeuten in ganz besonderer Weise zur Beobachtung. Sammeln Sie nicht nur Daten, sondern fühlen Sie auch in Ihren Patienten hinein: Was lösen die Menschen in Ihnen an Gefühlen, vegetativen Reaktionen, Vorurteilen, Werturteilen, Ängsten, Wünschen, Phantasien, Erinnerungen aus?

Diskussion

Für die Depression wurde der unbewusste Grundkonflikt der Trennungs- und Verlustangst von Gerd Rudolf (Küchenhoff, 2017) so beschrieben, dass später die Angst vor dem Verlust von Bindung und Beziehung ein Grund für depressive Reaktionen wird. Die emotional bedeutsame, aktive und körperlich-interaktive therapeutische Beziehung kann hier eine heilende Qualität haben, d.h. wie wir sind, wie unsere Haltung gegenüber dem Klienten ist von größerer Bedeutung als das, was wir "tun" oder welche Methode wir anwenden. Chebotareva, I. S. (2001) beschrieb die Bedeutung der Emotionalität und Persönlichkeit schwangerer Frauen in der therapeutischen Interaktion und die sich verändernde Dynamik im Prozess der positiven Psychotherapiebehandlung in Kazan, Russland. Im Lehrbuch "Positive Psychotherapie" hingegen ist der Begriff "Emotion" im Stichwortverzeichnis nicht zu finden, ebenso wenig wie Hinweise auf "Gefühl" oder "Affekt". Im Vergleich zwischen der Differenzierungsanalyse und der sehr affektiv betonten Primärtherapie nach A. Janov ordnet Peseschkian den emotionalen Bereich mit der Suche nach Liebe und Anerkennung den primären eigentlichen Fähigkeiten zu. Allerdings behandelt er Emotionen und Affekte in Geschichten, ohne die Emotion selbst zum Thema zu machen; er sieht sie vielmehr als das körperliche Gegenstück zu einem inhaltlich definierbaren Mikrokonflikt, den ein reifer Mensch kognitiv steuern

kann.

Schlussfolgerungen

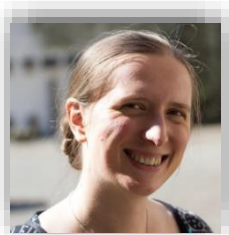
Der Therapieprozess arbeitet unbewusst und später bewusst mit Gefühlen als Körperempfindungen: Fühlen, Spüren, Wahrnehmen, Benennen und Aufschreiben von Gefühlen und Körperfunktionen - das ist der erste Schritt der Beobachtung und Distanzierung in einem positiven Psychotherapieprozess. Um die Gefühle und Körperreaktionen im nächsten Schritt zu differenzieren, können wir sie in die zugrunde liegenden Inhalte von Fähigkeiten, Werten, Konflikthalten und Beziehungsmustern in Bezug auf die Erfahrung und Geschichte des Patienten übersetzen. Die Gefühle zu benennen, die dem Patienten fehlen, die durch Abwehrmechanismen verdeckt sind oder die er nicht fühlen kann, wird zu einer Ermutigung in der Situation des Patienten und seiner Umgebung. Gefühle signalisieren Konflikte - ihre Lösung ist möglich, indem man die Sprache des Körpers als Ausdruck innerer Konflikte versteht, die auch in der Gegenübertragung spürbar werden. Den Patienten zu befähigen, Empfindungen bewusst zu erleben und ihre Inhalte in Beziehungen zu differenzieren, erweitert die Möglichkeiten des Klienten.

Referenzen

- [1] **BOESSMANN, U., REMMERS, A** (2011). *Das Erstinterview: Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung* [Das Erstinterview: Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung]. Deutscher Psychologen Verlag; 1., Auflage. 136 s.
- [2] **CHO, S.M., KIM, E.J., LIM, K.Y., LEE, J.W., SHIN, Y.M.** (2015). Die Auswirkungen mütterlicher Depressionen auf die psychische Gesundheit von Kindern in Abhängigkeit vom Geschlecht des Kindes. *Community Ment Health J.* 2015 Apr;51(3):354-8. DOI: [10.1007/s10597-014-9824-6](https://doi.org/10.1007/s10597-014-9824-6)
- [3] **CROCKENBERG, S., & ACREDOLO, C.** (1983). Bewertungen des kindlichen Temperaments: A function of infants, of mothers, or both? *Infant Behavior & Development*, 6(1), 61-72. DOI: [10.1016/S0163-6383\(83\)80008-3](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(83)80008-3)
- [4] **FUCHS, T. & KOCH, S.** (2014)). Embodied affectivity: On moving and being moved. *Frontiers in Psychology*, 5, Artikel 508. DOI: [10.3389/fpsyg.2014.00508](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00508)
- [5] **KRAUSE, R.** (1996). Hypertensive Dringlichkeitsbedenken. *Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. Band 3, Ausgabe 6, Juni 1996, S. 646-647. DOI: [10.1111/j.1553-2712.1996.tb03477.x](https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03477.x)
- [6] **KÜCHENHOFF, J.** (2017). *Depression*. Psychosozial Verlag. S. ISBN 978-3-8379-2705-4
- [7] **LAUCHT, M.** (2011). Risiko- und Schutzfaktoren in der frühen Kindheit [Risk- and protection factors in the childhood.] *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim GAIMH Jahreshefte*, 146, 2011, S. 17-19.

- [8] **PERT, C. B.** (1986). Die Weisheit der Rezeptoren: Neuropeptide, die Gefühle und der Körper-Geist. *Adv Mind Body Med.* 2002 Fall;18(1):30-5. PMID: 12523304.
- [9] **REMMERS, A** (2019). Vortrag auf der Konferenz über "25 Jahre Positive Psychotherapie in Bulgarien", Varna, Bulgarien, 18.05.2019
- [10] **REMMERS, A. (2021)**. Sein oder nicht sein - Hamlet und die psychotherapeutische Technik: Über therapeutische Allianz, Wachstum und wirksame Therapie. "The Global Psychotherapist", Vol. 1, No.1, S. 39-44. DOI: [10.52982/lkj140](https://doi.org/10.52982/lkj140)
- [11] **SCHMID-HAGENMEYER, B.** (2008). Einfluss der frühen Mutter-Kind-Interaktion auf die Depressivität und Stressreaktivität im jungen Erwachsenenalter unter Berücksichtigung moderierender genetischer Faktoren [Influence of early mother-child interaction on depression and stress reactivity in young adulthood, taking moderating genetic factors into account]. *Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg Medizinische Fakultät Mannheim Dissertation Kurzfassung.* URL: <http://www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/11803> (Zugriff: 30.03.2021)
- [12] **ZAHN-WAXLER, C., RADKE-YARROW, M., WAGNER, E., & CHAPMAN, M.** (1992). Die Entwicklung der Sorge um andere. *Entwicklungspsychologie*, 28(1), 126-136. DOI: [10.1037/0012-1649.28.1.126](https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.1.126)
- [13] **ЧЕБОТАРЕВА, И. С. [CHEBOTAREVA, I. S.]** (2001): Эмоциональность и личность беременных и меняющаяся динамика в процессе позитивного психотерапевтического лечения [Emotionalität und Persönlichkeit der Schwangeren und die sich verändernde Dynamik im Prozess der positiven Psychotherapiebehandlung]. *Psychologische Dissertation Fakultät Medizinische Psychologie und Allgemeine Psychologie, Universität Kasan, Russland.*

HERAUSFORDERUNGEN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN ARBEIT MIT AUTISTISCHEN ERWACHSENEN



Ewa Dobiała

Dr. med., Psychotherapeutin & Supervisorin in der Polnischen Psychiatrievereinigung, Basisausbilderin für PPT, Zentrum für psychische Gesundheit in Leszno, Zentrum für positive Psychotherapie in Leszno, Institutum Investigationis Scovorodianum bei der Autism Team Foundation (Leiterin der psychiatrischen Abteilung, Polen), Prodeste Foundation (Polen)
E-Mail: edobiala@gmail.com



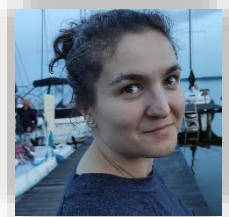
Renata Stefańska-Klar

MA, PhD, Beratungspsychologin, Therapeutin
Staatliche Höhere Berufsschule in Racibórz, Institut für Erziehungswissenschaften, Institutum Investigationis Scovorodianum bei der Autism Team Foundation (Leiter der psychologischen Abteilung, Polen) **E-Mail:** renata.stefanska-klar@wp.pl



Aleksandra Rumińska

MA, Doktorandenschule der Schlesischen Universität in Katowice, Institutum Investigationis Scovorodianum bei der Autism Team Foundation (Kordinatorin der interdisziplinären Forschung, Pädagogische Abteilung, Polen)
E-Mail: aleksandra.ruminska@us.edu.pl



Paulina Gołaska-Ciesielska

MA, PhD, Psychologe, Therapeut
Zentrum für unterstützende Beziehungen in Poznań, Institutum Investigationis Scovorodianum bei der Stiftung Autism Team (Psychotherapeutische Abteilung, Polen)
E-Mail: kontakt@wspieraniereleacji.pl



Maciej Duras

MA, Pädagoge, Therapeut
Zentrum für unterstützende Beziehungen in Poznań
E-Mail: maciej@wspieraniereleacji.pl



Weronika Janiak

MA, Journalistin, Politologin, Aktivistin und Freiwillige der Stiftung FIONA, Aktive Stiftung FURIA in Poznań
E-Mail: wejaniak@gmail.com

Eingegangen am 19.03.2021
Zur Veröffentlichung angenommen
28.06.2021 Veröffentlicht
07.07.2021

Abstrakt

Die Autismus-Spektrum-Störung (ASS) ist ein neurodiverses Entwicklungsmuster, von dem ein bis zwei Personen von 100 Menschen betroffen sind. Autisten erleben in jedem Jahrzehnt ihres Lebens unterschiedliche Herausforderungen. Die Schwierigkeiten in der Sensomotorik, den emotionalen Codes, der Kommunikation und der Kognition sind zwar emotional belastend, bilden aber eine Grundlage für die Entwicklung einer einzigartigen Kultur. Wissen, Verständnis, Respekt und Offenheit für Neurodiversität sind die Grundvoraussetzungen für Transkulturelle und Positive Psychotherapeuten und alle Fachleute, die eine psychologische Therapie für autistische Menschen anbieten wollen. In diesem Beitrag erörtern wir die medizinischen, psychologischen und soziokulturellen Aspekte des autistischen Spektrums und stellen die grundlegenden Ziele der therapeutischen Arbeit mit autistischen Erwachsenen vor.

Stichworte: Erwachsene, Autismus-Spektrum-Störung, Empfehlungen, Positive Psychotherapie

Einführung

Aufgrund ihrer unterschiedlichen Entwicklungsmuster stoßen autistische Menschen bei anderen, einschließlich Psychotherapeuten, häufig auf Unverständnis für ihre besonderen Bedürfnisse. In den aktuellen medizinischen und psychologischen Wissenschaften gibt es keinen "Goldstandard" für therapeutische Interventionen bei autistischen Menschen. Gleichzeitig ändert sich unser Verständnis des autistischen Spektrums und ist sehr schnell veraltet. Während es eine Fülle von therapeutischen Interventionen für autistische Kinder und Jugendliche gibt (Greenspan & Wieder, 2014), gibt es nur wenige Interventionen für autistische Erwachsene, so dass das vorhandene Hilfsangebot nicht ausreicht. Die Zahl der autistischen Erwachsenen weltweit ist schwer zu schätzen. Epidemiologische Studien werden in der Regel an Kindern durchgeführt, und ihre Ergebnisse werden auf die Allgemeinbevölkerung extrapoliert, was nicht ganz legitim zu sein scheint. Eine der wenigen an Erwachsenen durchgeführten Studien (Brugha et al., 2007) ergab, dass die Prävalenz der Autismus-Spektrum-Störung im Vereinigten Königreich bei 1 % liegt. Die klinische Erfahrung deutet darauf hin, dass die Zahl der autistischen Erwachsenen, die ihre Autismusdiagnose sehr spät erhalten, sehr hoch ist, z. B. nach einer langen Suche und zahlreichen Besuchen bei verschiedenen Fachleuten, oder nachdem sie ihre eigene Neurodiversität durch die Diagnose ihrer eigenen Kinder entdeckt haben, nimmt jedes Jahr zu. Dieser Anstieg ist besonders bei Frauen zu beobachten, deren diagnostische Bewertung ein besonderes Wissen und eine besondere

ISSN 2710-1460

Aufmerksamkeit von Fachleuten erfordert, die gerade erst lernen, die subtilen Erscheinungsformen des weiblichen Autismus-Phänotyps effektiv zu erkennen (Rynkiewicz et al., 2019). Wie weiter unten in diesem Beitrag gezeigt wird, ist der Bedarf an psychologischer und therapeutischer Unterstützung bei autistischen Menschen bereits groß.

Sie wird mit der Zunahme dieser Bevölkerungsgruppe noch zunehmen. Wenn Fachleute nicht für die Besonderheiten des Autismus-Spektrums sensibilisiert sind, kann diese Arbeit jedoch ineffektiv und eine Quelle der Frustration für alle Beteiligten sein.

1.1 Allgemeiner Überblick über das Erwachsensein

Das Erwachsenenalter ist die längste Entwicklungsphase im menschlichen Leben, die sich über mehrere Jahrzehnte zwischen Jugend und Alter erstreckt und deren Grenzen durch biologische, demografische, soziale und kulturelle Faktoren bestimmt werden. Dies liegt daran, dass die Lebensspanne selbst sowie die Alterungsrate und die gesetzlichen Normen und Vorschriften für verschiedene altersbezogene Angelegenheiten beeinflussen, wer als mündig gilt, um z. B. eine Ehe zu schließen, wer strafrechtlich haftbar ist oder wer Anspruch auf den Ruhestand hat. Die Entwicklungspsychologie hat zahlreiche Klassifizierungen von Entwicklungsstufen entwickelt, die oft nicht mit den Altersgrenzen des Erwachsenenalters übereinstimmen. So betrachten E. Erikson oder R. Havighurst das Alter von 18 Jahren als Beginn des Erwachsenenalters, das weiter unterteilt wird in: frühes Erwachsenenalter (18-35 Jahre), mittleres Erwachsenenalter (auch Midlife, 35-60 Jahre) und spätes Erwachsenenalter (über 60 Jahre). D. Levinson erweitert das frühe Erwachsenenalter beträchtlich, indem er es zwischen 17 und 45 Jahren ansiedelt, wobei jeder Fünfjahreszeitraum seinen jeweiligen Anfang und sein Ende markiert und als Übergangsphase angesehen wird (Brzezinska et al., 2015).

Zeitgenössische Forschungsdaten weisen auf den zunehmend "verzögerten Beginn des Erwachsenseins" bei modernen jungen Menschen hin, was sich darin zeigt, dass sie länger eine Vollzeitausbildung absolvieren, später eine Vollzeitbeschäftigung aufnehmen und erst nach dem Alter von 30 Jahren eine Familie gründen oder ihr erstes Kind zur Welt bringen (Brzezińska &

Syska, 2016). Daher müssen die von zeitgenössischen Autoren vorgeschlagenen Unterteilungen des Erwachsenenalters diesem Umstand Rechnung tragen, auch wenn nicht klar ist, ob das Hauptproblem eher als "Aufschiebung" des Erwachsenenalters denn als dessen "verzögerter Beginn" bezeichnet werden sollte. So schlägt Bee (2004) vor, dass das frühe Erwachsenenalter im Alter von 20 Jahren beginnt und bis zum Alter von 40 Jahren andauert, das mittlere Erwachsenenalter fällt in die Zeit zwischen 40 und 60 Jahren, worauf das späte Erwachsenenalter folgt. Diese Verschiebung des Eintrittsalters wirkt sich auf die nachfolgenden Altersstufen aus und verwischt deren Grenzen. Im Einklang mit den obigen Ausführungen unterteilen Brzezińska et al. (2015) das menschliche Leben in vier verschiedene Phasen: frühe und späte Kindheit (von der Geburt bis zum Alter von 10-12 Jahren), Jugend (von 10-12 bis zum Alter von 20-25 Jahren) und Erwachsenenalter (von 20-25 Jahren bis zum Lebensende).

Oleś (2015) hingegen postulierte vier Kriterien, die - wenn sie erfüllt sind - bestätigen, dass eine Person ins Erwachsenenalter eingetreten ist. Das erste Kriterium (1) ist die Annahme und Durchführung von Aufgaben des Erwachsenenlebens. Traditionell gehörten dazu die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und die Gründung einer Familie. Heutzutage rechtfertigen jedoch das Ausmaß der sozialen und mentalen Veränderungen in unserer Kultur sowie die veränderten Bedingungen, unter denen diese Lebensaufgaben erfüllt werden, eine Überprüfung der erwachsenenähnlichen Lebensrollen und Aufgaben. Erwachsene sind demnach gegenwärtig Personen, die die Richtung ihres Lebens bestimmt haben, die ihre vorherrschende Tätigkeit (nicht notwendigerweise beruflicher Art) gewählt haben, die ihre Ziele für die nächsten 10-20 Jahre festgelegt haben und die in der Lage sind, aktiv und beharrlich zu versuchen, ihr gewähltes Leben zu leben. Was die Gründung einer Familie betrifft, so wird diese Erwartung heute immer häufiger dadurch ersetzt, dass sie sich bereit und in der Lage sehen, langfristige Beziehungen einzugehen oder an ihrer Entscheidung festzuhalten, allein zu leben. Das zweite Kriterium (2) ist die Fähigkeit, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Das dritte Kriterium (3) die Unabhängigkeit, insbesondere die emotionale Unabhängigkeit, von den Eltern (Betreuern/Beschützern). Dies bedeutet nicht unbedingt, das Elternhaus zu verlassen, was - so Oleś - nicht das Wichtigste ist. Vielmehr geht es um die Fähigkeit, autonome Entscheidungen zu treffen, ohne dass der Entscheidungsprozess von "einem

Erwachsenen" unterstützt oder gebilligt werden muss. Das vierte Kriterium (4) ist die Wahlfreiheit und der damit einhergehende Drang, die eigenen Wünsche und Bestrebungen zu erfüllen. Dies erfordert Mut (um ein unabhängiges Leben zu führen), Ausdauer (um die Rollen im Erwachsenenleben zu bewältigen) und Durchhaltevermögen (angesichts von Nöten und

Hindernisse), sich trotz Schwierigkeiten und Rückschlägen ständig zu bemühen, seine Ziele zu erreichen.

Betrachtet man diese Kriterien, so wird deutlich, dass das Erwachsensein keine Frage des Alters ist. Vielmehr spielen die Faktoren, die mit dem Individuum und dem Grad seiner persönlichen Entwicklung zusammenhängen, sowie kontextuelle Faktoren, die das Feld der Möglichkeiten, der Notwendigkeit und der Akzeptanz des eigenen Handelns schaffen, die entscheidende Rolle.

1.2. Erwachsenwerden auf dem autistischen Spektrum

Bei der Bewertung der psychosozialen Funktion autistischer Erwachsener im Hinblick auf die Ermittlung ihrer Bedürfnisse, um ausreichende Unterstützung zu bieten, muss eine Reihe von Faktoren berücksichtigt werden, die ihr tägliches Leben beeinflussen und die über die typischen Faktoren ihrer aktuellen Lebensphase hinausgehen. Dabei handelt es sich um biologische/medizinische, psychologische und soziale Folgen der Neurodiversität, d. h. des autistischen Entwicklungsmusters, die über die übliche psychopathologische Perspektive hinaus erforscht werden müssen (Stefańska-Klar, 2017a; Stefańska-Klar, 2017b).

1.3 Medizinische Aspekte des Autismus

Das heutige Verständnis des Autismus-Spektrums geht von seiner neurobiologischen Natur aus, die sowohl durch genetische (Sandin et al., 2014; Risch et al., 2014) als auch durch Umweltfaktoren untermauert wird, die sowohl die pränatale als auch die postnatale Gehirnentwicklung beeinflussen. In der bisherigen Forschung konnten keine isolierten kausalen Faktoren ermittelt werden. Daher gilt die Autismus-Spektrum-Störung als eine der heterogensten neuropsychiatrischen Störungen. Zahlreiche Kohortenstudien (z. B. Hviid et al., 2019) haben einen Zusammenhang zwischen Autismus und Impfungen ausgeschlossen, der 1998 vorgeschlagen wurde und seitdem populär geworden ist. Andererseits wurden bei autistischen Personen Variationen in über 700 Genen nachgewiesen. Darunter sind jedoch nur wenige De-novo-Mutationen (Ruzzo et al., 2019). Obwohl die Gene also eindeutig eine Rolle bei Autismus spielen, ist ihre phänotypische Ausprägung bei autistischen Personen nach wie vor sehr variabel (Veenstra-Vanderweele et al., 2004) und wird durch eine Reihe von pränatalen, perinatalen und postnatalen Faktoren beeinflusst (Wang et al., 2017).

Die Besonderheiten der autistischen Kognition, Sensorik und Motorik sowie der Kommunikation stellen

Begleiterkrankungen, einschließlich primärer und sekundärer Störungen, eine medizinische Herausforderung während der gesamten Lebensspanne eines autistischen Erwachsenen dar. Diese weit verbreiteten Komorbiditäten tragen zur

hohe Variabilität der klinischen Präsentationen bei autistischen Erwachsenen.

Jüngste Studien zeigen, dass 50 % der autistischen Personen mindestens vier bestätigte Komorbiditäten haben (psychiatrische, neurologische, endokrine, rheumatologische, gastrointestinale usw.) und dass über 95 % der autistischen Kinder mindestens eine weitere diagnostizierte Erkrankung haben (Baron-Cohen, 2020). In der klinischen Praxis haben 83 % der autistischen Kinder eine weitere neurologische Entwicklungsstörung, 10 % haben mindestens eine psychische Störung (Angststörung, depressive Störung, Essstörung usw.), und 16 % haben eine begleitende neurologische Störung. Schlafprobleme betreffen 50 % bis 73 % der Autisten, wobei die Prävalenz von der angenommenen Definition von Schlaf oder dem in einer Studie verwendeten Bewertungsinstrument abhängt (Hodges et al., 2020).

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen und Störungen nimmt in der autistischen Bevölkerung mit dem Alter deutlich zu, was vermutlich auf Mikrotraumata und Traumata in der Kindheit und Jugend zurückzuführen ist. Ungefähr 50-70 % der autistischen Erwachsenen haben mindestens eine diagnostizierte psychische Erkrankung. Das Risiko, an Depressionen und Schizophrenie zu erkranken, ist bei Autisten dreimal bzw. 22-mal höher als bei der nichtautistischen Bevölkerung. Obwohl das Risiko eines Selbstmordversuchs bei Autisten um das Fünffache höher ist, wurde nur bei 50 % derjenigen, die einen Selbstmordversuch unternehmen, zuvor eine Depression diagnostiziert. Auch die Prävalenz von Autoimmun-, endokrinen oder rheumatologischen Erkrankungen ist bei Autisten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich höher. Eine einzige bevölkerungsbezogene prospektive Studie ergab, dass das Sterberisiko bei Autisten fast doppelt so hoch ist wie in der Allgemeinbevölkerung (Mouridsen et al., 2008).

1.4 Psychologische Schwierigkeiten von autistischen Erwachsenen

Menschen mit autistischen Zügen (ob formell diagnostiziert oder nicht) erleben eine Reihe von psychologischen Schwierigkeiten, die sowohl spezifisch für ihre Erkrankung sind als auch aus einer Reihe von Gründen andere Erwachsene betreffen. Die Entwicklungspsychologie, die klinische Psychologie und die Gesundheitspsychologie stellen Instrumente zur Verfügung, um diese Schwierigkeiten zu gruppieren, was zu verschiedenen Beratungsansätzen führt

(Czabała & Kluczyńska, 2020). Einige dieser Probleme resultieren aus internen und externen Barrieren, die das Fortschreiten durch aufeinanderfolgende Entwicklungsstufen und/oder die Erfüllung der jeweiligen Entwicklungsaufgaben sowie die positive Bewältigung normativer Lebenskrisen behindern. Es kann sich auch um Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung einer optimalen psychischen

Gesundheit und damit verbundenes psychisches Wohlbefinden, das sich aus der Zufriedenheit mit einem Leben ergibt, das man als sinnvoll, fruchtbar und förderlich für die weitere persönliche Entwicklung empfindet.

Die Weltgesundheitsorganisation (2004) definiert psychische Gesundheit als *"einen Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine eigenen Fähigkeiten erkennt, die normalen Belastungen des Lebens bewältigen kann, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und in der Lage ist, einen Beitrag zu seiner Gemeinschaft zu leisten"*. Aus psychologischer Sicht ist psychische Gesundheit daher ein Nebenprodukt der Ausschöpfung des eigenen Potenzials im Hinblick auf die Erfüllung der eigenen Bedürfnisse, die Verwirklichung der eigenen Wünsche, Pläne und Ziele, die Durchführung von Aufgaben, die die eigenen internen und externen Ressourcen mobilisieren, sowie die positive Bewältigung von Stress und schwierigen Lebensereignissen. Daraus folgt die Anerkennung der psychischen Gesundheit als *unabdingbare* Voraussetzung für das Erreichen all dessen, wovon das Wohlbefinden abhängt, d. h. ein gutes und fruchtbares menschliches Funktionieren, eine positive Anpassung an Veränderungen im Leben und die Selbstverwirklichung im Sinne der Verwirklichung der eigenen Ziele.

Die Forschung über das psychologische Funktionieren autistischer Erwachsener stützt die Schlussfolgerung, dass es sich um eine Gruppe handelt, die besonders anfällig für Stress und dessen Folgen sowie für emotionale Krisen unterschiedlicher Ursache ist. Fehlanpassungen in der Umwelt, die mit den situativen Reizen oder den Herausforderungen und Schwierigkeiten des sozialen Lebens zusammenhängen, scheinen ein wichtiger Faktor zu sein (Hirvikoski & Blomqvist, 2015). Die autistische Besonderheit bei der Aufnahme und Verarbeitung sensorischer und semantischer Informationen sowie zwischenmenschliche und soziale Schwierigkeiten (einschließlich kognitiver, emotionaler und praktischer Aspekte) führen dazu, dass viele Situationen, die die meisten neurotypischen Menschen als normal und handhabbar empfinden, für autistische Menschen sehr schwierig zu bewältigen sind. Manche Situationen können sogar an den Rand der psychischen und physischen Sicherheit führen, da sie außergewöhnlich energieaufwendig sind und eine sehr intensive Aktivität in verschiedenen Bereichen erfordern, um die Erwartungen zu erfüllen, das Ziel zu erreichen oder einfach nur bis zum Ende einer Situation zu überleben. Dabei ist zu beachten, dass der betreffende emotionale und energetische Aufwand

erheblich höher ist. Wenn eine solche Erfahrung regelmäßig oder sogar dauerhaft auftritt, lebt man in einem Zustand chronischer Müdigkeit, der zu Phasen der Erschöpfung und sogar zu einem subjektiven Gefühl des "Lebens-Burnout" führt (Stefańska-Klar, 2020). Die eigene Unfähigkeit, mit der Situation fertig zu werden, kann zu atypischen Folgen führen, die von der Umwelt manchmal als schockierend empfunden werden.

Dabei kann es sich um plötzliche affektiv-verhaltensmäßige Ausbrüche (Meltdowns) oder um einen energetischen Zusammenbruch handeln, der sich in einer anhaltenden Unfähigkeit zur Bewegung, einer Loslösung von den Reizen oder sogar in einem tiefen Schlaf äußert, unabhängig davon, wo man sich befindet (Shutdown). Wenn es keine Unterstützung und keinen Zugang zu persönlichen Ressourcen gibt, führt die Erschöpfung zu dem, was als "autistisches Burnout" bezeichnet wird, einem Zustand, der die Gesundheit oder sogar das Leben selbst bedroht. Eine besondere Gruppe von psychologischen Schwierigkeiten, die autistische Menschen erleben, sind diejenigen, die sich aus dem verfrühten (d.h. beschleunigten oder verzögerten) Erreichen späterer Stufen der psychosozialen und Persönlichkeitsentwicklung ergeben. Das System von der Diskrepanz zwischen den intellektuellen Fähigkeiten, der Bereitschaft, bestimmte Entwicklungsaufgaben zu übernehmen, und den sozialen, kommunikativen oder emotionalen Fähigkeiten des Betroffenen. Sie können aber auch darauf zurückzuführen sein, dass man nicht bereit ist, bestimmte Rollen zu übernehmen, obwohl die für die Person wichtigen Personen explizit oder implizit gesellschaftliche Normen und Erwartungen zum Ausdruck bringen (Stefańska-Klar, 2017). Die Gesellschaft kann eine autistische Person "drängen", Rollen und Aufgaben zu übernehmen. Aufgaben die als altersangemessen gelten, Status angemessen sind oder von soziokulturellen Normen erwartet werden. Sie kann aber auch aus Angst, Besorgnis oder Vorurteilen heraus Barrieren errichten, seine/ihre Aktivitäten behindern oder ihn/sie daran hindern, bestimmte Handlungen auszuführen. Die psychologische Folge ist ein Mangel oder Verlust an Autonomie, emotionale Krisen, Depressionen und/oder erlernte Hilflosigkeit. Andererseits kann die Auswirkung des Autismus auch bei einer Person, die ihren persönlichen Lebensplan erfolgreich erfüllt, zu Schwierigkeiten bei der Verwirklichung ihrer Ziele und der Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse führen, wenn es keine Barrieren oder Hindernisse gibt oder sie diese überwindet. Während solche Auswirkungen auf eine Person beschränkt sein können (persönliche Probleme, Persönlichkeitsschwierigkeiten usw.), wirken sie sich häufig auf die näheren und näheren und entfernteren sozialen Umfeld der Person, wie z. B. Beziehungen zu geliebten Menschen, innerhalb des Familiensystems, am Arbeitsplatz, in der Nachbarschaft usw. Autisten, die in einer Beziehung leben, eine Familie gegründet haben

und Kinder haben, sind mit den typischen Problemen von Paaren oder Familien konfrontiert, in denen ein Mitglied der Familie autistisch ist, sei es ein Erwachsener, ein Kind/mehrere Kinder oder beide. Unter diesen Umständen wirken sich die autistischen Merkmale eines oder beider Ehepartner/Partner auf die Themen aus, die typischerweise in der Paarberatung, Familientherapie und psychologischen Unterstützung für Eltern autistischer Kinder behandelt werden, was bei der Arbeit mit dieser Klientengruppe immer berücksichtigt werden sollte. Zum Beispiel können autistische Eltern befürchten, dass sie nicht kompetent genug sind

ihr nicht-autistisches Kind zu erziehen, weil sie sich nicht in der Lage fühlen, das Kind zu verstehen oder angemessen auf seine Bedürfnisse einzugehen.

Eine weitere Gruppe psychologischer Schwierigkeiten steht im Zusammenhang mit dem Selbstbild und der Selbstakzeptanz, dem subjektiven Sinn des Lebens und der wahrgenommenen Lebenszufriedenheit, die die Grundlage des psychologischen Wohlbefindens über die gesamte Lebensspanne bilden. Dazu gehören alle Fragen im Zusammenhang mit dem Bewusstsein für Autismus, dem Verständnis seiner Auswirkungen, der Akzeptanz der Diagnose, der Selbstzufriedenheit sowie einer positiven Einschätzung des eigenen Platzes in der Welt und der Qualität der Beziehungen zu anderen. Wie nicht anders zu erwarten, unterscheiden sich die Bedürfnisse junger Erwachsener von denen der Menschen in der Lebensmitte oder im Alter. Daher ist es wichtig, die Phase des Erwachsenenlebens zu ermitteln, die von den persönlichen und existenziellen Schwierigkeiten einer autistischen Person betroffen ist (Stefańska-Klar, 2017).

1.5 Soziale und kulturelle Dimensionen des Autismus: die Frage der autistischen Selbstidentität

Die autistische Selbstidentität, definiert als kognitive Selbstwahrnehmung eines autistischen Individuums in allen möglichen Beziehungen zu sich selbst und der Außenwelt, kann sich erst entwickeln, wenn Autismus bekannt geworden ist. Der Aufbau einer Selbstidentität erfordert eine Verankerung in der Gesellschaft und der Kultur, gefolgt von einem Konstrukt des Bewusstseins und des Selbstbewusstseins, der Fähigkeit, sich mit anderen zu identifizieren und die eigenen Eigenschaften mit denen der anderen zu vergleichen. A. Giddens (2012) definiert Selbstidentität als *"ein reflexives Projekt des Selbst, das in der Aufrechterhaltung konsistenter, aber kontinuierlich revidierter biografischer Narrative besteht und im Kontext einer Mehrfachauswahl stattfindet, die durch abstrakte Systeme gefiltert wird"*. Die autistische Selbstidentität als kollektive Identität einer sozialen Bewegung, als kognitive Selbstwahrnehmung, die Gruppen von Menschen mit ähnlichen Merkmalen, die als autistische Züge definiert werden, gemeinsam ist und von ihnen geteilt wird, ist eine neue und dynamische Realität, die jedoch tief in der Kultur verwurzelt ist und von der Gesellschaft geschaffen wurde und für sie typisch ist. Sie fügt sich in das Modell der Widerstandsidentität mit projektiven Merkmalen ein, wie es von Bokszanski (2005) definiert wurde, da die sozialen Akteure durch die Logik der Herrschaft an den Rand gedrängt werden, wodurch sie sich marginalisiert fühlen. Sie sind oft von

der vollen Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen, was sie zusätzlich dazu veranlasst, Widerstand zu leisten, der dazu führt, dass sie sich andere Regeln zu eigen machen als der Teil der Gesellschaft, der sie ausgrenzt. Die Aktivitäten zielen auf eine umfassende Veränderung der sozialen Struktur und der ihr zugrunde liegenden Prinzipien ab (Bokszanski, 2005),

als eines der Hauptziele der autistischen Selbsthilfe weisen Merkmale auf, die dem projektiven Identitätsmodell entsprechen: Solche Aktivitäten führen zu einer qualitativen Veränderung des Bewusstseins und des Verständnisses von Autismus. Daher sind sie aus praxeologischer Sicht von Bedeutung. Dies ist vor allem ein Verdienst der Selbsthilfebewegungen, die darauf abzielen, Gruppen und Einzelpersonen zu ermächtigen, ihnen zu helfen, ihre Handlungsfähigkeit wiederzuerlangen, und sicherzustellen, dass die Menschen- und Bürgerrechte gebührend gewährt werden. Im Mittelpunkt der Selbsthilfe stehen daher soziologische Kategorien wie Vertrauen, Handlungsfähigkeit, soziale Identität, Fürsorge, Würde und Respekt, Vertretung, Zusammenarbeit und Subjektivität (Raclaw & Trawkowska, 2017).

Die Geschichte der autistischen Selbstvertretungsbewegungen geht auf das Jahr 1990 zurück, als die erste derartige Identitätsbewegung von Personen mit der Diagnose Autismus, das Autism National Committee (AUTCOM), gegründet wurde, "*... um die Menschenrechte und Bürgerrechte aller Personen mit Autismus und damit verbundenen Kommunikations- und Verhaltensunterschieden zu schützen und zu fördern. Angesichts der sozialen Politik der Abwertung, die in den Praktiken der Segregation, der Medikalisierung und der aversiven Konditionierung zum Ausdruck kommt, behaupten wir, dass alle Individuen gleich geschaffen und mit bestimmten unveräußerlichen Rechten ausgestattet sind, und dass zu diesen Rechten das Leben, die Freiheit und das Streben nach Glück gehören.*

<https://www.autcom.org/about.html>

[Zugriff am: 30.08.2020]).

Eine weitere Organisation dieser Art, das Autism Network International (ANI), ist eine von Autisten geführte Selbsthilfe- und Interessenvertretungsorganisation für autistische Menschen, die 1992 von Jim Sinclair, Kathy Grant und Donna Williams gegründet wurde. Ziel der Organisation ist es, Autisten dabei zu helfen, positive Wege zu finden, mit Autismus zu leben und als Autisten in einer neurotypischen Welt zurechtzukommen, ihnen ein Gefühl der Zugehörigkeit zu einer gemeinsamen autistischen Kultur zu vermitteln und seit 1996 Wissen zu teilen und zu erweitern, das auf Berichten von Autisten aus erster Hand während Autreat Konferenzen

https://www.autreat.com/History_of_ANI.html

[Zugriff am: 30.08.2020]).

Im Jahr 2006 gründeten Ari Ne'eman und Scott Michael Robertson das Autistic Self Advocacy Network (ASAN), eine internationale Organisation, deren Motto lautet: Nichts über uns ohne uns. Sie wurde als Reaktion auf die US-amerikanische Gesetzgebung und die ungenauen Darstellungen von Autisten in den Medien gegründet, die diese als unselbstständig, gefährlich und auf eine intensive Aversionstherapie angewiesen darstellen. ASAN sprach sich gegen Autism Speaks aus - eine Organisation, die behauptet, autistische Menschen und ihre Familien zu unterstützen, und zwar auf der

aufgrund ihrer systematischen, strategischen

[first-language/](#) [Zugriff am: 04.09.2020]). Diese

Missachtung autistischer Menschen, ihres Beitrags zur Stigmatisierung von Autisten und des Ausschlusses autistischer Menschen von der öffentlichen Debatte über Themen, die sie direkt betreffen. Die ASAN initiierte die Kampagne zur Einführung gesetzlicher Änderungen, um zu verhindern, dass das Judge Rotenberg Educational Center den graduierten elektronischen Dezelerator (GED) verwendet, ein elektrisches Stimulationsgerät, das vom Gründer des Zentrums, Matthew Israel, entwickelt wurde. Die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) hat den GED erst im Jahr 2020 verboten, nachdem die Vereinten Nationen das Gerät zweimal als Folter verurteilt hatten. Die GFS wendet jedoch nach wie vor andere aversive Behandlungen bei ihren Schülern und Bewohnern an (<https://www.masslive.com/news/2020/03/after-fda-bans-judge-rotenberg-center-from-using-electric-shock-devices-advocates-seek-public-apology-reparations.html> [Zugriff am: 01.09.2020]).

Definition ist die Quintessenz für die autistische Selbstvertretung. Sie schließt zwar die Koexistenz von Autismus und Behinderung nicht aus, weist aber darauf hin, dass eine solche Koexistenz keine

Die Initiativen an der Basis erscheinen wesentlich für den Diskurs über den Platz autistischer Menschen in der Gesellschaft. autistische Selbsthilfebewegungen und Organisationen des dritten Sektors, die mit und für autistische Menschen und ihre Verbündeten arbeiten, sind daher auch in Polen entstanden. Dazu gehören die autistische Selbsthilfeorganisation "Helle Seite des Spektrums" [polnisch: Jasna Strona Spektrum] und autistische Selbsthilfegruppen rund um den Verein "Mary und Max" [polnisch: Stowarzyszenie Mary i Max]. Außerdem gibt es bei der Autism Team Foundation, einer Organisation für Autisten, ihre Familien, Freunde und Verbündete, den "Conscious Youth Club", eine von Jan Gawroński, einem jungen autistischen Selbstvertreter, ins Leben gerufene Basisinitiative. Alle diese Gruppen bieten Psychoedukation für autistische Menschen, ihre Familien, Lehrer/Erzieher und andere Fachleute. Einige dieser Initiativen zielen zusätzlich darauf ab, positive Veränderungen in der Gesetzgebung und der Infrastruktur zu fördern, um die soziale Behinderung von Autisten zu verringern. Auf der ASAN-Website heißt es: *Autismus (...)* ist keine Krankheit.

Es handelt sich um einen neurologischen, entwicklungsbedingten Zustand, der als Störung angesehen wird und in vielerlei Hinsicht zu Behinderungen führt. Sie ist lebenslang. Sie schadet oder tötet nicht von selbst. Sie ist ein erbaulicher und sinnvoller Bestandteil der Identität eines Menschen und bestimmt die Art und Weise, wie ein Individuum die Welt um sich herum erlebt und versteht. Sie ist allgegenwärtig" (<https://autisticadvocacy.org/about-asan/>)

ISSN 2710-1460

Gemeinplatz. Autismus ist kein funktionelles Defizit oder Mangel, der korrigiert werden kann und sollte. Ein autistisches Individuum, das in einer freundlichen Umgebung aufwächst und sich entwickelt, wird seine Selbstidentität auf der Grundlage seiner persönlichen Ressourcen und derjenigen, die es von seiner Umgebung erhält, aufbauen; daher kann Autismus nicht als "Zusatz" zu einem Individuum angesehen werden. Wie Sabina Pawlik hervorhebt, gewinnen autistische Selbstvertreter, die den Autismus-Diskurs in der Öffentlichkeit mitgestalten, immer mehr Kontrolle über die Kategorien, durch die sie definiert werden, und decken dabei Schattenseiten wie Eugenik, institutionellen Missbrauch und Stigmatisierung auf, die viele autistische Menschen erlebt haben (Pawlik, 2015). Das Bestreben, Normalität auf der Grundlage des Gemeinsamen, Homogenen und Uniformen zu definieren, indem das Andersartige abgelehnt wird, ist in unserer Kultur tief verwurzelt. Was auch immer Beunruhigung, Angst oder Überraschung verursacht, sollte untersucht und erklärt werden (Brauner & Brauner, 1988). Da die Untersuchung durch die Ressourcen und Werkzeuge begrenzt ist, entwickelten ungebildete Gemeinschaften ihre eigenen Volksgeschichten, Mythen und Legenden. Darin wurden entwicklungsgestörte Menschen als "Findelkinder" (polnisch: podrzutki, podciepy, niańduchy, zamienoki, znajdy, vgl. Kojder-Demska, 2020) bezeichnet, d. h. als Kinder, die von Göttinnen, Elfen, guten Menschen oder anderen Gestalten aus der Welt der Magie in ihren Familien ausgesetzt wurden. Diese emische Vorstellung von Behinderung hat immer noch einen großen Einfluss auf die gesellschaftliche Akzeptanz von Behinderung oder Entwicklungsunterschieden. Sie spiegelt sich in zahlreichen Aberglauben wider, zum Beispiel in Bezug auf schwangere Frauen und Säuglinge. Babys tragen immer noch rote Bänder als Schutz vor dem Bösen, und das Motiv des "bösen Blicks" ist in allen Kulturen allgegenwärtig. Manche Menschen glauben immer noch, dass eine Behinderung eine Strafe Gottes für die Sünden der Vorfahren oder das Ergebnis einer minderwertigen Erziehung sein kann.

Die Wahrnehmung von Autismus wurde auch durch die Entwicklung der Sozialwissenschaften beeinflusst, angefangen bei L. Kanner und H. Asperger, deren Arbeit das Konzept und die Diagnosekriterien von Autismus umfasste. Später verursachte Bettelheims psychogene Theorie des Autismus mit ihrem zentralen Konzept der "Kühlschrankmutter" erheblichen irreversiblen Schaden für autistische Menschen und ihre Familien (Rosmalen & Veer, 2020). Leider gilt dies

auch für die von Lovaas entwickelte angewandte Verhaltensanalyse mit aversiven Behandlungen (Kirkham, 2017). Schließlich haben auch zeitgenössische Autoren wie T. Attwood, T. Gałkowski oder S. Baron-Cohen, unbestrittene Experten der Autismusforschung, zur

die derzeitige Wahrnehmung und das Verständnis des autistischen Spektrums.

In dem besprochenen Projekt haben wir uns von Anfang an von dem Motto leiten lassen: *"Die Person steht an erster Stelle"*, mit dem primären Ziel, den Patienten/Klienten, seine Emotionen und Bedürfnisse bei jeder therapeutischen Unterstützung in den Vordergrund zu stellen, unabhängig von seinem kognitiven und sozialen Potenzial, seiner Selbstwahrnehmung, emotionalen Regulierung, Gesundheit oder Unabhängigkeit. Daher ist das humanistische Therapieparadigma, in dem die Wahrnehmung einer Person als Subjekt und nicht als Objekt im Mittelpunkt aller Aktivitäten steht, die auf den Stärken einer Person aufbauen und ihre Schwachstellen schützen, unabhängig von ihrer (Neuro-)Diversität oder Behinderung, zum Kern der hier postulierten Empfehlungen geworden. Dieses Paradigma steht im Einklang mit der sozialen Definition von Behinderung und der Wahrnehmung von Behinderung im Sinne von Normalisierung, Integration und Emanzipation (Krauze, 2010). Die Definition von Autismus als Neurodiversität und nicht als Störung ist ein wichtiger Aspekt der autistischen Selbstidentität und ein Faktor für die Förderung und Aufrechterhaltung einer guten psychischen Gesundheit von Autisten.

Methodik

Diese Empfehlungen wurden im Rahmen des Projekts "Awareness and Relationships. Improving Access to Psychological Therapies for Adults on the Autism Spectrum" (Verbesserung des Zugangs zu psychologischen Therapien für Erwachsene im Autismus-Spektrum) erstellt, das vom Centre for Supporting Relationships als Teil des "Accessibility Generator: Social Innovation Incubator" im Rahmen des operationellen Programms "Knowledge Education Development", Prioritätsachse IV Soziale Innovation und transnationale Zusammenarbeit, Aktion 4.1 Soziale Innovation, kofinanziert von der Europäischen Union im Rahmen des Europäischen Sozialfonds. Ziel war es, eine Reflexion über die Besonderheit der (psycho)therapeutischen Arbeit mit neurodiversen Menschen anzuregen. Das Autorenteam, allesamt Mitglieder des Projektarbeitsteams, repräsentiert verschiedene Bereiche der Wissenschaft und der klinischen Praxis. Wir haben uns entschieden, verschiedene Perspektiven und Verständnisweisen des Autismus-Spektrums im Erwachsenenalter darzustellen. Die beschreibende Sprache dieses Papiers sollte überparadigmatisch sein, daher wurden die Begriffe Patient/Klient austauschbar verwendet, um ein autistisches Individuum zu bezeichnen, das therapeutische Unterstützung sucht, und die

Diskussion über die mit diesen Begriffen verbundenen Bedeutungen hinter sich gelassen. Wir sind der festen Überzeugung, dass unabhängig davon, ob ein Klient oder ein Patient genannt wird, der Mensch und seine Bedürfnisse immer im Mittelpunkt stehen sollten.

im Mittelpunkt der Gestaltung und Erbringung jeglicher Unterstützungsleistungen stehen. Dementsprechend sollte das übergreifende Ziel solcher Dienstleistungen immer die Förderung des optimalen Wohlbefindens sein

- sowohl körperlich als auch geistig - mit der Möglichkeit, ihr volles Potenzial in guten Beziehungen zu ihren wichtigen Bezugspersonen auszuschöpfen. Die Zielgruppe dieses Papiers sind Forscher und Kliniker verschiedener Berufe, die im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgaben mit neurodiversen Erwachsenen zu tun haben oder haben könnten. Wir sind davon überzeugt, dass sich die therapeutische Begegnung mit einem autistischen Menschen von der mit einem neurotypischen Menschen unterscheidet und daher eine gesonderte, eingehende Erörterung erfordert. In Übereinstimmung mit den Projektbeschränkungen wird eine autistische Person hier als autistischer Erwachsener ohne begleitende geistige Behinderung (auch Lernbehinderung genannt) bezeichnet. Die Fragen der psychologischen Therapie mit autistischen Erwachsenen mit begleitender geistiger Behinderung sind relevant und bedeutsam genug, um ein separates Projekt und einen separaten Artikel oder sogar ein Buch zu rechtfertigen. Da wir uns des Bedarfs an solchen Empfehlungen bewusst sind, beabsichtigen wir, sie im Rahmen weiterer sozialer Innovationsprojekte zu entwickeln.

Ergebnisse

Die folgenden Empfehlungen sind die Summe der Schlussfolgerungen der Arbeitsgruppe und der drei Gruppen von Gutachtern:

- drei unabhängige Psychotherapeuten mit Erfahrung in der Arbeit mit autistischen Patienten
- drei unabhängige autistische Personen mit Erfahrung im psychotherapeutischen Prozess
- drei unabhängige Psychotherapeuten, die die von den Autoren entwickelten Empfehlungen innerhalb von drei Monaten in der täglichen psychotherapeutischen Arbeit umsetzen.

3.1 Therapieziele bei autistischen Erwachsenen

Autistische Erwachsene und Kinder, die besonders gefährdet sind und ein einzigartiges psychosoziales Profil aufweisen, können zweifellos von therapeutischer Unterstützung profitieren, die darauf abzielen sollte:

(1) Identifizierung der eigenen physiologischen und emotionalen Zustände und ihre anschließende Selbstregulierung,

- (2) Stärkung des Selbstbewusstseins,
 (3) Verständnis für die eigenen Bedürfnisse und das eigene Wohlbefinden
 und zu lernen, wie man ihnen begegnet und sie fördert,
 (4) Bewältigung sensorischer Überempfindlichkeiten und
 (5) Akzeptanz der eigenen neurodiversen Persönlichkeit. Autisten haben ein hohes Risiko, psychische Probleme zu entwickeln - Depressionen, Angstzustände, starke psychosomatische Reaktionen auf Stress -, die in der Regel sekundär sind zu

werden, da sie von klein auf einem hohen Maß an Stress ausgesetzt sind - in der Ausbildung, in den Beziehungen zu Gleichaltrigen, in Entwicklungskrisen, in der beruflichen Laufbahn und/oder im Familienleben (wenn man sich dafür entscheidet, eine Familie zu gründen). Dies unterstreicht die dringende und lebenswichtige Notwendigkeit, das Bewusstsein und das Verständnis für die einzigartigen kognitiven, emotionalen und sozialen Aspekte des Autismus bei Fachleuten (einschließlich Therapeuten) zu stärken und ihnen beizubringen, wie sie autistische Erwachsene wirksam unterstützen können. Wie auch immer eine solche Bewusstseinsbildung aussehen mag, sie ist in jedem Fall die Mühe wert. Die Studie "Bewusstsein und Beziehungen: Improving Access to Psychological Therapies for Adults on the Autism Spectrum" (Verbesserung des Zugangs zu psychologischen Therapien für Erwachsene auf dem Autismus-Spektrum), das vom Centre for Supporting Relationships als Teil des "Accessibility Generator: Social Innovation Incubator" im Rahmen des Operationellen Programms "Knowledge Bildungsentwicklung", Prioritätsachse IV Soziale Innovation und transnationale Zusammenarbeit, Aktion 4.1 Soziale Innovation, kofinanziert von der Europäischen Union im Rahmen des Europäischen Sozialfonds, war ein Versuch, die Lücke in der Unterstützung für autistische Erwachsene zu schließen. Ziel des Projekts war es, die Aufmerksamkeit besonders auf die psychosoziale Situation autistischer Erwachsener ohne Lernbehinderung zu lenken und eine Debatte und Reflexion über die Qualität der verfügbaren Unterstützung anzuregen. Zu den Ergebnissen des Projekts gehören neben dem vorliegenden Artikel eine Lehrbroschüre mit detaillierten klinischen Empfehlungen für Fachleute, die mit autistischen Erwachsenen arbeiten, sowie ein Lehrvideo, das die Empfehlungen in einer angereicherten, dynamischeren Art und Weise präsentiert (alle Ressourcen werden unter www.wspieraniereleacji.pl verfügbar sein und können direkt bei den Autoren angefordert werden). Unter Nutzung der Möglichkeiten der sozialen Innovationsprojekte wurden die von der Projektarbeitsgruppe entwickelten Ressourcen sowohl von Experten nach Wissen (Psychotherapeuten) als auch von Experten nach Erfahrung (autistische Patienten/Klienten) überprüft. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass die entwickelten Inhalte evidenzbasiert und für die Bedürfnisse der Empfänger, sowohl direkt (Therapeuten) als auch indirekt (autistische Erwachsene), gut geeignet

zwischen September 2020 und Mai 2021.

Die Projektarbeitsgruppe entwickelte eine Reihe von Empfehlungen für Fachleute, die mit autistischen Patienten/Klienten arbeiten (oder dies beabsichtigen). Eine dieser Empfehlungen beinhaltet primäre therapeutische Ziele, die bei der Arbeit berücksichtigt werden können/sollen

mit autistischen Erwachsenen in einer effektiven, respekt- und würdevollen Weise. Diese Ziele können insbesondere umfassen:

- Entwicklung des SELBST, d. h. Verbesserung des eigenen Bewusstseins, Aufbau der Identität, Stärkung des Selbstwertgefühls, Entwicklung der Philosophie der Akzeptanz und/oder Bejahung der eigenen Autismus-Spektrum-Beschwerden bei gleichzeitiger Entwicklung der Akzeptanz (und/oder Bejahung) der Einzigartigkeit anderer Menschen und damit Förderung der positiven Wertschätzung der menschlichen Vielfalt.

Diese vier Elemente (Selbsterkenntnis, kohärente Selbstidentität, gesundes Selbstwertgefühl unabhängig von den eigenen Fähigkeiten und Akzeptanz der Neurodiversität, sowohl der eigenen als auch der anderer Menschen) sind die wichtigsten therapeutischen Ziele bei der Arbeit mit autistischen Menschen jeden Alters - Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

- Verbesserung der Selbstregulierung und der Bewältigungsfähigkeiten, insbesondere in hochemotionalen Situationen oder bei Reizüberflutung;

- Entwicklung der emotionalen Kompetenz und des Bewusstseins (beginnend mit dem Erkennen von Emotionen anhand von Körpersymptomen) und Hinarbeiten auf emotionale Reife;

- Aufbau eines Verständnisses für die eigenen Bedürfnisse, gefolgt von einem Verständnis für die Bedürfnisse und Emotionen der anderen;

- Ermittlung von Entspannungstechniken und -aktivitäten (Massage, Osteopathie, manuelle Therapie, Medikamente, körperliche Betätigung - einzeln oder in der Gruppe) sowie von Selbstregulierungs- und Selbstberuhigungsstrategien (Stimulation, Akupressurmatte, beschwerte Decke usw.);

- Entwicklung der Fähigkeit, ein dynamisches psychoemotionales Gleichgewicht aufrechtzuerhalten und nach kurzfristigen Hochs/Tiefs dorthin zurückzukehren;

- Entwicklung der Motivation und der Kompetenz, Beziehungen aufzubauen, Teil einer größeren Gemeinschaft zu werden und auf verschiedene zugängliche und für beide Seiten vorteilhafte Weise einen positiven Beitrag zu leisten, während man gleichzeitig die Befriedigung aus diesem Beitrag spürt und auf die emotionalen Bedürfnisse der anderen eingeht;

- Auf den Stärken des Einzelnen aufbauen - seine besonderen Interessen und Leidenschaften

erforschen, während man sich von einer schädlichen, negativen Sichtweise autistischer besonderer Interessen/Leidenschaften als Ausdruck einer Störung ("Fixierungen" oder "stereotype Verhaltensweisen") entfernt.

- Unterstützung des Einzelnen bei der Ermittlung seiner Stärken und Talente und bei der Festlegung geeigneter SMART-Ziele.

- ~~Stärkung des Selbstbewusstseins,~~ insbesondere bei Personen, die "therapeutischen Interventionen" ausgesetzt waren, die ihre Bedürfnisse und ihr Recht auf Autonomie missachteten (solche Personen sind Ausnahmepatienten; manchmal kann eine Fachkraft auch auf einen Erwachsenen treffen, der völlig von anderen Erwachsenen - seinen Betreuern - abhängig ist, obwohl er eindeutig das Potenzial und die Fähigkeit zu einem unabhängigeren Leben besitzt).

Wir betonen diese besonderen Ziele, da sie in vielen anderen vorgeschlagenen Interventionen für autistische Menschen vernachlässigt wurden (obwohl sie eine eindeutige Rolle bei der Förderung und Aufrechterhaltung einer optimalen psychischen Gesundheit spielen) zugunsten von Interventionen, die sich darauf konzentrieren, Autismus zu beseitigen oder zu reparieren, was "autistisch kaputt" ist. Unterstützt durch die Überlegungen polnischer und internationaler Forscher und Organisationen ermutigen wir zu einem Perspektivwechsel hin zu einer stärker humanistisch orientierten Sichtweise, die auf dem Respekt vor der Einzigartigkeit eines jeden Menschen beruht.

Zu den Strategien, die dazu beitragen können, die oben beschriebenen Ziele zu erreichen, und die von Fachleuten angewendet werden können, gehören vor allem

(1) eine therapeutische Beziehung, die auf Vertrauen und positiver Wertschätzung beruht,

(2) Schaffung eines Gefühls der Sicherheit durch das Verständnis und die Akzeptanz, die der Therapeut dem Klienten entgegenbringt, seine konsequenten Antworten, seine Haltung und ein stabiles, vorhersehbares Umfeld, das der Klient für wichtig hält.

Für viele Autisten gehört dazu auch das Aussehen des Therapeuten (z. B. Frisur, Haarfarbe, Kleidung usw.), die Gestaltung des Therapieraums (auch wichtig bei Online-Therapie). Jede signifikante Veränderung kann zu Unruhe, Unsicherheit oder Ablenkung führen, so dass es schwierig ist, sich auf das eigentliche Gespräch zu konzentrieren;

(3) Kontinuität und Regelmäßigkeit der Sitzungen (die Häufigkeit der Sitzungen kann geändert werden, solange die regelmäßigen Abstände eingehalten werden), um plötzliche, abrupte Änderungen zu vermeiden.

Die meisten autistischen Patienten bevorzugen häufigere Sitzungen, um laufende Veränderungen an sich selbst, ihrer Umwelt und der Beziehung zwischen sich und der Umwelt zu besprechen, insbesondere wenn diese Diskussionen ihnen im täglichen Leben zu helfen scheinen. Wenn die Therapie

Gesundheitssystem ist oder durch externe Finanzierung bei einem Anbieter des dritten Sektors subventioniert wird, werden finanzielle Zwänge wahrscheinlich die Therapiedauer und die Häufigkeit der Sitzungen bestimmen;

(4) die Aufgeschlossenheit der Therapeuten und ihre Bereitschaft, neue Ideen, Lösungen und Techniken zu erforschen, um die

die Bedürfnisse eines Patienten, dessen Bedürfnisse sich im Laufe der Beziehung weiterentwickeln und der möglicherweise andere Aktivitäten oder Herausforderungen benötigt.

Dies erfordert Flexibilität und Kreativität, aber auch die Fähigkeit der Therapeuten, von ihren Patienten zu lernen, ihre Motivation, sich von ihren Klienten leiten zu lassen und sie zu begleiten und dabei Veränderungen zu fördern;

(5) dem Klienten reichlich Gelegenheit zu geben, die neu erworbenen Fähigkeiten zu erproben und in die Praxis umzusetzen, zunächst im Therapieraum und dann im Leben;

(6) die persönliche Entwicklung als übergeordnetes Prinzip für alles, was im Rahmen der Therapie geschieht, zu betrachten.

Das bedeutet, dass es neben den unmittelbaren oder kurzfristigen Zielen auch einige langfristige Ziele geben sollte, die die Richtung der Veränderung im Verhalten und in der Persönlichkeit der Klienten bestimmen und die allgemeine Richtung für die laufende Arbeit an ihrem eigenen Leben vorgeben. Natürlich bleiben die Klienten die wichtigsten Architekten und Schöpfer ihrer selbst und ihres Lebens. Der Therapeut ist ihr bewusster Begleiter, der manchmal die Rolle eines Führers oder Beraters einnimmt, aber niemals die Entscheidungen für den Einzelnen trifft.

Schlussfolgerungen

Das wachsende Bewusstsein für Neurodiversität in der Gesellschaft macht es notwendig, bei der Arbeit mit autistischen Menschen sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich aufmerksam zu sein und mögliche Herausforderungen zu erkennen.

Die Positive Psychotherapie (PPT nach Peseschkian, seit 1977) ist aufgrund ihres humanistisch-psychodynamischen Charakters und einer tiefgreifenden Reflexion über transkulturelle Dynamiken (Dobiała & Winkler, 2016) einer der vielversprechenden Ansätze in der Psychotherapie für autistische Menschen (Dobiała, 2020). Wir sind uns der Notwendigkeit weiterer Forschung und Veröffentlichungen bewusst, um eine Debatte und Reflexion über die neurodiverse Besonderheit in verschiedenen Aspekten der psychologischen Therapie für autistische Menschen, einschließlich des therapeutischen Bündnisses, zu ermöglichen, Beziehung und Prozess.

Es sollte auch darauf hingewiesen werden, dass ein autistischer Erwachsener kein Zustand ist, der per se eine dringende psychologische oder psychiatrische Intervention erfordert, da Autismus selbst kein

Zustand ist, der behandelt oder behoben werden muss. Allerdings kann eine psychologische Therapie, insbesondere für diejenigen, die in einem Umfeld aufgewachsen sind, das ihre Neurodiversität nicht anerkennt und ihre Autonomie und Unabhängigkeit nicht fördert, eine wichtige und starke Triebkraft für eine Veränderung sein, die als Entwicklung eines guten, gesunden

autistisches Leben. Dieses Papier ist eines der Ergebnisse des Projekts "Awareness and Relationships: Improving Access to Psychological Therapies for Adults on the Autism Spectrum" (Verbesserung des Zugangs zu psychologischen Therapien für Erwachsene im Autismus-Spektrum), das vom Centre for Supporting Relationships als Teil des "Accessibility Generator: Social Innovation Incubator" im Rahmen des operationellen Programms "Knowledge Education Development", Prioritätsachse IV Soziale Innovation und transnationale Zusammenarbeit, Aktion 4.1 Soziale Innovation, kofinanziert von der Europäischen Union im Rahmen des Europäischen Sozialfonds. Als Mitglieder des Projektteams hoffen wir, dass der Inhalt dieser Publikation, der Broschüre und des Lehrvideos, die darauf abzielen, die Wahrnehmung von Autismus zu verändern und die Qualität und Relevanz von Unterstützungsdiensten zu verbessern, um eine umfassende, ganzheitliche Entwicklung von autistischen Menschen zu ermöglichen, zum Nachdenken anregen und ein aktualisiertes und verbessertes Verständnis von Autismus bei Forschern und Praktikern, die mit autistischen Erwachsenen arbeiten, fördern.

Selbstvertretungsnetzwerk. URL:

<https://autisticadvocacy.org/about-asan/identity-first-language/> [Zugriff: 14.03.2021]

- [8] BRUGHA, T., et al. (2007). *Autism spectrum disorders in adults living in households throughout England: report from the Adult Psychiatric Morbidity Survey*, NHS Information Centre for Health and Social Care, Leeds, URL:

Referenzen

- [1] Nachdem die FDA dem Judge Rotenberg Center die Verwendung von Elektroschockgeräten untersagt hat, fordern Anwälte eine öffentliche Entschuldigung und Wiedergutmachung.
MassLifemediasource. URL:
<https://www.masslive.com/news/2020/03/after-fda-bans-judge-rotenberg-center-from-using-electric-shock-devices-advocates-seek-public-apology-reparations.html> [Zugriff: 14.03.2021]
- [2] Offizielle Website des Autismus-Nationalkomitees AutCom.
 URL: <https://www.autcom.org/about.html> [Zugriff: 14.03.2021]
- [3] **BARON-COHEN, S.** (2020). Das Konzept der Neurodiversität spaltet die Autismus-Gemeinschaft.
 URL:
<https://blogs.scientificamerican.com/observations/the-concept-of-neurodiversity-is-dividing-the-autism-community/> [Zugriff: 14.03.2021]
- [4] **BIENE, H.** (2004). *Psychologia rozwoju człowieka [Psychologie der menschlichen Entwicklung]*. Poznań: Zysk i Spółka.
- [5] **BOKSZAŃSKI, Z.** (2005). *Tożsamości zbiorowe [Kollektive Identitäten]*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 40 p.
- [6] **BRAUNER, A., BRAUNER, F.** (1988). *Dziecko zagubione w rzeczywistości. Historia autyzmu od czasów baśni o wróżkach. Fikcja literacka i rzeczywistość kliniczna [Ein in der Wirklichkeit verlorenes Kind. Eine Geschichte des Autismus seit dem Märchen. Literarische Fiktion und klinische Realität]*, 1st ed. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- [7] **BROWN, L.** (2014). Erste Sprache. *Autistisches*

- www.ic.nhs.uk/asdpsychiatricmorbidity07 [Zugriff: 14.03.2021].
- [9] **BRZEZIŃSKA, A.** (2000). *Spółeczna psychologia rozwoju* [Sozialpsychologie der Entwicklung]. Warszawa: Scholar Scientific Publishing House.
- [10] **BRZEZIŃSKA, A. I., APPELT, K., ZIÓŁKOWSKA, B.** (2015). *Psychologia rozwoju człowieka* [Psychologie der menschlichen Entwicklung]. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
- [11] **BRZEZIŃSKA, A., SYSKA, W.** (2016). *Ścieżki wkraczania w dorosłość* [Wege zum Erwachsensein]. Poznań: Adam Mickiewicz University Publishing House.
- [12] **BUDZIŃSKA, A.** (2020). *Skuteczna terapia dziecka z autyzmem* [Wirksame Therapie für ein Kind mit Autismus]. Sopot: GWP.
- [13] **CZABAŁA, CZ., KLUCZYŃSKA, S.** (2020). *Poradnictwo psychologiczne* [Psychologische Beratung]. Warszawa: PWN.
- [14] **DOBIAŁA, E.** (2020). *Positive Gruppenpsychotherapie*, in: Messias, E., Peseschkian, H. & Cagande, C. (eds.), *Positive Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie: Klinische Anwendungen*. DOI: [10.1007/978-3-030-33264-8_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2)
- [15] **DOBIAŁA, E., WINKLER, P.** (2016). Positive Psychotherapie nach Seligman und Positive Psychotherapie nach Peseschkian: Ein Vergleich. *The International Journal of Psychotherapy*, 20(3):5-13.
- [16] **GIDDENS, A.** (2012). *Nowoczesność i tożsamość. "Ja" i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności* [Modernität und Identität. "Ich" und Gesellschaft in der Spätmoderne]. Übersetzt von: A. Szulżycka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 16 p.
- [17] **GREENSPAN, S., WIDER, S.** (2014). *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relację, komunikować się i myśleć* [Erreiche ein Kind mit Autismus. Wie man Kindern hilft, in Beziehung zu treten, zu kommunizieren und zu denken]. Kraków: Jagiellonian University Publishing House.
- [18] **HIRVIKOSKI, M., BLOMQUIST, M.** (2015). High self-perceived stress and poor coping in intellectually able adults with autism spectrum disorder, *Autism*, 19(6):752-757
- [19] **HODGES, H., FEALCO, C., SOARES, N.** (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation, *Translational paediatrics*, 9(1): 55-65
- [20] **HVIID, A., HANSEN, J.V., FRISCH, M., et al.** (2019). Measles, mumps, rubella vaccination and autism a nationwide cohort study, *Annals of Internal Medicine*, 170: 513-520
- [21] **KIRKHAM, P.** (2017). Die Grenze zwischen Intervention und Missbrauch - Autismus und angewandte Verhaltensanalyse, *Geschichte der Humanwissenschaften*, 30(2): 107-126.
- [22] **KOJDER-DEMSKA, K.** (2020). *Bohynie, dziwożony, mamuny, czyli skąd się biorą niepełnosprawne dzieci* [Bohynie, Koblode, Mütter, oder woher die behinderten Kinder kommen]. URL: https://www.academia.edu/35760453/Kaja_Kojder_Demska_Bohynie_dziwo%20zony_mamuny_czyli_sk%C4%85d_si%C4%99_bior%C4%85_niepe%C5%82nosprawne_dzieci, S. 4 [Zugriff: 14.03.2021]
- [23] **KRAUZE, A.** (2010). Niepełnosprawność - Inny w paradygmacie humanistycznym [Behinderung - Anders im humanistischen Paradigma], *Niepełnosprawność*, 4: 118.
- [24] **MOURIDSEN, S., BRONNUM-HANSEN, H., ISAGER, T.** (2008). Mortalität und Todesursachen bei Autismus-Spektrum-Störungen: ein Update, *Autism*, 12(4):403-414, DOI: [10.1177/1362361308091653](https://doi.org/10.1177/1362361308091653)
- [25] **OLEŚ, P.** (2015). *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość, zmiana, integracja* [Erwachsenenpsychologie. Kontinuität, Wandel, Integration]. Warszawa: PWN.
- [26] **PAWLIK, S.** (2015). *Ruch autystycznych samorzeczników - źródła, historia, współczesność, polskie doświadczenia* [Die Bewegung der autistischen Selbstvertreter - Quellen, Geschichte, Zeitgeschichte, polnische Erfahrungen]. in: Siemionow J., Śpica, P., *Historyczne i współczesne konteksty badań nad edukacją. Studia teoretyczne i analizy empiryczne z okazji jubileuszu sześćdziesięciolecia pedagogiki gdańskiej (1958- 2018)*. Toruń: Adam Marszałek Publishing House. 612 p.
- [27] **RACŁAW, M., TRAWKOWSKA, D.** (2017). Pytania o rzecznictwo wobec niepełnosprawnych i problemu niepełnosprawności - koncepcje i działania w perspektywie interdyscyplinarnej [Fragen zum Einsatz für Menschen mit Behinderung und zum Problem der Behinderung - Konzepte und Aktivitäten in interdisziplinärer Perspektive]. *Central European Journal of Social Sciences and Humanities*, 60: 13-32.
- [28] **RISCH, N., HOFFMANN, T.J., ANDERSON, M., et al.** (2014). Familiäres Wiederauftreten von Autismus-Spektrum-Störungen: Evaluating genetic and environmental contributions. *American Journal of Psychiatry*, 171:1206-1213
- [29] **RUZZO, E.K., PEREZ-CANO, J.Y., JUNG, J.Y., et al.** (2019). Inherited and de novo genetic risk for autism impacts shared networks. *Cell*, 178: 850-866.
- [30] **RYNKIEWICZ, A., JANAS-KOZIK, M., SŁOPIEŃ, A.** (2019). Mädchen und Frauen mit Autismus, *Psychiatria Polska*, 53(4): 737-752. DOI: [10.12740/PP/OnlineFirst/95098](https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/95098).
- [31] **SANDIN, S., LICHTENSTEIN, P., KUJA-HALKOLA, R., et al.** (2014). The familial risk of autism, 2014, *JAMA*, 311:1770-1777.
- [32] **SINCLAR, J.** (2005). Autism Network International: die Entwicklung einer Gemeinschaft und ihrer Kultur. *Autismus-Netzwerk International*. URL: https://www.autreat.com/History_of_ANI.html [Zugriff am: 30.08.2020]
- [33] **STEFAŃSKA-KLAR, R.** (2017). Autystyczny wzorzec funkcjonowania w kontekście zasobów osobistych. Badania eksploracyjne dorosłych w nieklinicznej próbie, in: Tagungsband [Autistische Funktionsmuster im Kontext der persönlichen Ressourcen. Explorative Studien an Erwachsenen in einer nicht-klinischen Studie, in: Tagungsband]: *Quaere 2017 Interdisciplinary Scientific Conference for PhD students and assistants*, Magnanimitas Association, Hradec Králové, S. 689-698.
- [34] **STEFAŃSKA-KLAR, R.** (2017). Das Vorhandensein eines autistischen Funktionsmusters in einer typischen Population. Are There Relationships With Gender And Age As Well As Happiness And Life Satisfaction? in: *Conference Proceedings: Sapere Aude 2017. Scope of Pedagogy and Psychology*, Magnanimitas Association, European Academics, Hradec Kralove, S. 289- 299.

- [35] **STEFAŃSKA-KLAR, R.** (im Druck). *Poradnictwo psychologiczne dla dorosłych ze spektrum autyzmu. Zarys problematyki* [Psychologische Beratung für Erwachsene auf dem Autismus-Spektrum. Skizze der Problematik] (in Druck).
- [36] **VAN ROSMALEN, L., VAN DER VEER, R., VAN DER HORST, F.C.P.** (2020). Die Natur der Liebe: Harlow, Bowlby und Bettelheim über liebelose Mütter, *History of Psychiatry*, 31(2):227-231. DOI: [10.1177/0957154X19898997](https://doi.org/10.1177/0957154X19898997).
- [37] **VEENSTRA-VANDEWEELE, J., CHRISTIAN, S.L., COOK, E.H. Jr** (2004). Autismus als eine paradigmatische komplexe genetische Störung, *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 5:379-405. DOI: [10.1146/annurev.genom.5.061903.180050](https://doi.org/10.1146/annurev.genom.5.061903.180050).
- [38] **WANG, C., LIU, W., ZHANG, G.** (2017). Pränatale, perinatale und postnatale Faktoren im Zusammenhang mit Autismus: A meta-analysis. *Medicine*, 96(18): 1-7.
- [39] **Weltgesundheitsorganisation** (2004). *Förderung der psychischen Gesundheit: Konzepte, neue Erkenntnisse, Praxis* (Kurzbericht), Weltgesundheitsorganisation, Genf.

Danksagung

Die Autoren bedanken sich bei Karolina Kalisz für die Unterstützung bei der Übersetzung des Manuskripts.

Beiträge der Autoren

Ewa Dobiała - Koordinatorin der Arbeit an einem wissenschaftlichen Artikel, Mitglied des Projektarbeitsteams, Autorin des Abstracts, des Unterabschnitts Nr. 1.2., Mitautorin der Unterabschnitte Nr. 2, 3 und 4, zusätzlich inhaltliche Korrektur und Konsolidierung einzelner Textfragmente.

Renata Stefańska-Klar - Mitglied des Arbeitsteams, Autorin der Unterkapitel: 1.1, 1.12, 1. Mitverfasserin des Unterkapitels Nr. 3, zusätzlich eine inhaltliche Korrektur und Konsolidierung einzelner Textfragmente.

Aleksandra Rumińska - Mitglied des Arbeitsteams, Autorin des Unterabschnitts 1.4, Mitautorin des Unterabschnitts Nr. 3, zusätzlich inhaltliche Korrektur des Textes;

Paulina Gołaska-Ciesielska - Projektleiterin, Autorin des Abschnitts 1. und 2. , Mitverfasserin der Unterabschnitte Nr. 3 und 4, zusätzlich einer inhaltlichen Korrektur und Konsolidierung einzelner Textfragmente.

Maciej Duras - Mitglied des Arbeitsteams des Projekts, Korrektur des Textes.

Weronika Janiak - Mitglied des Arbeitsteams des Projekts, Korrektur des Textes.

Konkurrierende Interessen

Dieser Artikel wurde im Rahmen des Projekts "Awareness and Relationships. Improving Access to Psychological Therapies for Adults on the Autism Spectrum" (Verbesserung des Zugangs zu psychologischen Therapien für Erwachsene im Autismus-Spektrum) verfasst, das vom Centre for Supporting Relationships im Rahmen des "Accessibility Generator: Social Innovation Incubator" im Rahmen des operationellen Programms "Knowledge Education Development", Prioritätsachse IV Soziale Innovation und transnationale Zusammenarbeit, Aktion 4.1 Soziale Innovation, kofinanziert von der Europäischen Union im Rahmen des Europäischen Sozialfonds.

ГРУППОВЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ

THERAPEUTISCHE GRUPPE IN PSYCHIATRISCHEN KRANKENHÄUSERN UND DIE EINSTELLUNG ZUM PATIENTEN



Владимир Перебейносов

Wladimir Perebeynosow

Klinischer Psychologe, Basisberater von PPT

Psychologe in privater Praxis (Blagoweschtschensk, Russland)

E-Mail: vladimir.amursu@gmail.com

Eingegangen am 19.04.2021

Zur Veröffentlichung angenommen

28.06.2021 Veröffentlicht

07.07.2021

Аннотация

Ирвин Ялом называл психотерапевтические группы "социальным микрокосмом" (Ялом, 2007). Группы психологической поддержки и закрытые психотерапевтические группы особенно важны для пациентов психиатрических учреждений. В статье обосновывается ценность групповой работы в психиатрических учреждениях; описываются основные формы группового взаимодействия; разбираются особенности взаимодействия с пациентами в российских психиатрических стационарах. Предлагаемая концепция помощи и работы с пациентами основана на идеях Позитивной и Транскультуральной Психотерапии Носсрата Пезешкиана. Цель этой статьи: актуализировать для специалистов помогающих профессий важность групповых форм работы с пациентами.

Ключевые слова: групповая психотерапия, медицинская психология, психиатрия, социализация, Позитивная Психотерапия

Abstrakt

Irwin Yalom nannte Psychotherapiegruppen einen "sozialen Mikrokosmos" (Yalom, 2007). Psychologische Selbsthilfegruppen und geschlossene Psychotherapiegruppen sind für Patienten in psychiatrischen Einrichtungen besonders wichtig. Der Artikel begründet den Wert der Gruppenarbeit in psychiatrischen Einrichtungen, beschreibt die wichtigsten Formen der Gruppeninteraktion und analysiert die Merkmale der Interaktion mit Patienten in russischen psychiatrischen Krankenhäusern. Das vorgeschlagene Konzept der Patientenbetreuung und -arbeit basiert auf den Ideen der positiven und transkulturellen Psychotherapie von Nossrat Peseschkian. Ziel dieses Artikels ist es, die Bedeutung von Gruppenformen in der Arbeit mit Patienten für Fachleute aus helfenden Berufen zu aktualisieren.

Stichworte: Gruppenpsychotherapie, Medizinische Psychologie, Psychiatrie, Sozialisation, Positive Psychotherapie.

Вступление

Актуальность данной темы обусловлена растущим интересом общества к психологическим формам работы с пациентами психиатрических учреждений.

Психоневрологические стационары повышают количество рабочих мест для медицинских психологов, а также, увеличивается количество специалистов, проходящих обучение в психотерапевтических методах. На момент написания статьи, в условиях пандемии, в большинстве медицинских учреждений запрещены посещения пациентов; что оставляет людей в ещё большей изоляции без непосредственной поддержки близких людей. Исходя из этого, повышается важность групповой работы с пациентами.

К сожалению, многим медицинским психологам приходится сталкиваться с отсутствием вовлеченности врачей-психиатров, заведующих отделений, среднего и младшего медицинского персонала к глубокому сотрудничеству. По мнению автора, это связано с отсутствием заинтересованности и понимания ценности внутреннего мира пациентов. Зачастую, процесс лечения сводится лишь к купированию имеющейся симптоматики; а отношение к пациентам, местами, антитерапевтично.

Методология

Написание данной статьи основывается на опыте работы в психиатрическом учреждении и изучении опыта европейских стран. В статье "Реформирование психиатрической службы. Опыт США и Европы" (Цыганок, 2007) обозревается и анализируется опыт психиатрического движения в странах Европы и США. В статье было проведено подробное изучение предписаний ВОЗ, касающихся психиатрической помощи.

Анализ теоретического и исторического материала до и после реформ, введенных французским врачом Филиппом Пинелем, позволяет проследить важность гуманного и гибкого подхода к лечению пациентов.

Анализ и теоретическая разработка эффективного способа помощи пациентам внутри стационаров были основаны на наблюдении,

собственном опыте работы в психоневрологическом стационаре и взаимодействии со специалистами различного профиля. Большое внимание уделялось идеям Позитивной и Транскультуральной Психотерапии. Труды Ирвина Ялома и его художественное описание процесса психотерапевтической работы, также, внесли большой вклад в написание данной статьи.

Результаты

С точки зрения современных представлений о гуманности и лечении, изначальная цель функционирования психиатрических больниц была неверно поставлена. Первые психиатрические "лечебницы" ставили перед собой стремление "изолировать" пациента; а не "вылечить" или "помочь". Как мы помним, Филипп Пинель, французский психиатр больницы Сальпетриер, в 1795 г. принимает решения снять цепи и оковы с душевнобольных, что уже приводило некоторых пациентов к выздоровлению. Мы не можем констатировать, что к пациентам современных психиатрических больниц проявляют открытое насилие. Однако его пассивные формы, мешающие выздоровлению, в виде стигматизации, ограничении прав и свобод, изоляции, грубости в российской психиатрической практике встречаются повсеместно.

Высокие нагрузки на медицинский персонал, жёсткие протоколы, нехватка кадров усугубляют незаинтересованность медицинского персонала к внутреннему миру пациентов.

Как следствие незаинтересованности, появляется привычка "клеймить". То есть пытаться подогнать состояние человека под определённые рамки, четко и понятно описывающие происходящее с ним. В какой-то мере это помогает врачам и учреждению, поскольку упрощает документацию и фармакотерапию. Однако, не приносит пользы самим пациентам. У врачей встречаются диагнозы, основанные на быстрой диагностике, - что особенно часто наблюдается на врачебных комиссиях (т.н. гипердиагностика). У психологов - это попытка "вставить" человека в определенные шаблоны, якобы описывающие то, как устроен внутренний мир того или иного пациента, например: "истеричный", "эпилептоид", "шизоид", "демонстративный", "нарциссичный" и т.д. Однако, использование данных понятий, с точки зрения

пользы для пациента, практически не имеет смысла без вовлеченности во внутренний мир и интереса к индивидуальности каждой отдельной личности.

По вышеперечисленным причинам, пациенты и их родственники, за последние годы, повышают внимание именно к негосударственным учреждениям психиатрической помощи. По статистике частной психиатрической клиники "Клиника Роса", темп роста обращаемости пациентов с психическими расстройствами в негосударственную психиатрическую службу г. Москвы ежегодно возрастает, увеличиваясь за последние 7 лет в среднем на 20% в год (на 24%, 81%, 28%, 4%, 7%, 20%, соответственно) (Филашихин и Аведисова, 2010).

Неоспоримой является важность повышения уровня образования среди врачей, а также младшего и среднего медицинского персонала. В особенности это касается изучения психологических аспектов психических больных. По мнению автора, очень важна организация помощи медицинскому персоналу в понимании собственного стиля взаимодействия с пациентами; возможности получения своевременной психологической помощи и профилактики эмоционального выгорания.

3.1 Подходы к оказанию психиатрической помощи

Подходы к оказанию психиатрической помощи в разных странах Европы различаются, однако не слишком критично. Все европейские государства следуют предписаниям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Соответственно, можно проследить общие направления развития (Колпакова и Тарасова, 2019).

1. *Деинституционализация.* Подразумевает закрытие государственных психиатрических больниц или уменьшение их стационарных отделений, путем сокращения количества койко-мест и финансирования. Такой подход позволяет частному сектору и неправительственным организациям (НПО) создавать учреждения интернатного типа, где лечение проходит в более домашней обстановке и атмосфере.

2. *Децентрализация оказания психиатрической помощи.* Означает перевод стационарных отделений для душевнобольных из специализированных больниц в общегородские. Эта политика, прежде всего, направлена на включение.

психиатрии в общую систему здравоохранения, интеграцию психического здоровья с первичной медицинской помощью, развитие учреждений интернатного типа.

3. *Рост заботы со стороны сообщества (Gemeinschaftspflege).* Этот подход призывает делегировать часть полномочий по оказанию помощи на социальные группы и организации, находящиеся в зоне проживания душевнобольного. К ним могут относиться сообщества пациентов или их родственников, а также НПО.

4. *Увеличение внимания к немедикаментозной терапии.* Психотерапией стали заниматься не только врачи-психиатры, но и другие специалисты. В том числе, немедицинского профиля.

5. *Проведение законодательных реформ для обеспечения гражданских прав пациентов.* То есть формирование правовой основы политики в области психического здоровья. В частности, в задачи входят: регулирование принудительной госпитализации, предоставление адекватных условий лечения, борьба за свободные от дискриминации рабочие места и образование, развитие социальной поддержки, обеспечение права на неприкосновенность частной и семейной жизни.

6. *Дестигматизация.* Психические больные подвергаются сильной стигматизации, что приводит к потере социального статуса, дискриминации, безработице, изоляции, сокращению жизненных возможностей. Для уменьшения негативных последствий, в рамках работы по развитию заботы со стороны сообществ, создаются программы и стратегии по снижению стигмы и изменению стереотипов, ассоциирующихся с психиатрией.

7. *Ориентация на повышение качества жизни пациентов.* Со временем этот принцип стал важной концепцией современной модели медицинской помощи. На первый план, вышли психологическое и физическое благополучие и социальное участие, а не просто уменьшение симптомов или выживание.

8. *Вовлечение членов семьи и близких людей в процесс лечения пациентов.* Важно, что вместе с вовлечением, рядом идет осознание бремени, которое ложится на плечи заботящихся родственников. Им, также, стараются обеспечить поддержку.

В российской практике стремятся следовать Европейскому видению и предписаниям ВОЗ.

Однако данные предписания, зачастую, являются формальными. Изменения, которые внедряются в действующие системы, проходят без должного обучения специалистов. Помимо этого, существует проблема отдаленных регионов, которые тоже должны попадать под влияние изменений, но зачастую, остаются без должного внимания.

"Закон, прежде всего, заботится об уменьшении негативных последствий для государства - имеется в виду сокращение случаев инвалидности и нетрудоспособности, преступности, непригодности к военной службе и т.п." (Колпакова и Тарасова, 2019) Права пациентов, в основном, учитываются в нормативных документах о стационарном лечении, а вот что же происходит с людьми за пределами и внутри больницы - зачастую противоречит изначальным целям созданных предписаний.

3.2 Ценность групповой работы с пациентами в психиатрических стационарах

Анализируя собственный опыт работы в психоневрологическом стационаре, в данной статье была выведена схема наиболее эффективного взаимодействия членов терапевтического процесса для помощи пациентам. Данная схема основывается на единстве специалистов помогающих профессий между собой, с больным и с его близким окружением.

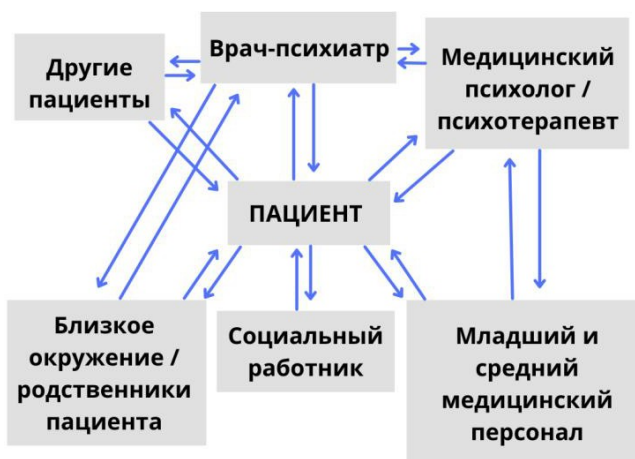


Рис. 1. Эффективное взаимодействие персонала и пациентов в медицинских учреждениях

Как видно из схемы (рис. 1), практически все элементы системы должны взаимодействовать друг

с другом для комплексной и полноценной помощи пациенту. К сожалению, в российских реалиях медицинских учреждений наблюдается отсутствие подобного взаимодействия. Звенья помощи либо разобщены друг с другом, либо медицинский персонал, а особенно врач и психолог, говорят "на разных языках".

Также, как видно из предложенной схемы, достаточно значимым элементом является взаимодействие пациентов между собой. Именно поэтому, одними из самых важных и эффективных форм лечения, являются психотерапевтические группы.

В психиатрических учреждениях, психологу приходится собирать психотерапевтические группы "из того, что есть". Учитывая различный срок нахождения в стационаре, диагнозы, стадии, состояние больного - приходится приспосабливать группу к тем пациентам, которые уже находятся на стационарном лечении.

По наблюдениям автора, нахождение в атмосфере принятия и поддержки - это основной фактор улучшения самочувствия "здесь и сейчас" среди пациентов стационара. Но, к сожалению, приходится сталкиваться с тем, что практически любые эмоциональные проявления пациентов, будь то плач или раздражение, стремление к конфронтации, настойчивость в отстаивании собственных интересов - воспринимаются медицинским персоналом как "ненормальные". Будто непослушание, даже то, которое никак не вредит благополучию самого пациента и людей его окружающих, нужно срочно лечить. Дается послы:

"тебе нельзя проявляться и быть самим собой - ты патологичен". Бывает так, что слова или действия пациентов принимаются медицинским персоналом "на свой счет", что влечет за собой злоупотребление властью. А зачастую, сами действия медицинского персонала провоцируют у пациентов различные эмоциональные и поведенческие реакции.

В качестве выхода из подобного рода трудностей, предлагается организация семинаров и групп психологической подготовки для медицинского персонала по развитию понимания важности гуманного отношения к пациентам и создания атмосферы заботы и принятия внутри стен медицинского учреждения. Такие обучающее и психологические группы, в которых медицинский персонал мог бы понять свой способ

взаимодействия с пациентами, получить информацию и обратную связь; найти и проработать внутри себя причину, которая влияет на способ взаимодействия с пациентами и перестроить собственные формы коммуникации.

3.3 Классификация групп в условиях стационара

Как известно, по составу участников группы могут быть:

- Гомогенные. То есть, собранные по каким-либо признакам (пол, возраст, диагноз, запрос и т.д.)

- Гетерогенные. Группа, в которой встречаются различные вышеперечисленные признаки.

Предлагается выделить две основные используемые формы работы с пациентами психиатрического стационара:

1. *Группы психологической поддержки.* Могут быть использованы для пациентов, чей период нахождения в стационаре менее двух месяцев. То есть тот период, которого недостаточно для развития постепенного близкого и стабильного контакта с другими участниками группы. Данные группы могут создаваться и на более длительный срок, для создания атмосферы групповой поддержки и сопровождения пациентов на весь период лечения.

Самое главное, что формируется в группах психологической поддержки, - это ощущение, что ты не один. На протяжении длительного времени приходилось наблюдать, как между несколькими десятками пациентов, находящихся в одном отделении и общих палатах, не формируется близкий контакт. Пациенты практически не общаются между собой, а при взаимодействии не позволяют говорить открыто о своих переживаниях. Открытое выражение эмоций, медицинским персоналом, чаще всего, расценивается как усиление симптомов.

Группа является отличной возможностью для пациентов приблизиться друг к другу в безопасной и принимающей атмосфере. Практически все пациенты, уже после первой встречи группы, становятся более сплоченными в отделении. К ним будто приходит понимание, что остальные пациенты здесь "такие же, как и я", то есть страдающие люди, попавшие в тяжелое положение. Пациенты начинают коммуницировать друг с другом, помогать в решении проблем в отделении.

или советами в обществе. Они начинают выслушивать друг друга и делиться опытом схожих переживаний.

Так как внутриличностные конфликты формируются вследствие нарушения отношений человека с миром, а прежде всего с людьми; то я периодически привношу процесс поддерживающих групп интервенции о групповой динамике и взаимоотношениях между участниками группы. Это делается для того, чтобы наряду с получением и проявлением поддержки, пациенты имели возможность обращать внимание на способы своего взаимодействия в группе и постепенно перестраивать сложившиеся шаблоны поведения и взаимодействия.

2. *Закрытые динамические группы.* Собрать в условиях стационара полноценную динамическую группу, в которой пациенты были мотивированы, могли просить о помощи, были бы критичны к своему состоянию, имели примерно одинаковый срок нахождения в стационаре - очень сложно. Но при удаче собрать такую группу, взаимодействие получается очень и очень продуктивным.

3.4 Факторы эффективности стационарных терапевтических групп

Выделим несколько факторов большой эффективности динамических и поддерживающих групп в условиях стационара:

а) *Уровень критических переживаний.* Согласно постулату позитивной психотерапии о развитии первичных актуальных способностей, они могут развиваться двумя основными способами: через пример или через отчаяние (через прикосновение к пиковым переживаниям). Как правило, пациенты, которые по своим способностям, могут допускаться к участию в динамической группе - это люди, дошедшие до очень острого уровня переживаний (вследствие чего они и попали в психиатрическое учреждение) и при этом способные постепенно к этому прикасаться. Пациенты, например, с психотическими эпизодами или тяжелыми депрессиями проходят через отчаяние. Одновременно с этим участвуют в группе, получая пример людей и отношений, через которые можно более полноценно развивать в себе недостающие способности. Именно это и является очень **большим** движущим механизмом развития. Есть **вероятность**,

что в стационарной динамической группе будут задействованы оба способа развития актуальных способностей.

б) *Наличие времени.* Как известно, для рефлексии и контакта с собой нужно достаточно много временного ресурса. Подразумевается время на обдумывание, проживание, нахождение со своими чувствами и эмоциями, чему потенциально способно научить откровенное групповое взаимодействие.

в) *Ощущение, что "Я не один".* Пациентка, после своего первого группового занятия по арт-терапии, на индивидуальной сессии сказала, что она и не подозревала что переживают и думают другие пациенты. Хотя, ей всегда хотелось об этом узнать.

г) *Купирование продуктивной симптоматики лекарствами.* Обеспечение медицинскими препаратами и контроль их приема позволяет человеку, прикасающемуся к тяжелым переживаниям, оставаться в контакте с самим собой.

Однако, зачастую, лекарственные препараты мешают разговорной психотерапевтической работе.

Одна из основных причин, по которой специалистам не удается собрать психотерапевтические группы в условиях стационара, является постановка чрезмерного акцента на критериях отбора в группу. Очень интересными выдаются критерии Ирвина для работы со стационарными больными, описанные в книге "Теория и практика групповой психотерапии" (Ялом, 2007):

1. Способность говорить.
2. Способность удерживать свое внимание на протяжении 80 минут.
3. Признание своей потребности в помощи.

Очевидно, критерии достаточно просты. Отбирая участников для стационарных групп и руководствуясь данными критериями, взаимодействие было действительно продуктивным. Ирвин Ялом не делает акцента на диагнозе. Например, во многих источниках говорят о том, что не нужно брать в группу пациентов с диагнозом "умственная отсталость" (или "расстройство интеллектуального развития" по МКБ-11). В наших группах были случаи, когда пациенты с расстройством интеллектуального развития сами проявляли желание присоединиться к группе и вносили вклад в процесс групповой работы. Однако, с такими пациентами также были и

трудности, которые приводили к острым групповым конфликтам. Поэтому, каждый случай и каждого пациента, с точки зрения его возможности находиться в группе, необходимо рассматривать индивидуально.

Недостаток теплоты, заботы и поддержки со стороны медицинского персонала блокирует способность к контакту у пациентов, вследствие ощущения недоверия. Группа, здесь, является тем "спасающим" для пациентов местом, в котором есть возможность ощущать, проявлять и развивать Доверие. Также, в группе большой акцент делается на Надежде. Так как учитывая тяжесть состояния больных, Надежда является важным звеном в процессе помощи. Пациентам, находящимся в отчаянии, бывает очень полезно понять причины, которые привели к тому, что происходит в жизни на данный момент. Понимание причин дает возможность сделать выбор. "Нами управляет то, что мы не осознаем". Дает возможность проанализировать и сделать шаг в другом направлении; что добавляет Надежды на изменения в будущем. Также, группа отлично развивает Контакт и Открытость. А как известно, одна из основных причин формирования психопатологии и фактор, сильно усугубляющий состояние - это неспособность пациента к выражению чувств их блокирование. Принятие, также, является одной из важнейших способностей, развивающихся в отношениях в группе.

Как видно из выделенных выше актуальных способностей, большинство из них - это первичные способности. Акцент сделан именно на них, поскольку наличие психопатологии, в большинстве случаев, предполагает глубокий дефицит в структуре эмоциональных потребностей (например, в принятии). И именно в психотерапевтической группе возможно внести вклад в их развитие.

Карл Роджерс говорил о трех основных принципах взаимодействия между людьми, лежащих в основе лечения (Роджерс, 2001):

1. Безусловное принятие. Которое совпадает со способностями к принятию и терпению в позитивной психотерапии.
2. Конгруэнтность. Что схоже со способностью к открытости и доверию в позитивной психотерапии.
3. Эмпатия. Эмпатия предполагает способность к контакту.

Неоспоримые принципы Карла Роджерса подтверждают важность именно первичных актуальных способностей. Это можно сравнить с фундаментом, на котором строится лечение и адаптация пациента.

Способность к открытости, в условиях стационара, имеет первостепенную важность среди вторичных АС. Если возможно её развивать у пациентов стационара, то вероятно и освобождение множества лежащих внутри переживаний и чувств, которые и привели человека к психопатологии. Однако, очень важно соблюдать баланс вежливости и открытости, в условиях стационарного лечения. Зачастую приходилось наблюдать, как открытое выражение эмоций (например, плача) воспринималось медицинским персоналом как ухудшение состояния человека и ему лишь добавляли дозу лекарств. Поэтому, очень важно помочь человеку найти тот способ и место выражение эмоций, которое будет безопасным для самого пациента и будет давать ему чувство облегчения. Например, в психотерапевтических группах или на индивидуальных психологических сеансах.

Стоит отметить, что через развитие контакта и первичных способностей, у пациентов стационара, происходит развитие способности к Любви. Под развитием способности к любви, в данном случае, я понимаю рост теплого, принимающего и эмпатичного отношения к себе и другим.

Особенность стадий взаимодействия (слияние, дифференциация и отделение), в данном случае заключается в том, что пациентам стационара крайне сложно их отслеживать и понимать степень отношений с другими людьми. Некоторым пациентам сложно войти в стадию слияния, так как она автоматически ассоциируется у них с опасностью. Таким пациентам требуется больше времени. На стадии дифференциации может наблюдаться некоторое сопротивление к отделению; попытки зацепиться за слияние с группой. Что может выражаться в частом возникновении чувства обиды, протеста и даже усиление остроты симптомов. Важно отметить, что в условиях стационарного лечения, где в среднем срок нахождения пациентов не принудительного лечения составляет 2-6 месяцев, нужны группы психологической поддержки, нежели полноценные закрытые группы. В группах поддержки основное

взаимодействие происходит на стадии слияния; однако оно не настолько глубокое, как в закрытых динамических группах. Группа поддержки проводит человека на этапе переживания глубокого психического и эмоционального кризиса.

3.5 Примеры из практики ведения групп в условиях стационара

Предлагается кейс одной из пациенток. Елена (имя изменено). 31 год. Наблюдается с диагнозом "Параноидная шизофрения" (F20.0). Госпитализация, во время прохождения групповой психотерапии, 14-я. На индивидуальных терапевтических встречах, а также на первом групповом занятии, пациентка была отгорожена, а ее высказывания касались сверхценных идей отношения других к Елене. Всю первую группу она просидела отодвинутой от всех, в небольшом углу. На протяжении первых встреч она вела себя схожим образом, что и на индивидуальной психотерапии: говоря о себе и пытаясь показать всю тяжесть своего положения, пациентка практически полностью отгораживалась от возможности получения поддержки, заботы и теплого отношения от других участников группы. Постепенно, у участников группы начала возникать злость и желание исправить восприятие Елены. Некоторые участники открыто выразили свою критику. Постепенно, автор вносил интервенции по поводу ощущения беспомощности, возникающего в группе и вызывающего злость и желание исправить человека. А также о том, что мы периодически сами бываем в настолько тяжелом положении, что отрицаем любую возможность помощи и поддержки со стороны. Группа достаточно быстро ушла от попыток критики Елены. Участники стали больше доверять и делиться собственным опытом. Постепенно, по истечении 5-8 встреч, Елена понемногу стала доверять участникам группы. Да, она всё еще не умела принимать заботу и поддержку, но, даже несмотря на короткий промежуток времени нахождения в группе, она перестала выставлять жесткие стены в ответ на теплую обратную связь. Вместо этого она начинала смеяться и пытаться перевести тему. Но она перестала реагировать враждебностью на желание другим ей помочь.

Столкновение между глубокой потребностью в помощи и поддержке, вместе со стойкой убежденностью в невозможности получить это для себя создает внутриличностный конфликт, в котором актуальные способности к открытости, доверию, принятию, контакту могут быть развиты во взаимодействии в психотерапевтической группе. Постепенно, приводя к возможности сближения с другими и формированию эмоционально значимых отношений.

Другая пациентка настолько полюбила группы поддержки, что ходила в них на протяжении всего срока принудительного лечения (1,5 года). Каждую встречу она ждала с нетерпением, говоря о том, что это единственное, что приносит ей помощь, интерес, чувство общности во время нахождения в стационаре. Она с глубоким интересом анализировала себя, собственное прошлое, слушала опыт других пациентов и делилась собственным.

Был опыт, когда пациенты, устанавливающие близкий доверительный контакт на групповой психотерапии, продолжали поддерживать друг друга вне стен больницы, обмениваясь личными контактами и помогая решать возникающие социальные проблемы.



Рис. 2. Основные актуальные способности, развивающиеся в стационарной групповой психотерапии и группах психологической поддержки

Как видно из схемы (рис. 2), способность и потребность в контакте размещена в центре, как самая значимая и необходимая во время нахождения на стационарном лечении. Именно близкий открытый контакт с другими пациентами и специалистами, способен развить те актуальные способности, которые помогут пациенту повысить его реабилитационный потенциал.

Заключение

1. В российской психиатрической практике необходим кардинальный пересмотр как целей функционирования психиатрических учреждений, так и их условий. Важно, чтобы основной целью была не изоляция пациентов, а помощь им, переход к более гуманному отношению. А условия должны удовлетворять потребности пациента в заботе, в теплом отношении, в надежде и помощи.

2. Психологическая служба психиатрических учреждений, в первую очередь, должна дать человеку возможность выстраивать новый способ отношений с окружающими людьми и самим собой: через индивидуальную и групповую психотерапию пациентов, заинтересованное взаимодействие с врачами и родственниками. Это развивает способности человека к дальнейшей социализации, адаптации и интеграции в общество.

3. Для многих пациентов стационарного лечения, особенно в период пандемии и изоляции, важны групповые формы работы с соблюдением необходимых защитных мер.

Таким образом, ведение групповой работы с пациентами, с точки зрения метода Позитивной и Транскультуральной Психотерапии, позволяет достаточно комплексно и осознанно подойти к руководству группой. В стационарных условиях есть возможность для развития как первичных, так и вторичных актуальных способностей. Позитивная концепция человека позволяет разглядеть в каждом пациенте его ресурсы и способности.

Список использованных источников

- [1] КОЛПАКОВА, С., ТАРАСОВА, А. [KOLPAKOVA, S., TARASOVA, A.] (2019). *От цепей до арт-терапии. Эволюция психиатрической помощи* [Von den Ketten zur Kunsttherapie. Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung]. Научно-образовательный портал IQ, Международный центр экономики, управления и политики в области здоровья НИУ ВШЭ. URL: <https://iq.hse.ru/news/303803375.h.html> (Zugriff: 20.03.2021)
- [2] ПЕЗЕШКИАН, Н (2006). *Психосоматика и позитивная психотерапия* [Psychosomatik und positive Psychotherapie], М.: Институт позитивной психотерапии.
- [3] ФИЛАШИХИН В., АВЕДИСОВА А. [FILASHIKHIN V., AVEDISOVA A] (2010). Структура обращаемости больных с психическими расстройствами в частную психиатрическую службу [Überweisungsstruktur von Patienten mit psychischen Störungen an einen privaten psychiatrischen Dienst]. *Психиатрия и психофармакотерапия*. №2, S. 4-8.

- [4] **ЦЫГАНОК, Л. [TSYGANOK, L.]** (2007). Реформирование психиатрической службы. Опыт США И Европы [Reform des psychiatrischen Dienstes. Die Erfahrungen der USA und Europas]. *Независимый психиатрический журнал*, № 3. <http://test.npar.ru/journal/2007/3/reforming.htm> Zugriff am 27. Februar 2021
- [5] **ЯЛОМ, И. [YALOM, I.]** (2007). *Теория и практика групповой психотерапии* [Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie]. М.: Апрель Пресс.
- [6] **РОДЖЕС, К. [ROGRES, C.]** (2001). Становление личности. Взгляд на психотерапию [Eine Person werden. Ein Blick auf die Psychotherapie]. М.: Эксмо-Пресс.

Ограничения исследования

Пандемиякоронавирусной инфекции существенно затруднила возможность проведения как терапевтических групп, так и групп психологической поддержки. Однако, с другой стороны, пандемия помогла понять важность группового взаимодействия для пациентов. В период обострения инфекции, групповой работы с пациентами не проводилось, в периоды спада заболеваемости, группы были только в некоторых отделениях с очень ограниченным количеством пациентов и применением защитных мер.

INTERNATIONALE SPRICHWÖRTER ÜBER HOFFNUNG



Friedhelm Röder

Dr. med., DM, Psychiaterin,
Psychotherapeutin, Oberärztin der
Vogelsbergklinik, Psychosomatische
Rehabilitationsklinik (Grebshain,
Deutschland) im Ruhestand

E-Mail: roeder@gmx.net

Eingegangen am 05.04.2021
Zur Veröffentlichung angenommen
28.06.2021 Veröffentlicht
07.07.2021

Abstrakt

Die Grundlage für jede Behandlung ist die Hoffnung. Um die Vorstellungen eines Patienten über die Zukunft zu verstehen und einen Prozess der Horizonterweiterung anzuregen, können Sprichwörter über Hoffnung verwendet werden. Als Hilfestellung für den Therapeuten bei der Verwendung dieses Instruments wurde ein Papier mit der Bezeichnung DIN A 4 erstellt, das eine Sammlung von internationalen Sprichwörtern enthält. Es werden einige praktische Hinweise gegeben, wie das Papier zu verwenden ist. Außerdem kann das Papier vom Patienten im Nachhinein verwendet werden, um die Rolle innerhalb der Familie von einer Quelle des Ärgers in eine Quelle der Ermutigung umzuwandeln.

Schlüsselwörter: Hoffnung, Fantasie, Sprichwort, Verwandlung, Positive Psychotherapie

Einführung

Aufgrund ihrer unterschiedlichen Entwicklungsmuster ist die emotionale und motivierende Basis für jede Behandlung die Hoffnung [Peseschkian, Aziz 2009, S. 64]. Hoffnung ist die Kombination von zwei Fähigkeiten. Auf der einen Seite steht die Fähigkeit, sich an gut gemachte Erfahrungen in der Vergangenheit zu erinnern. Auf der anderen Seite gibt es die Fähigkeit, sich neue gute Erfahrungen in der Zukunft vorzustellen. Die Vorstellungen können ähnlich sein wie die früheren oder auch ganz anders.

Die Behandlung ist eine Zusammenarbeit zwischen einem Therapeuten und einem Patienten zum Wohle des Patienten nach Regeln, die für beide sinnvoll sind, auch wenn die grundlegenden Ideen hinter dieser Vision voneinander abweichen können. Als ersten gemeinsamen Schritt müssen sie über ihre Visionen der Hoffnung sprechen. Dabei beginnen sie mit dem entspannenden Teil der komplizierten emotionalen Situation, die den Wunsch oder die Notwendigkeit einer Behandlung verursacht. So wird die Gefahr eines

misslungenen Starts des ersten Treffens gebannt. Damit steigen sofort die Chancen für einen positiven Beginn der Sitzung. Und diese positive Erfahrung ermutigt die

Vorstellungen von weiteren positiven Erfahrungen miteinander zu verbinden. Je verzweifelter ein Patient ist, desto wichtiger ist es, die Aufmerksamkeit auf die positiven Aspekte des Lebens zu lenken. Und über Hoffnung zu sprechen, ist ein Thema, das jeder sofort versteht. Und Hoffnung ist ein Thema, zu dem jedes Mitglied des sozialen Systems des Patienten eine Einstellung hat, die dem Patienten meist bekannt ist. Der Therapeut kann also den Patienten nach seinem Konzept von Hoffnung fragen. Auf diese Weise ist es möglich, die soziale Position des Patienten zu verstehen und Möglichkeiten zu entdecken, sie zu verändern.

Über Hoffnung zu sprechen ist nicht nur zu

Beginn einer Therapie wichtig, sondern auch in jeder Situation, in der sich eine Krise anbahnt oder den Patienten bereits mit ungelösten Problemen überfordert hat. Dann ist das Sprechen über Hoffnung ein wichtiger Weg, um den erlahmten emotionalen Status und die Identität zu stabilisieren. Und im Laufe der Behandlung ändern sich manchmal die Hoffnungskonzepte. Aus diesem Grund kann es sinnvoll sein, zu der früheren Einstellung zur Hoffnung zurückzukehren und sie mit dem aktuellen Ergebnis der jüngsten Entwicklung zu vergleichen.

Hoffnung ist die Fähigkeit, mit Möglichkeiten zu rechnen, die in der Gegenwart nicht bekannt sind. Hoffnung ist also eng mit

mit der Phantasie verbunden. Um das Sprechen über Hoffnung ausreichend zu machen, müssen die Fähigkeiten der Phantasie auf Seiten des Patienten und des Therapeuten gefördert werden. Zu diesem Zweck verwendet die Positive und Transkulturelle Psychotherapie die Technik des Erzählens von Geschichten oder Sprichwörtern. Die* Methode, dem Patienten eine Vielzahl von internationalen Sprichwörtern über Hoffnung anzubieten, ist eine Einladung, den Horizont der Phantasie zu erweitern [Peseschkian 1979, S. 7]. Zu diesem Zweck habe ich ein DIN A 4 großes Papier mit Sprichwörtern über Hoffnung aus vielen Orten und Kulturen entwickelt [Persönliche Anmerkungen 2009-2013; Özcan, Seuß 2013; www.sprueche-liste.com; www.sprueche.woxikon.de; www.sprichworte-der-welt.de]. Einige der Sprichwörter in dieser Sammlung können mit einigen aus dem kulturellen Hintergrund des Patienten ausgetauscht werden, die ihm oder ihr vertraut sind

Anmeldung

Handout mit internationalen Sprichwörtern zum Thema Hoffnung:

Welche Art von Hoffnung haben Sie, wenn Sie mit Ihren Problemen konfrontiert werden?

"Eigentlich ist es nicht schwer, den Gipfel eines Berges zu erreichen. Man muss nur langsam genug gehen."

"Es ist besser, beim Beschreiten neuer Wege zu stolpern, als auf den bekannten Wegen einfach weiterzulaufen."

Aber wie finden Sie Ihren Weg und Ihre Geschwindigkeit?

Ohne Hoffnung wird nichts möglich sein.

Aber: Welche Hoffnung führt zu welchem Ziel?
Deshalb: Welche Art von Hoffnung haben Sie?

Internationale Sprichwörter:

Wenn es keine Hoffnung gäbe, wäre ich jetzt nicht mehr am Leben.

(Deutschland)

Einerseits hoffe ich noch, andererseits zweifle ich aber auch. (Deutschland)

Hoffnung ist etwas, das man nicht kaufen muss.

(Deutschland) Liegt der Weg vor Ihnen im Dunkeln?

Denk daran: Der Vorhang ist nur vor deinen Augen, aber nicht auf deinem Weg.

(Türkei)

Egal, wie viel Schnee fällt, er wird nicht bis zum

Sommer liegen bleiben. (Türkei)

Wenn Gott die silberne Tür schließt, öffnet er die goldene. (Türkei)

Wenn Sie nicht wissen, wie Sie weitermachen sollen, gibt es noch vier Möglichkeiten
Lösungen links. (Bulgarien)

Die Hoffnung ist nur eine Schwimmweste, aber kein Rettungsboot. (Polen)

Hoffnung ohne Anstrengung ist wie eine Seereise

ohne Schiff. (Wales)

Wer die Hoffnung vor seinen Wagen spannt, fährt doppelt so schnell wie vorher. (Polen)

Selbst der Scheiterhaufen hofft, dass er im nächsten Frühjahr wieder grün wird. (Finnland)

Die Hoffnung ist der Anker der Welt. (Bantu)

Je kleiner die Eidechse, desto größer ihre Hoffnung, eines Tages ein Krokodil zu werden.

(Abessinien)

Hoffnung und Mut sind zwei helle Diamanten in der Krone des Erfolgs. (Indien)

Wenn du eine Hoffnung verlierst, die vergeblich war, wirst du viel gewinnen (Italien).

- Welches Sprichwort ermutigt Sie?
- Was ist der nächste Schritt, zu dem dieses Sprichwort Sie ermutigt?

Praktische Hinweise:

Drucken Sie dieses Handout aus und geben Sie es dem Patienten.

Bitten Sie den Patienten, dieses Handout laut zu lesen. In der Regel dauert es zwei bis drei Minuten, bis er es gelesen hat. Auf diese Weise kann das Maß der Lesefähigkeit des Patienten überprüft werden, was Aufschluss über den intellektuellen Status geben kann, und psychotische Denkstörungen können entdeckt werden. Indem man dem Patienten beim Lesen zuhört, kann man die spontanen Reaktionen des Patienten beobachten.

Nachdem der Patient das Handout gelesen hat, können Sie beginnen, mit dem Patienten über diese Sprichwörter zu sprechen.

Am Ende dieser therapeutischen Sitzung können Sie den Patienten ermutigen, das Handout mit nach Hause zu nehmen, für sich selbst und um es der Familie zu zeigen. Auf diese Weise helfen Sie dem Patienten, seine Rolle zu Hause zu ändern. Sehr oft wird ein Patient von der Familie vor allem als Ursache für Probleme gesehen, und die Familie hofft, dass sein Besuch bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten für ihn selbst und für sie Erleichterung bringen wird. Wenn der Patient ihnen diesen Leitfaden vorlegt, erfahren die Familienmitglieder sofort, dass sie in die Therapie einbezogen werden und dass auch sie gefördert werden sollen. Der Patient wandelt so seine Rolle von einer Ursache für Probleme in eine Ursache für Hoffnung um, und der Patient kann das Handout gemeinsam mit den Familienmitgliedern lesen und auf eine neue und einfache Weise über ihre Situation sprechen. Ihre Diskussion kann verschiedene Blockaden lösen, die innerhalb und zwischen ihnen bestanden haben.

Schlussfolgerungen

Die Grundlage für jede Behandlung ist die Hoffnung. Um das Konzept eines Patienten über die Zukunft zu verstehen und einen Prozess der Horizonterweiterung anzuregen, können Sprichwörter über Hoffnung verwendet werden.

Im weiteren Verlauf der Therapie ist es möglich, zu dieser Sprichwortsammlung zurückzukehren und zu sehen, ob der Lernprozess den Patienten dazu gebracht hat, sein Lieblingspruchwort zu ändern.

Als Hilfestellung für den Therapeuten bei der Verwendung dieses Instruments wurde ein Papier mit der Bezeichnung DIN A 4 erstellt, das eine Sammlung internationaler Sprichwörter enthält. Es werden einige praktische Hinweise gegeben, wie das Papier zu verwenden ist. Das Papier kann auch vom Patienten verwendet werden, um die Rolle innerhalb der Familie von einer Quelle des Ärgers in eine Quelle der Ermutigung umzuwandeln.

Referenzen

- [1] **ÖZCAN, C., SEUSS, R.** (2013). *Türk Atasözleri - Türkische Sprichwörter. Auswahl und Übersetzung mit Zeichnungen von Ina Seeberg* [Türk Atasözleri - Turkish proverbs. Auswahl und Übersetzung mit Zeichnungen von Ina Seeberg]. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 6. Auflage.
- [2] Persönliche Kommentare von Freunden, Kollegen und Patienten, 2009-2013.
- [3] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Orientalische Geschichten als Techniken in der positiven Psychotherapie*. Author House UK. ISBN 978- 1524660871
- [4] **PESESCHKIAN, N., AZIZ, A.** (2009). *Lexikon der Positiven Psychotherapie* [Lexikon der Positiven Psychotherapie]. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- [5] Sprichwörter aus aller Welt [Sprichwörter aus aller Welt]. URL: www.sprichworte-der-welt.de [Zugriff: 04.04.21].

ХАОС VS ПРОДВИЖЕНИЕ: КАК НЕ ИСЧЕЗНУТЬ В ИНФОРМАЦИОННОМ ПРОСТРАНСТВЕ

CHAOS VS. WERBUNG: WIE MAN NICHT IM INFORMATIONSPRAUM VERSCHWINDET



Оксана Фортунатова

Oksana Fortunatowa
Grundlegender Berater für positive
Psychotherapie, Berater in privater Praxis
(Kiew, Ukraine) **E-Mail:**
oksfortt@gmail.com

Eingegangen am 24.03.21
Zur Veröffentlichung angenommen
28.06.2021 Veröffentlicht
07.07.2021

Аннотация

Данная статья посвящена тонкому и сложному вопросу конкуренции методов психотерапии, этике и стратегии их продвижения, задачам и цели популяризации метода, а также роли в этом каждого из нас, как носителей метода Позитивной Психотерапии. Целью статьи является привлечение внимания коллег к такому важному и ценному делу, как проявление себя в информационном пространстве и последствия отказа от такового.

Ключевые слова: Позитивная Психотерапия, популяризация, социальные сети, ключевой конфликт, баланс

Abstrakt

Dieser Artikel widmet sich dem heiklen und komplexen Thema des Wettbewerbs zwischen den Psychotherapiemethoden, der Ethik und den Strategien zu ihrer Förderung, den Zielen und Zwecken der Popularisierung der Methode sowie der Rolle, die jeder von uns als Träger der Methode der Positiven Psychotherapie dabei spielt. Das Ziel des Artikels ist es, die Aufmerksamkeit der Kollegen auf ein so wichtiges und wertvolles Thema zu lenken, wie sich im Informationsraum zu manifestieren und die Konsequenzen einer Verweigerung dessen.

Schlüsselwörter: Positive Psychotherapie, Popularisierung, soziale Netzwerke, Schlüsselkonflikt, Gleichgewicht.

Вступление

"Мы не добиваемся правды, мы добиваемся эффекта" - говорил апологет пропаганды, не брезговавший серой, ни черной информацией в деле завоевания умов. Апологета сожгли, а вот его

приемы остались, вьевшись в коллективное бессознательное настолько, что уже не воспринимаются, как нечто, противоположное правде.

Причем тут мы, мирная профессия, помогающая людям стать счастливее, успешнее, здоровее?
Ответ

в нашем профессиональном пространстве, где рекламные трюки, поповые переработки сложных теорий, противостояние и информационный мусор преобладают. И не просто наводят пространство, а создают серьезное препятствие человеку в выборе способа преодоления проблемы.

Для специалиста, решившего стать психотерапевтом, вопрос какой же метод выбрать - это не только о личном совмещении с уровнем интеллекта, философией и инструментарием метода. Это еще и вопрос - насколько метод привлекателен для клиентов и уважаем в профессиональной среде.

И мы неминуемо столкнемся с качеством информационной среды. Ключевым станет, насколько отражает реальность и дает возможность сделать объективный и свободный выбор как специалисту, так и потенциальному клиенту. Главный вопрос насколько все это зависит от каждого из нас предлагается рассмотреть предметно далее.

Процесс цифровой трансформации общества - данность, которой не избежать. И именно в мировом интернет-пространстве, социальных сетях формируется сейчас отношение к психологии, психотерапии, как инструментам исцеления и роста. Только на Facebook около сотни тематических групп, где люди пытаются найти ответы и рекомендации.

Крайне важно учитывать особенность постсоветского пространства и развивающихся стран, где психологическая просвещенность невелика, а лояльность к психотерапии еще меньше. Потому люди преимущественно обращаются к соцсетям за рецептом от душевной боли и от того, что они там прочтут, зависит очень многое.

И на сегодня большое количество ответов – это непрофессиональные рецепты от экстрасенсов, распространителей БАДов, психологов-самоучек, и воодушевленных собственной терапией клиентов. Но плотность этих рекомендаций преобладает настолько, что создает впечатление истины. Именно потому, так много людей долгие годы следуют им.

С одной стороны, эти советы не на пользу клиентам, но с другой стороны, они - хорошее поле работы с невежеством и непросвещённостью людей, отличный повод психотерапевту заявить и о возможностях метода, и о себе.

Но голос психотерапевтов слаб и не звонок, и люди вынуждены выбирать из того, что предлагается, а возложить всю ответственность за выбор на клиента опасно.

"Ослабление когнитивных процессов и переход на "детское" правополушарное мышление - результат стресса, приводящий к принятию иррациональных решений" (Сандомирский, 2005). Таким образом, сотни тысяч людей, находящихся в тяжелых жизненных обстоятельствах, просто доверятся информационному пространству.

Но является ли сегодня информационная среда сбалансированной, объективной о методах помощи в душевных страданиях? Достаточно ли мы, как представители научного метода психотерапии, проявляемся в ней? И как мы участвуем в противостоянии?

Но противостоянием "псевдоцелители VS специалисты в области психических процессов" дело не ограничивается. Специалисты не улучшают шансы клиентов на получение эффективной помощи.

Первое, что привлекает внимание неправильностью, это оспаривание психиатрами, психотерапевтами с медицинским образованием, психотерапевтами без медицинского образования и психологами прав друг друга на психологические интервенции. Обычному человеку в этом споре почти невозможно разобраться.

Таким образом, второй уровень противостояния, в которое мы втянуты, это "психотерапевт метода VS иные специалисты в области психических процессов".

Но даже там, где сталкиваются только психотерапевты, возникает не менее яркое противостояние - противостояние методов.

Давайте проследим, в какое информационное пространство вариантов попадет современный клиент, если попытается разобраться в методах психотерапии.

"Окей, Google!"

Запрос: "лучшие методы психотерапии".
Результатов: примерно 2 640 000 (0,52 сек.)

И первый выделенный фрагмент поиска категоричен: "Эффективные методы психотерапии:

- Психоанализ
- Аналитическая психология
- Когнитивно-поведенческая терапия
- Гештальт-терапия

- Экзистенциальная терапия
- Десенсибилизация и переработка движением глаз"

Среди ссылок первых двух страниц поисковой выдачи представлены эти же методы, и увы, отсутствуют упоминание о методе ППТ.

Специалисты знают, что подобные утверждения беспочвенны, а такие заявления не этичны. Но об этом не знают и не подозревают клиенты, в чьих умах прочно поселяется мысль о том, к кому же можно обращаться.

Как обычному человеку разобраться в вопросе, какой метод психотерапии эффективен, если путаница начинается на самом высшем уровне? Так, Всемирная организация здравоохранения в "Руководстве mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения", говоря о способах психологического лечения дает двусмысленный перечень. Среди приемов интервенции упоминаются несколько методов психотерапии:

"Рекомендуется: Поведенческая активация, Обучение приемам релаксации, Терапия, направленная на решение проблем, Когнитивно-поведенческая терапия, Лечение методом управления непредвиденными обстоятельствами, Семейное психологическое консультирование или психотерапия, Интерперсональная психотерапия, Психотерапия, направленная на активизацию мотивации".

Не удивительно, что страны дублируют подобные рекомендации в своих протоколах лечения. Так, например, Украина ввела Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной и третичной медицинской помощи. Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации, ПТСР; или Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной и третичной медицинской помощи. Депрессия, в утвержденном приказом МОЗ Украины 23.02.2016 № 121, обязывает врача: "предложить пациенту и координировать с ним специализированные и высокотехнологичные виды психотерапии (терапия решения проблем, короткая когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) и консультирование - в течение 6-8 сеансов около 10-

12 недель). Решение о месте проведения и специалисте, который будет проводить определенный вид психотерапии, принимается вместе с пациентом".

Таким образом, люди, страдающие депрессией, соматоформными расстройствами и психосоматическими заболеваниями, невротизмом, ПТСР и стрессовыми расстройствами должны согласовывать с врачом психотерапевта, с которым будут работать, и он может быть только в методе КПТ.

Дискуссия о возможности научно доказать и подтвердить эффективность метода на сегодня не закрыта, и однозначный ответ не получен. Более того, сегодня идет горячая дискуссия о том, как вообще оценить эффективность психотерапии валидно (Чушке, 2015).

Таким образом, мы, как представители Позитивной психотерапии, уже втянуты (и не по своей воле) в несколько уровней противостояния.

Обсуждение

Важно помнить, что психотерапевты постсоветского пространства и развивающихся стран, в отличие от европейских, американских коллег, на стадии "грязных" работ в деле строительства рынка психотерапевтических услуг: разгребания мусора и закладки фундамента. Этот факт напрочь лишает нас возможности почивать на лаврах победы разума над невежеством. Нам предстоит еще много работы.

Начинать нужно с освоения маркетинга, а именно азов продвижения (Förderung). Основа продвижения - информирование. Это база, на которой возможна вся последующая надстройка: формирование престижности, поддержание популярности, изменение стереотипа восприятия, лояльность методу.

Давайте посмотрим, с какой плотностью информации столкнется клиент, захотев подробнее ознакомиться с методами психотерапии из вышеупомянутого перечня:

"Окей, Google!"

"Транзактный анализ" Результатов: примерно 220000 (0,54 сек.)

"Когнитивно-поведенческая терапия" Результатов: примерно 1820000 (0,58 сек.)

"Гештальт терапия" Результатов: примерно 1210000 (0,57 сек.)

"Телесно-ориентированная психотерапия"
Результатов: примерно 1470000 (0,59 сек.)

"Психоанализ" Результаты: примерно 3100000
(0,70 сек.)

Теперь рассмотрим результат для ППТ:

"Позитивная психотерапия" Результаты:
примерно 193 000

"Позитивная кросс-культурная психотерапия"
Результатов: примерно 49 800 (0,46 сек.)

Очевидно, что такая структура - вовсе не результат количества психотерапевтов в том или ином методе. Это результат активности.

Очень важно помнить, что продвижение метода психотерапии - это совсем иной феномен, нежели продвижение товаров. По сути, мы меняем взгляд на устройство человека. Согласитесь, это о науке более, нежели об услуге. И тут важно понимать, что просто информировать не получится.

"Переход к новой парадигме не может основываться на чисто рациональных доводах, хотя этот элемент значителен. Здесь необходимы волевые факторы - убеждение и вера" (Кун, 2002).

Убеждение и вера: Верим ли мы в наш метод? Верим ли мы в себя? Знаем ли мы тонкости настолько, чтобы убеждать других в эффективности метода? Убеждаем ли?

В сегодняшних реалиях информирование - это даже не инструмент заявления о себе. Это инструмент противостояния отрицанию метода и его возможностей. Это отстаивание права быть.

Но важно учитывать, что мы не только в атмосфере научной среды, мы в реалиях конкуренции. И то, что происходит в информационном пространстве сегодня, добавляет еще один признак - конфликт. Мы часто оперируем этим понятием, ведь оно ключевое для динамического направления.

"Конфликт - серьезное разногласие, столкновение противоположных сторон, мнений, сил" (Ефремова, 2002).

Что как не конфликт, принятие акта, который навязывает пациенту определённый метод психотерапии, значительно ограничивая права и возможности пациента?

Что как не конфликт, многочисленные и столь категоричные заявления коллег из других методов:

"единственный метод, который может помочь вам - это метод ХХХХХ".

И тут уместно вспомнить о центральном понятии позитивной психотерапии - ключевом конфликте. В понимании ППТ метода, "имея что сказать - нужно сказать", в противном случае эта энергия становится разрушающей.

Обратимся к четырем вариантам сочетания искренности и вежливости, которым соответствует четыре типа нашего поведения (Кириченко, 2007) и адаптируем их к обсуждаемой проблеме.

"Искренняя вежливость": мы спокойно реагируем на утверждение о том, что некий метод "единственно действенный", просто игнорируя это.

"Неискренняя вежливость": уступаем из страха, выходясь общими формулировками. Возможная причина - неверие либо не знание силы собственного метода.

"Невежливая искренность":

"Невежливая искренность": "Невежливая искренность": "Вежливая отстаиваем об аргументах, уповая на эмоциональный напор. "Вежливая искренность": открыто, но вежливо вступаем в диалог, запрашивая аргументы, источники, выражаем свое несогласие и предоставляем свои аргументы.

Немаловажно задуматься, как каждый из нас сегодня преимущественно реагирует на ситуацию научной и деятельной конкуренции направлений, вернее конфликт. Если это молчание, игнорирование или уходом, важно понять почему так происходит. Ведь с точки зрения ППТ метода - это не эффективно. Что мы, как психотерапевты, будем предлагать клиенту, реагирующему на конфликт таким образом? Возвращать вежливую искренность, поскольку у иных вариантов реакции есть негативные последствия.

Нельзя не коснуться еще одного уровня противостояния: психотерапевт против самого себя. Сегодня многие коллеги, пытаясь выиграть в гонке, присваивают себе знания уровня "могу все". Например, заявляя о своей специализации во всех известных психологии расстройствах и проблемах. Или гарантируя применение всех популярных методов. Специалист 27 лет от роду заявляет о работе в 11 методах психотерапии. Некоторые "для надежности" еще и добавляют такие способности, как "энерготерапевт", "нумеролог", "астролог". "У семи нянек дитя без глазу" (*Zu viele Köche verderben den Brei*). Глубокое изучение одного метода и специализация в определенной тематике - это лучшая ли гарантия эффективности и узнаваемости.

Заключение

Таким образом, для усиления своей бытности в информационном пространстве предложены следующие шаги.

Если многие коллеги уже пришли к необходимости иметь сайт и размещать статьи в онлайн изданиях, то активность в соцсетях все еще остается на очень низком уровне. Максимум редпринимаемых усилий заключаются в создании статического контента. Но большой поток запросов и обмен информацией сегодня происходит в объединениях по интересам: группах. Сегодня ~~стоит~~ относится к работе с ними, как к части своей профессии: ответы на вопросы, разъяснения, отсылка к своим статьям, или статьям коллег. Достаточно найти несколько групп по своей специализации, где люди ищут ответы.

Создание своей группы или аудитории - это более продвинутый уровень, который дает возможность целенаправленно заявлять о себе и методе. И что самое важное в группе: это регулируемое столкновение мнений и взглядов. На сегодня Фейсбук не выдал и десятка групп по запросу "Позитивная психотерапия", как в русскоязычном так и в англоязычном варианте запроса.

У каждого, кто проходил обучение на базовом и мастер курсах есть сотни страниц готовой к публикации информации. Это контрольные работы. Они могут как сразу писаться в формате статьи, так и переделываться позднее. Это полезная и творчески переработанная информация внесет весомый вклад в дело уплотнения информационного поля о нашем методе. Как в виде статей, так и постов или разъяснений.

Люди очень любят истории про людей. Каждая встреча с клиентом - это сокровищница. Короткие заметки об интересном случае (с соблюдением требования конфиденциальности) вызывают живой интерес и дают возможность привлечь внимание как к проблеме, так и к методу ее разрешения.

Но если совсем не хочется писать - информационное поле предлагает говорить. Подкасты - сегодня очень востребованный сектор, и дает не меньшую возможность заявить о методе и о себе.

Сегодня как никогда важно не просто владеть информацией, а загружать ее в пространство. И не просто загружать, а помочь ей стать видимой.

Реклама - не менее важный способ в деле продвижения и метода и себя. Впечатляюще масштабную работу по изучению запретов на рекламу в этических кодексах психотерапевтических обществ разных стран провел психиатр, психотерапевт Кирилл Кошкин, в результате которой сделал однозначный вывод: запрет для психотерапевтов на рекламу - это миф. Реклама должна соответствовать этическим нормам, но она должна быть.

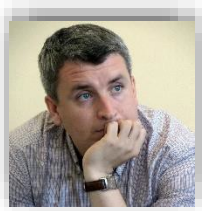
Подводя итог, хочется отметить самое главное - без всех этих мер в современном мире обойтись нельзя. Мы уже втянуты в информационную битву, и возможно нам не выиграть. Но есть такие битвы, где важнее не победа, а противостояние.

Список использованных источников

- [1] **TSCHUSCHKE, V., CRAMERI A., KOEMEDA M., SCHULTHESS P., VON WYL, A. & WEBER, R.** (2015). *Rainer Weber Psychotherapieforschung - Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S)* [Rainer Weber Psychotherapieforschung - Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S)]. URL: http://docplayer.org/1783348-Volker-tschuschke-aureliano-crameri-margit-koemeda-peter-schulthess-agnes-von-wyl-rainer-weber.html#show_full_text [Zugriff: 23.03.2021]
- [2] **ЕФРЕМОВА, Т. (EFREMOVA, T.)** (2000). *Новый словарь русского языка* [Neues Wörterbuch der russischen Sprache]. М. Русский язык. 1084 с.
- [3] **КАРВАСАРСКИЙ, Б. [KARVASARSKY, B.]** (2002). *Психотерапия: учебник для студентов медицинских вузов* [Psychotherapie: ein Lehrbuch für Medizinstudenten]. СПб.: Питер. 672 с.
- [4] **КИРИЧЕНКО, С. [KYRYCHENKO, S.]** (2007) *Динамический баланс и уровни ключевого конфликта личности* [Dynamisches Gleichgewicht und Ebenen der wichtigsten Persönlichkeitskonflikte]. *Журнал Позитум-Украина.. Черкасы.* №1. С. 13-15.
- [5] **КОШКИН, К. [KOSHKIN, K.]** (2021). *Реклама и этический кодекс психолога/психотерапевта* [Werbung und Standesregeln für Psychologen/Psychotherapeuten]. URL: <https://chastnayapraktika.com/etika> [Zugriff: 23.03.2021]
- [6] **КУН, Т. [KUNN, T.]** (2002). *Структура научных революций* [Die Struktur der wissenschaftlichen Revolutionen]. Москва, Изд. Аист 605 с.
- [7] **МАК-ВИЛЬЯМС, Н. [McWILLIAMS, N.]** (2007). *Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе* [Psychoanalytische Diagnostik. Das Verstehen der Persönlichkeitsstruktur im klinischen Prozess]. Москва. Из-во Класс. 474 с.
- [8] **ПЕЗЕШКИАН, Н. [PESESCHKIAN, N.]** (2001): *Психотерапия в повседневной жизни. Тренинг разрешения конфликтов*

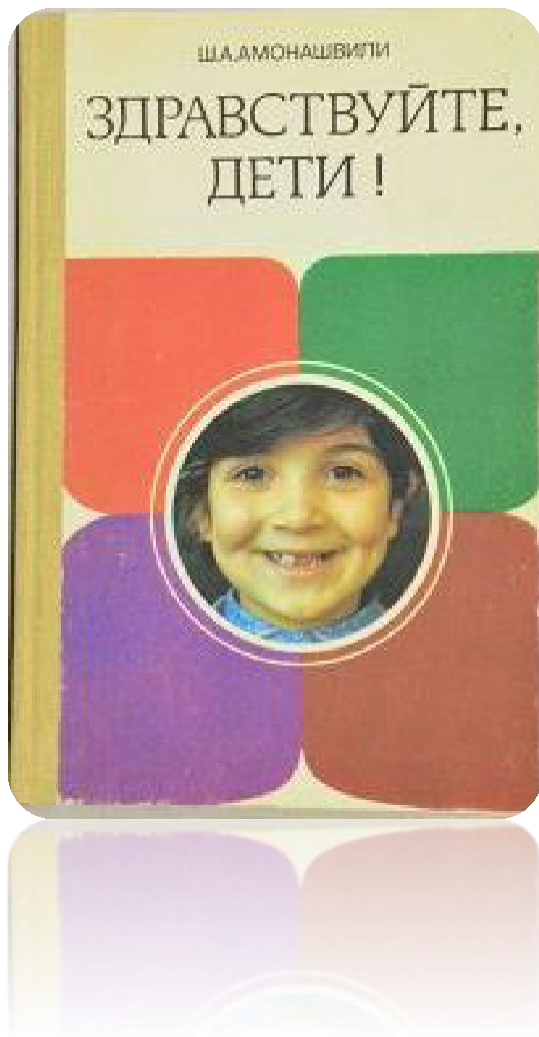
- [Psychotherapie im Alltag. Konfliktlösungstraining]:
перевод с немецкого Наумовой Ю. С. СПб.: Речь. 288 с.
- [9] **ПРИКАЗ МОЗ УКРАИНЫ** 23.02.2016 № 121. URL:
https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ykpm_d_ptsr.pdf
[Zugriff: 23.03.2021]
- [10] **ПРИКАЗ МОЗ УКРАИНЫ** 23.02.2016 № 121. URL:
https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ykpm_d_depresiya.pdf
[Zugriff: 23.03.2021]
- [11] Руководство mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения" (2018). *Всемирная организация здравоохранения*, Европейское региональное бюро, Копенгаген
- [12] **САНДОМИРСКИЙ, М. [SANDOMIRSKY, M.]** (2005). *Психосоматика и телесная психотерапия* [Psychosomatik und Körperpsychotherapie]. Москва. "Класс". 416 с.

BUCHBEWERTUNG



подготовил Максим Чекмарев

MD, психиатр, психотерапевт, международный Мастер Тренер по ППТ, директор Амурского центра по Позитивной Психотерапии, преподаватель кафедры общественного здоровья Амурского государственного медицинского университета pontific3@yandex.ru



HALLO CHILDREN! von Amonishvili,

ЗДРАВСТВУЙТЕ, ДЕТИ! Ш. А. АМОНИШВИЛИ

Учебное пособие
"Просвещение", 1983
208 стр.

Работая в Дальневосточном Федеральном Университете во Владивостоке, я часто ездил на поездах в Благовещенск. Это почти сутки пути, в которые я брал с собой книгу. Однажды я провёл эти сутки неотрывно за книгой, часто начиная плакать. Соседи по купе оглядывались, но сохраняли вежливую дистанцию. Этой книгой была "Здравствуйте, дети!" Шалвы Амонашвили издания 1983 года - документальные записи педагога о большом эксперименте в грузинских школах. Над следующей его книгой - монографией 1984года "Воспитательная и образовательная функция оценки учения школьников" я тоже нашёл, где заплакать.

Шалва Амонашвили - грузинский педагог и психолог, создатель концепции гуманной педагогики, в этом году ему исполнилось 90 лет. С 1980-х годов его труды успели получить международное признание. Моя мотивация рассказать об одной из книг Амонашвили в научном журнале, посвящённом Позитивной и Транскультуральной Психотерапии продиктована близостью двух концепций. Много из того, о чём говорил и писал Пезешкиан в области психотерапии перекликается с идеями Амонашвили в педагогике и наоборот. В нашем методе толькопроисходитформирование методологии позитивной педагогики, складывается понимание специфики концепции ребёнка в образовании. В гуманной педагогике эти философские основания хорошо описаны.

В качестве объекта рецензии я возьму книгу Шалвы Амонашвили 2000 года "Школа жизни", которая вышла с подзаголовком "Трактат о начальной ступени образования, основанной на принципах гуманно-личностной педагогики". Она, пожалуй, наиболее лаконично и полно описывает не.

только философию, но и практику подхода, затрагивает учебный и воспитательный процесс в школе как в организации.

Книга написана уже в новом тысячелетии и вдруг - "трактат". В языке автора присутствуют намеренные архаизмы. В-первых, Амонашвили признаётся, что они служат для передачи пафоса и даже романтики педагогики. Ему чужда тенденция восприятия образования как услуги, оно непременно только служение, особая деятельность, не имеющая права потерять ощущение себя как чего-то сакрального. Во-вторых, архаизмы помогают понять, что перед нами неоклассика. После модернистского и постмодернистского подхода к образованию, то есть становления его как массового и стандартизированного явления, а затем имеющего право на плюрализм, автор предлагает задуматься о возвращении к истокам. Wie bitte? Какие ценности утверждали в образовании Квинтиллиан, Коменский, Песталоцци, Ушинский, Корчак и Макаренко? Каждый из них предполагал, что ученик - субъект обучения, личность, раскрывающая свой потенциал.

Далее я предложу краткий обзор основных положений гуманной педагогики. Вы легко сможете оценить их близость с позитивным видением человека, что открывает возможность для транскульного плодотворного обмена между двумя школами.

Описывая свой подход, опираясь на педагогическую классику, Амонашвили предлагает три допущения, три постулата и формулирует три движущих силы.

Три допущения связывают педагогику и духовную традицию. Вот они:

- душа человека есть реальная сущность;
- она устремлена к вечному восхождению и совершенствованию;
- земная жизнь есть отрезок пути восхождения. Здесь автор напоминает нам, что слово "школа" происходит от латинского "scale" - лестница.

Три постулата описывают наше отношение к

ребёнку в гуманной педагогике.

1. Ребёнок есть **явление** (феномен). Феноменологический подход призывает к восприятию ребёнка как уникального человека, который уже живёт, а не готовится к жизни.
2. Ребёнок несёт в себе жизненную **миссию**. В нём скрыт потенциал для прохождения уникального жизненного пути, который должен быть раскрыт и актуализирован образованием.
3. Ребёнок несёт в себе энергию **духа**. Библия говорит о том, что "Дух дышит, где хочет", таким образом и ребёнок не видит границ для своей реализации, способен и стремится выйти за пределы мира, очерченного старшими поколениями.

Три движущих силы обосновывают бессмысленность авторитарного педагогического мышления и постулируют компоненты природосообразного воспитания, которое способно учесть наличие следующих стремлений в душе ребёнка:

1. Стремление к развитию. Ребёнок не может не развиваться, развитие происходит через преодоление трудностей. Это естественный врождённый процесс, который требует создания условий, а не постоянного мотивированная извне. Он нарушается только при воздействии агрессивной социальной среды, которой может стать семья, и школа.
2. Стремление к взрослению. Ребёнок рождается не для того, чтобы остаться ребёнком, а для того, чтобы стать взрослым. Поэтому его жизнь - каждодневный выход за пределы себя. Амонашвили предлагает возвести исполнение педагогических процессов до искусства, что поможет чувствовать себя взрослым там, где он вовсе ещё не взрослый, а ребёнок.
3. Стремление к свободе. Оно означает движение к самостоятельности и автономности, которое может превратиться из возможности в реальность при содействии взрослого, через общение и совместную деятельность как с ним, так и самостоятельно.

Вне всякого сомнения, такой взгляд на ребёнка требует новое устройство школы. Современные тенденции стремятся сделать её максимально соответствующей текущим ценностям общества. Гуманная педагогика предлагает сосредоточиться на непреходящих истинах и раскрытии личностного потенциала, который включает физическое, интеллектуальное, эмоциональное и духовное развитие.

Даже беглый анализ основных положений гуманной педагогики позволяет определить этот подход как родственной позитивной психотерапии. В силу интереса у многих наших коллег к формированию нового направления - позитивной педагогики, я настоятельно советую ознакомиться как с трактатом "Школа жизни", так и с иными работами Шалвы Амонашвили.

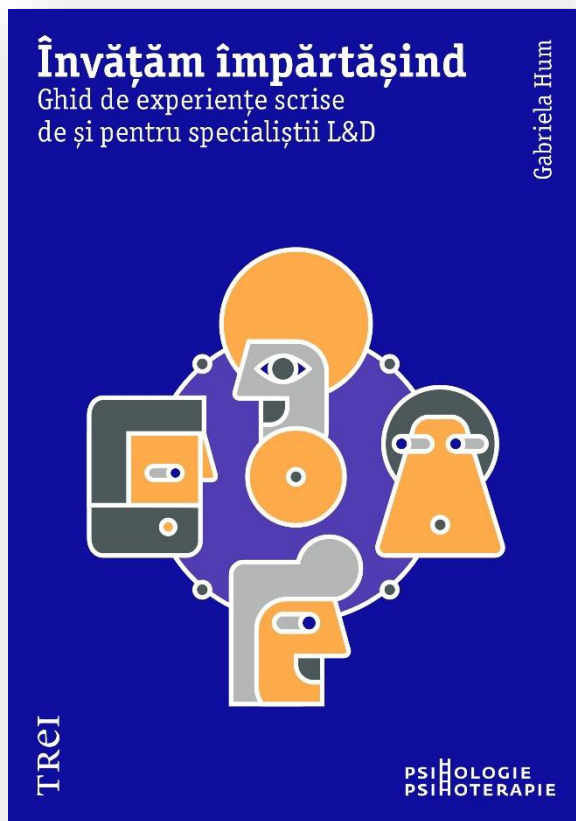
BUCHBEWERTUNG



von Diana Pop

Zertifizierter Positiver
Psychotherapeut, Cluj-Napoca,
Rumänien
pop.iuliadiana@gmail.com

Învățăm împărtășind. Ghid de experiențe scrise de și pentru specialistii L&D, Editor: Gabriela Hum



WIR LERNEN DURCH TEILEN - EIN LEITFADEN VON UND FÜR L&D SPECIALISTS [auf Rumänisch]

TREI-Verlag, 2021
348 Seiten
ISBN: 9786064010124

ISSN 2710-1460

Während der Pandemie 2020 begannen achtzehn Lern- und Entwicklungsspezialisten aus verschiedenen Unternehmen in Cluj-Napoca (Rumänien) unter der Leitung von Gabriela Hum, ein Buch zu schreiben.

Das Ergebnis?

"We learn by sharing - a guide written by and for L&D specialists" - Ein großartiges, 347 Seiten starkes Buch über ihre persönlichen Erfahrungen mit Schulungen und die Regeln, die man befolgen sollte, um eine gute Lernerfahrung zu schaffen, wie man Schulungen durchführt und die durch Schulungen ausgelösten Veränderungen in Organisationen aufrecht erhält.

Der Band enthält fünf Kapitel, unterteilt in zwanzig Abschnitte rund um das Wort "Lernen" und Organisationsentwicklung erstellt. Der Hauptakzent liegt auf der Bedeutung von Lernen und Entwicklung als Teil der Personalfunktionen und der Bedeutung von Lern- und Entwicklungsspezialisten als Geschäftspartner, weist auf technische Aspekte hin, die Teil der Bedarfsanalyse und der Gestaltung der Interventionen, der Lieferprogramme, des Lernens nach der Lieferung, der Karrieren, die man in der Lern- und Entwicklungsabteilung haben könnte, und auf spannende Möglichkeiten in diesem Bereich.

Es ist ein neues Einstiegsbuch in den HR-Bereich und sollte die "Bibel" für jede Organisation und für alle, die sich für den Ausbildungsbereich interessieren, werden.

Was mir auffiel, als ich das Buch zu lesen begann, war die leicht zugängliche Sprache, die verwendet wurde. Obwohl es sich um ein technisches Buch handelt, erlaubte die verwendete Sprache mir - einem Nicht-Lern- und Entwicklungsspezialisten - zu verstehen und in diese Welt einzutauchen. Vom ersten Kapitel

WAPP

an machte es mich neugierig, wie lang der Prozess der Erstellung eines Trainings ist und wie viele Details vom ersten Punkt an berücksichtigt werden: der Analyse der Notwendigkeit eines Trainings.

Es ist ein Buch der Details, aber nicht in einem langweiligen,



übermäßige Weise. Es sind die Details, die einen Unterschied machen, und die Details, die die Aufmerksamkeit der Teilnehmer auf sich ziehen können, damit der Lernprozess stattfindet.

Das Gefühl, das man beim Lesen dieses Buches bekommt, ist kein schweres, müdes Gefühl, sondern ein Gefühl der Neugier, gemischt mit Begeisterung, dieses "Ok, erzähl mir mehr davon"-Gefühl.

Besonders gut hat mir Kapitel drei gefallen - "Training delivery". Vom Titel her würde man einen "How to"-Abschnitt erwarten, aber nein, stellen Sie sich dieses Buch wie ein Labyrinth vor, Sie wissen, wo Sie hineingehen, Sie lernen, wie Sie herauskommen, und Sie erhalten alle Werkzeuge, um den Weg hinaus zu finden, aber der Prozess wird Sie verblüffen. Und das ist das richtige Wort für dieses Kapitel: erstaunlich! Wenn Sie beginnen, dieses Kapitel zu lesen, lautet der erste Satz: *"Wenn wir ein Training vorbereiten, fangen wir an, es als eine Reise zu betrachten. Es gibt einen Startpunkt, an dem wir unsere Reisepartner treffen, uns aufwärmen und auf der Karte nachsehen, wo wir ankommen müssen. Dann beginnen wir die Reise und befolgen einige Regeln, um sicherzugehen, dass alle dabei sind, die Reiseleiter. Und am Ende verabschieden wir uns voneinander und nehmen die Dinge mit, die wir auf der Reise gelernt haben, um sie weiterzugeben und zu üben."*

Der Leser wird erstaunt sein, wie gut dieser Satz das gesamte Kapitel zusammenfasst: die Eröffnung, die Gruppenregeln, das Aufwärmen für das Training und das Aufwärmen für das spezifische Thema, die Erwartungen, der Lernstil jedes Einzelnen - um sicherzustellen, dass *"jeder bei uns ist, die Führer"*, die Durchführung des Trainings und die Techniken der Durchführung, die Gruppendynamik und die visuelle Moderation.

Eine andere Sache, die mir gefallen hat, ist der Akzent des letzten Kapitels - *"Möglichkeiten und Perspektiven in L&D"* - auf dem Abschnitt - *Wie man einen Trainer ausbildet* - ein wichtiger Aspekt, der bei der Durchführung einer Schulung selten berücksichtigt wird. Und der Autor Calin Grigorovici weist darauf hin: *"Bei der Schulung geht es um die Teilnehmer, nicht um den Trainer"*, und das Kapitel ist der Vorbereitung des Trainers gewidmet, die auf drei Säulen beruht: Hintergrund, Pädagogik und Form.

Das gesamte Buch konzentriert sich nicht nur auf Informationen, Methoden und Übungen, sondern auch auf die Menschen: vom Trainer über die Teilnehmer bis hin zur Organisation, die in Rumänien zaghaft beginnt, eine Lernkultur zu entwickeln.

Am Ende jedes Kapitels findet der Leser einen Abschnitt mit Referenzen, Übungsbeispielen, Hilfsmitteln für Schulungen und einen Praxisbereich, der den Leser einlädt, an der Reise teilzunehmen.

Wenn Sie kein Lern- und Entwicklungsspezialist sind wie ich, werden Sie sich vielleicht fragen: "Warum sollte ich dieses Buch kaufen?"

Meine Antwort an Sie lautet: Sie sollten es für Ihre eigene persönliche Entwicklung kaufen, denn wir lernen jeden Tag etwas und können mit jeder Erfahrung, die wir im Leben machen, leicht zu Trainern für unsere Kinder, Klienten, Studenten usw. werden. Und die meisten Übungen und Informationen in diesem Buch lassen sich leicht in der täglichen Praxis anwenden.

Der Lernprozess ist nicht nur für Organisationen, sondern für jeden, jeden Tag in unserem Leben.

WAPP-NEWS

- Juli 2021

Liebe WAPP-Mitglieder,

Liebe Freunde und Unterstützer der Positiven Psychotherapie weltweit,

In den vergangenen sechs Monaten haben der WAPP-Vorstand und die Geschäftsstelle - mit großer Unterstützung unserer Mitglieder - viele innovative Ideen umgesetzt und bestehende Projekte weiterentwickelt:

- ✓ WAPP hat ein Kursüberwachungssystem eingeführt.
- ✓ Der WAPP-Vorstand hat eine Informationsbroschüre zur Selbstfindung entwickelt.
- ✓ Eine internationale Ausgabe eines Lehrbuchs zur "Psychodynamisch-Positiven Psychotherapie" ist im Entstehen begriffen und wird bald in viele Sprachen übersetzt werden.
- ✓ Der WAPP-Vorstand hat Kriterien für die Zulassung von Masterkursteilnehmern entwickelt.
- ✓ WAPP-Präsident Dr. Hamid Peseschkian wurde in den Rat der Internationalen Föderation für Psychotherapie (IFP) berufen.
- ✓ Zwei Online-Sitzungen mit Ausbildern, von denen eine der Selbsterfahrung gewidmet war.
- ✓ Ein Online-Treffen mit Zentren und Organisatoren von PPT-Kursen.
- ✓ Monatliche Online-Sitzungen des WAPP-Verwaltungsrats.
- ✓ Vorbereitung von internationalen Online- und Offline-

Konferenzen. Weitere wichtige Neuigkeiten finden Sie im Folgenden.

WAPP-Einrichtung von Ausschüssen

Die Weltvereinigung für Positive und Transkulturelle Psychotherapie (WAPP) hat vier Ausschüsse gebildet, um die folgenden vier Hauptthemen unserer Organisation zu diskutieren und zu bearbeiten: Führung; Mitgliedschaft; Ausbildung; Veröffentlichungen.

Unser Verband ist in diesem Jahr auf rund 1.900 Mitglieder in 36 Ländern angewachsen. Die Themen werden immer komplexer und umfassender. Der WAPP-Vorstand trifft sich einmal im Monat per Videokonferenz, um eine ständig wachsende Zahl von Themen zu diskutieren. Nach wie vor bedürfen viele Themen einer genaueren Betrachtung und Erforschung - und vor allem - unterschiedlicher Ansichten und Meinungen.

Deshalb hat der Vorstand einige Kollegen aus den Reihen unserer Mitglieder ernannt, die uns helfen sollen, unsere Vereinigung auf die nächste Stufe zu bringen. 19 der nominierten Mitglieder haben sich freiwillig zur Mitarbeit in den Ausschüssen bereit erklärt. Zusammen mit den Vorstandsmitgliedern bilden sie die folgenden Gruppen von 27 Personen aus 12 Ländern:

ISSN

2710-1460WAPP



Governance Committee	Membership Committee	Training Committee	Publications Committee
Strategy, plans, headoffice, staff, agenda, board issues, annual meetings, elections, legal affairs	Membership, finance, budget, events (World Congress, ITS, conferences)	Trainers and trainings, evaluation, training standards, specialized courses, centers, associations, EAP/ECP	Publications, Journal supervision, translations, Social Media, Website, Internet
governance-committee@positum.org	membership-committee@positum.org	training-committee@positum.org	publication-committee@positum.org
Hamid Peseschkian	Ewa Dobiala	Gabi Hum	Olga Lytvynenko
Raluca Ursica	Tinia Tober	Ivan Kirillov	Stefanka Tomcheva
Daria Krebs	Anna Wyszadko	Maxim Goncharov	Irina Kuklina
Fariba Karamloo	Ekaterina Dokunova	Natalia Khanetska	Erick Messias
Liudmyla Moskalenko	Adela Moldovan	Polina Efremova	Ovidiu Damian
	Denys Lavrynenko	Oana Bodor	Klaudia Sujecka
		Ocean Liu Yang	Oana Cuesdeanu
		Oleksandra Nizdran-Fedorovych	Maksim Chekmarev

Es wird weitere Ausschüsse, Untergruppen der Ausschüsse oder Arbeitsgruppen geben, für die wir auch in Zukunft gerne Freiwillige suchen.

Die neue Möglichkeit, sich über Kontinente und Zeitzonen hinweg online zu treffen, ermöglicht es uns, uns häufiger zu beraten und zu treffen und die Dinge endlich in Angriff zu nehmen.

Eine erste Sitzung aller Ausschüsse fand im Mai statt, weitere Sitzungen der Ausschüsse finden nun regelmäßig statt und sind sehr fruchtbar und inspirierend. Die Ideen und Vorschläge der Ausschüsse werden dem WAPP-Vorstand vorgelegt und, sofern sie angenommen werden, in enger Zusammenarbeit zwischen den Ausschüssen, dem Vorstand und der Geschäftsstelle umgesetzt.

Wir freuen uns sehr auf die neuen Entwicklungen, die die Arbeit unserer neuen Ausschüsse mit sich bringen wird.

Vielen Dank an alle, die diese Organisation mit Leben und Erfahrung füllen - und besonderen Dank an unsere neuen Ausschussmitglieder für ihre Bereitschaft und ihre Ideen!

WAPP Nachwahlen

Aufgrund des Rücktritts eines Vorstandsmitglieds war eine Nachwahl erforderlich. Der Vorstand berief eine außerordentliche (Online-)Versammlung ein, die am 29. April 2021 per Zoom abgehalten wurde.



Insgesamt hatten wir 11 Nominierungen für Mitglieder aus 8 Ländern, von denen 7 bereit waren, für den WAPP-Vorstand zu kandidieren. Wir danken Ihnen, dass Sie sie nominiert und ihnen Ihr Vertrauen und Ihren Respekt entgegengebracht haben. Die Wahl war nur durch elektronische Abstimmung möglich und fand im April statt. 311 stimmberechtigte Mitglieder nahmen an der Wahl teil.

Das neu gewählte Mitglied ist Dr. Stefanka Tomcheva aus Bulgarien. Mehr als 50 Mitglieder aus drei Kontinenten nahmen an der außerordentlichen (Online-)Versammlung am 29. April teil, in der die Ergebnisse der Nachwahlen bekannt gegeben wurden.

Brandneue Website geht online

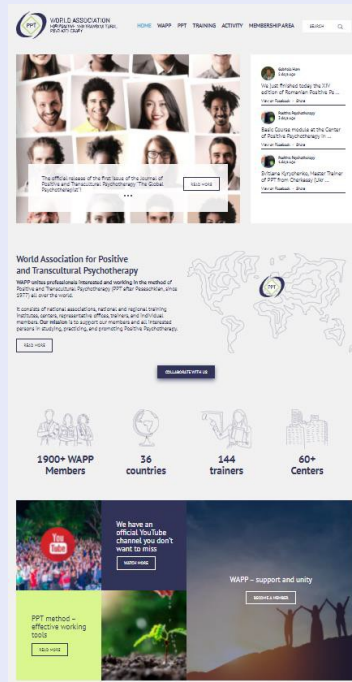
WAPP hat eine brandneue Website veröffentlicht (www.positum.org). Sie ist zeitgemäßer, leicht zu navigieren und voller nützlicher Informationen.

Es gibt einen speziellen Bereich "Veröffentlichungen", in dem wir alle verfügbaren PPT-Veröffentlichungen gesammelt haben: Bücher, Artikel, Präsentationen, Schulungs- und Werbematerialien.

Sie können sie nach Typ und Sprache filtern.

Natürlich gibt es auf der neuen Website wieder die nach Ländern sortierte Mitgliederliste und andere Funktionen, die Sie von der alten Website gewohnt waren.

Sie verfügt auch über ein Mitglieder-Login, das es WAPP-Mitgliedern ermöglicht, mehr Informationen zu erhalten als andere Nutzer der Website. Sie bietet mehr Neuigkeiten, Schulungsmaterialien, Details über Veröffentlichungen und Artikel.



Internationales Trainingsseminar (ITS) 2021 - Anmeldung ist offen



Wir freuen uns, die nächste Internationale Online-Konferenz über PPT ankündigen zu können: 9.-10. Oktober 2021. Aufgrund der Pandemie wird der ITS wieder online über Zoom stattfinden.

Die Anmeldung ist geöffnet - [Registrieren>>](#)

9. Oktober 2021 - Ausbildertag: nur für Ausbilder und Ausbilderanwärter - Plenarsitzungen, Seminare, Workshops zu Ausbilder- und Ausbildungsthemen und Selbsterfahrungsgruppen.

10. Oktober 2021 - Tag der offenen Tür: Plenarsitzungen und Workshops - offen für alle.

Die Seminarsprache ist Englisch und teilweise Russisch, Übersetzungen für einzelne Vorträge müssen vom Vortragenden organisiert werden, Übersetzungen in andere Sprachen bitte selbst organisieren. Weitere Informationen über das wissenschaftliche Programm finden Sie auf unserer Website.

Wir freuen uns über das Wachstum der WAPP-Gemeinschaft und die steigende Qualität der PPT-Schulungen in der ganzen Welt. Trotz der COVID-19 Pandemie bleibt WAPP dank der Mitglieder, die ihre Zeit und ihr Fachwissen einbringen, weiterhin aktiv.

Mit großem Dank
an den WAPP-Vorstand und die

Geschäftsstelle

Weltverband für positive und transkulturelle Psychotherapie (WAPP)

WAPP Hauptverwaltung - Luisenstraße 28 - 65185 Wiesbaden - Deutschland

Tel.. +49-6 11-450 34 40 - E-Mail: wapp@positum.org - Website: www.positum.org

ISSN

2710-1460WAPP



THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021
Number 2
Volume 1

INFORMATIONEN UND LEITLINIEN FÜR AUTOREN

Die vollständigen und aktuellen "Informationen und Richtlinien für Autoren" finden Sie auf der JGP-Website: <https://www.positum.org/ppt-journal/>

The Global Psychotherapist (JGP) ist eine interdisziplinäre digitale Zeitschrift, die der Positiven Psychotherapie (PPT nach Peseschkian, seit 1977)[™] gewidmet ist. Diese halbjährlich erscheinende Zeitschrift mit Peer-Review veröffentlicht Artikel über Erfahrungen mit und die Anwendung der humanistisch-psychodynamischen Methode der Positiven und Transkulturellen Psychotherapie. Die Themen reichen von Forschungsartikeln zu theoretischen und klinischen Fragen, systematischen Übersichten, Innovationen, Artikeln zum Fallmanagement, verschiedenen Aspekten der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung, Anwendungen der PPT in Beratung, Bildung und Management, Leserbriefen, Buchbesprechungen usw. Ein spezieller Abschnitt ist jungen Fachleuten gewidmet und soll junge Kollegen zur Veröffentlichung ermutigen. Die Zeitschrift begrüßt Manuskripte aus verschiedenen Kulturen und Ländern.

Die Sprachen der Artikel sind: Englisch und Russisch. Jeder Artikel muss eine Zusammenfassung in englischer Sprache und für russische Artikel - in Englisch und Russisch - enthalten. Für das Lektorat in englischer Sprache können die Autoren unsere englischsprachige Lektorin, Dr. Dorothea Martin (USA/Albanien), um Hilfe bitten. Dieser Service ist für die Autoren kostenlos. Es handelt sich jedoch nur um ein Lektorat, nicht um eine Übersetzung - E-Mail über journal@positum.org.

Begutachtungsverfahren: Alle eingereichten Manuskripte - mit Ausnahme von kurzen Buchbesprechungen - werden anonymisiert und mindestens zwei unabhängigen Gutachtern zur "doppelblinden" Begutachtung zugesandt. Deren Rezensionen (ebenfalls anonymisiert) werden dann an den Autor zurückgesandt. Eingereichte Artikel werden im "Antiplagiat"-System geprüft und bei einem zufriedenstellenden Ergebnis angenommen (das für jeden einzelnen Artikel anhand des Verhältnisses von Originaltextfragmenten, entlehnten Fragmenten und dem Vorhandensein formalisierter Links ermittelt wird).

Einreichungen können nur als E-Mail-Anhang im DOC-, DOCX- oder RTF-Format an journal@positum.org gesendet werden.

Für die Formatierung der Artikel, einschließlich der Informationen über die Autoren, bitten die Editorials die Autoren, spezielle Vorlagen zu verwenden.

- Für wissenschaftliche Abschnitte: [Vorlage für wissenschaftliche Artikel](#)
- Für praktische Abschnitte: [Vorlage für praktische Artikel](#)
- Buchbesprechungen und Leserbriefe werden in

freier Form angenommen. Ein Autor kann nur einen Beitrag pro Ausgabe veröffentlichen.

In Ausnahmefällen können längere Artikel (oder Abweichungen von diesen Richtlinien) von den Redakteuren in Betracht gezogen werden, allerdings benötigen die Autoren vor der Einreichung eine spezielle Genehmigung der Redakteure. (In der Regel

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021
Number 2
Volume 1

erlauben wir eine Fehlermarge von 10 % +/- bei der Anzahl der Wörter).

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021
Number 2
Volume 1

Referenzen: Der Autor muss die Referenzen alphabetisch am Ende des Artikels oder auf einem separaten Blatt auflisten und dabei den grundlegenden Harvard-APA-Stil verwenden. Das Literaturverzeichnis sollte sich nur auf die Referenzen beziehen, die im Text vorkommen, z. B. (Fairbairn, 1941) oder (Grostein, 1981; Ryle & Cowmeadow, 1992): Literaturübersichten und breitere Bibliographien werden nicht akzeptiert. Einzelheiten über den üblichen Harvard-APA-Stil können auf Anfrage zugesandt werden oder sind auf verschiedenen Websites zu finden.

Im Wesentlichen wird das folgende Format verwendet, mit exakter Großschreibung, Kursivschrift und Interpunktion.

Hier sind drei grundlegende Beispiele:

[1] Für Zeitschriften-/Zeitschriftenartikel (Titel von Zeitschriften sollten nicht abgekürzt werden):

FAIRBAIRN, W.R.D. (1941). Eine revidierte Psychopathologie der Psychosen und Neuro-Psychosen. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 22, S. 250-279.

[2] Für Bücher:

PESECHKIAN, N. (2016). *Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy*, Bloomington, USA: AuthorHouse UK.

[3] Für nicht-englischsprachige Ressourcen:

ШПИГЕЛЬБЕРГ, Г. М. [SPIEGELBERG, H. M.] (2002). *Феноменологическое движение. Историческое введение* [Phänomenologische Bewegung. Historische Einführung]. М.: "Логос". 608 с.

[4] Bei Kapiteln in Büchern mit mehreren Autoren:

PESECHKIAN H., REMMERS A. (2020) *Positive Psychotherapie: An Introduction*. In: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds), *Positive Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie*, (pp. 3-9). Springer, Cham.

Häufigkeit und Urheberrecht

Die Zeitschrift erscheint zweimal im Jahr. Die Zeitschrift unterstützt die Open-Access-Politik, die auf dem Grundsatz der freien Verbreitung wissenschaftlicher Informationen und des globalen Wissensaustauschs für den gemeinsamen sozialen Fortschritt beruht. Autoren, die unter einer von der Zeitschrift erlaubten Lizenz veröffentlichen, behalten alle Rechte. Die Redaktionspolitik der Zeitschrift sieht vor, dass alle Versionen der veröffentlichten Artikel ohne Sperrfrist in einem institutionellen oder anderen Repositorium der Wahl des Autors hinterlegt werden können. Der Redaktionsausschuss der Zeitschrift behält sich das Recht vor, die zur Veröffentlichung eingereichten Artikel Korrektur zu lesen.

Weitere Informationen und Kontaktangaben finden Sie auf der JGP-

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021
Number 2
Volume 1

Website: <https://www.positum.org/ppt-journal/>