

MASTERARBEIT

zum Thema

Evaluation der Interventionen des Institut's für christliche Lebens- und Eheberatung

(Evaluation of the methods of the Institute for christian life- and marriage counseling)

Eingereicht von: Johanna Krucker
Lazarettgarten 33
76829 Landau in der Pfalz

Matrikelnummer: 210100019

Betreuerin: PD Dr. Gabriele E. Dlugosch

Zweitgutachter: Prof. Dr. Reinhold S. Jäger

Landau in der Pfalz, März 2016

Ehrenwörtliche Erklärung

„Hiermit bestätige ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbständig verfasst wurde und ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel-insbesondere keine im Quellenverzeichnis nicht benannten Internet-Quellen-benutzt habe und die Arbeit von mir vorher nicht in einem anderen Prüfungsverfahren eingereicht wurde. Die eingereichte schriftliche Fassung entspricht der auf dem elektronischen Speichermedium (CD-ROM).“

Ort, Datum

Johanna Krucker

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen bedanken, die mich bei dieser Masterarbeit unterstützt haben.

Mein Dank gilt PD Dr. Gabriele E. Dlugosch für die Übernahme der Erstkorrektur und für die schnellen und hilfreichen Antworten auf meine Fragen. Bei Prof. Dr. Reinhold S. Jäger möchte ich mich für die Zweitkorrektur bedanken.

Mein besonderer Dank gilt dem Institut für christliche Leben- und Eheberatung. Bei Katharina Schmidt, Benjamin Rhein, Frank Kunze und Johanna Siegrist möchte ich mich für die vielen nützlichen Tipps und Informationen bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Ebenfalls möchte ich mich bei allen individualpsychologischen Beratern und therapeutischen Seelsorgern, sowie bei ihren Klienten für die tatkräftige Unterstützung bedanken, ohne die diese Masterarbeit nicht möglich gewesen wäre.

Ein großes Dankeschön geht an meine Freundinnen Daniela und Sabine für das Korrektur-Lesen und ihre wertvollen Anmerkungen zu dieser Arbeit. Bei meiner Freundin Natalie möchte ich mich für die Durchsicht der statistischen Analysen herzlich Bedanken.

Ein liebevolles Dankeschön geht an meinen Mann Marco, der mich während der gesamten Zeit immer unterstützt und ermutigt hat.

Meinen lieben Eltern gilt mein besonderer Dank. Sie haben mich in allen Lagen begleitet und mir geholfen nicht vom Weg abzukommen.

Zuallerletzt danke ich meinem himmlischen Vater, dass er mich in allen Bereichen meines Lebens trägt und leitet.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	III
Abkürzungsverzeichnis.....	VIII
Abstract.....	1
1 Einleitung.....	2
2 Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1 Geschichte der Individualpsychologie.....	5
2.2 Grundbegriffe der Individualpsychologie.....	12
2.2.1 Holismus.....	12
2.2.2 Gemeinschaftsgefühl.....	13
2.2.3 Finalität.....	14
2.2.4 Organminderwertigkeit/Minderwertigkeitsgefühl.....	15
2.2.5 Männlicher Protest.....	16
2.2.6 Streben nach Überlegenheit.....	17
2.2.7 Neurose.....	18
2.2.8 Die drei Lebensaufgaben.....	21
2.2.8.1 Mensch und Mitmensch.....	22
2.2.8.2 Arbeit und Beruf.....	22
2.2.8.3 Liebe und Ehe.....	23
2.2.9 Lebensstil.....	24
2.2.10 Private Logik.....	25
2.2.11 Tendenziöse Apperzeption.....	25
2.2.12 Familie.....	26
2.2.12.1 Familienatmosphäre.....	26
2.2.12.2 Familienkonstellation.....	27
2.2.12.2.1. Das einzige Kind.....	27
2.2.12.2.2. Das älteste Kind.....	28
2.2.12.2.3. Das zweite Kind.....	28
2.2.12.2.4. Das jüngste Kind.....	29
2.3 Zur Therapie/Beratung in der Individualpsychologie.....	29

2.3.1	Ziel und Ablauf der Therapie/Beratung.....	30
2.3.2	Den Patienten verstehen.....	30
2.3.3	Aufklären des Patienten über sich selbst.....	31
2.3.4	Das therapeutische Verhältnis.....	31
2.3.5	Besondere Aspekte und Techniken der Behandlung..	32
2.4	Wirksamkeit der Individualpsychologie.....	32
2.4.1	Meta-Analyse of Psychotherapy Outcome Studies....	33
2.4.2	Wirksamkeitsnachweis des Österreichischen Verein für Individualpsychologie (ÖVIP).....	34
2.4.3	Berner Metaanalyse zur Wirksamkeit von Psychotherapie.....	34
2.4.4	Wirksamkeitsuntersuchung individualpsychologisch- psychoanalytischer Psychotherapie.....	36
2.4.5	Wissenschaftlicher Beirat.....	37
2.5	Psychotherapie vs. Beratung.....	38
2.5.1	Definition von Psychotherapie und Beratung.....	38
2.5.2	Gemeinsamkeiten vs. Unterschiede.....	39
2.6	ICL- Insitut für christliche Lebens- und Eheberatung.....	41
2.6.1	Aufbau des ICL-Institut.....	41
2.6.2	Überblick über Ausbildungsmöglichkeiten.....	42
2.6.2.1	Grundlagenstufe.....	42
2.6.2.2	Aufbaustufe.....	43
2.6.2.3	Vertiefungsstufe.....	45
2.6.2.4	Eheberatung.....	47
2.6.2.5	Heilpraktiker für Psychotherapie.....	48
2.6.2.6	Weiterbildungen.....	48
2.6.3	Methoden und Interventionen des ICL's.....	51
2.6.3.1	Ermutigung.....	51
2.6.3.2	Lebensstil.....	51
2.6.3.3	Frühkindliche Erinnerung (FKE).....	53
2.6.3.4	Lebenstilkorrektur.....	54
	2.6.3.4.1. Mitte finden.....	54
	2.6.3.4.2. Antisuggestion.....	55

2.6.3.4.3. Individualpsychologische Frage....	55
2.6.3.5 Familienatmosphäre.....	55
2.6.3.6 Familienkonstellation.....	56
2.6.3.7 Geschwisterkonstellation.....	56
2.6.3.8 Charakterstrukturen.....	57
2.6.3.9 Erziehungsfragen.....	58
2.6.3.10 Gebetsseelsorge.....	59
2.6.3.11 Projektion in Objekte.....	60
2.6.3.12 Wissen über psychische Störungen.....	61
2.6.3.13 Fremdwahrnehmung.....	61
2.6.3.14 Gesprächsführung.....	62
2.6.3.14.1. Empathie/Einführendes Verstehen, Wertschätzung/ Annahme, Kongruenz/Echtheit.....	62
2.6.3.14.2. Gesprächskiller.....	62
2.6.3.14.3. Spiegeln.....	63
2.6.3.14.4. Übertragung- Gegenübertragung-Widerstand...	63
2.7 Debatte: Spezifische Techniken versus allgemeine Wirkfaktoren.....	64
2.7.1 Einführung in die Debatte: Spezifische Techniken versus allgemeine Wirkfaktoren.....	64
2.7.2 Begriffserklärung spezifischer vs. allgemeine Wirkfaktoren.....	65
2.7.3 Unbegründete Polarisierung?.....	70
2.7.4 „Generic Modell of Psychotherapy“.....	72
2.8 Das Wirkmodell.....	74
3 Fragestellung und Hypothesen.....	76
3.1 Fragestellung 1.....	76
3.2 Hypothese 1.....	76
3.3 Hypothese 2.....	76
3.4 Hypothese 3.....	76
3.5 Hypothese 4.....	77
4 Methode.....	78

4.1	Prozedur der Klientenrekrutierung.....	78
4.2.	Stichproben.....	79
4.2.1	Klientenstichprobe.....	79
4.2.2	Stichprobe der Berater und Beraterinnen.....	82
4.3	Operationalisierung der Konstrukte.....	82
4.3.1	Bochumer Veränderungsfragebogen 2000 (BVB-2000).....	83
4.3.2	Helping Alliance Questionnaire (HAQ).....	84
4.3.3	Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV).....	85
4.3.4	Operationalisierung der Werthaltung/Einstellung.....	86
4.3.5	Weitere subjektive Beurteilungen.....	87
4.4	Kritische Beleuchtung der Methode.....	87
4.4.1	Direkte vs. indirekte Veränderungsmessung.....	87
4.4.2	Fragebogen.....	89
4.5	Auswertungen.....	90
5	Ergebnisse.....	91
5.1	Fragestellung und Hypothesen.....	91
5.2	Offene Antworten.....	97
6	Diskussion und Ausblick.....	103
6.1	Diskussion der Ergebnisse.....	103
6.2	Schwächen und Einschränkungen der eingesetzten Methode.....	105
6.3	Ausblick.....	106
	Literaturverzeichnis.....	107
	Anhang.....	115
	Anhang A: Referenzbogen für den Abschluss Individual- psychologische/r Berater/in & Seelsorger/in.....	115
	Anhang B: Familienkonstellation.....	116
	Anhang C: Anschreiben 1.....	117
	Anhang D: Anschreiben 2.....	118
	Anhang E: Erhebungsinstrument.....	119

Abkürzungsverzeichnis

ACC	Association of Christian Counsellors
AGG	Alfred-Adler-Gesellschaft
AW	Aufbaustufe-Wahlseminare
BG	Begleitender Seelsorger/ Begleiter für Persönlichkeitsentwicklung und Sozialkompetenz
BS	Beratender Seelsorger für Persönlichkeitsentwicklung und Sozialkompetenz
BVB-2000	Bochumer Veränderungsbogen 2000 (BVB-2000)
DGfB	Deutsche Gesellschaft für Beratung
DGIP	Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
FKE	Frühkindliche Erinnerungen
GBB	Giessener Beschwerdebogen
HAQ	Helping Alliance Questionnaire
ICL	Institut für Christliche Lebens- und Eheberatung
IP	Individualpsychologie
IPBS	Individualpsychologischer Berater und therapeutischer Seelsorger
IPLE	Individualpsychologischer Lebens- und Eheberater
IPSF	Individualpsychologisch-Systemischer Fachberater
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MMPI(K)	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Kurzform)
ÖVIP	Österreichische Verein für Individualpsychologie
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PATHEV	Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation

SGfB	Schweizerische Gesellschaft für Beratung
VEV	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens

Abstract

Das 25 Jahre bestehende Ausbildungsinstitut für christliche Lebens- und Eheberatung (ICL) hat bisher keinen empirischen Nachweis zur Wirksamkeit ihrer Methoden erbracht. In dieser Studie wird der Beratungserfolg aus Klientensicht mittels des Bochumer Veränderungsbogen-2000 (BVB-2000) erhoben. Zudem wird der Zusammenhang zwischen allgemeinen Wirkfaktoren (Berater-Klienten-Beziehung und Beratungserwartung) und dem Beratungserfolg sowie zwischen dem Alter der Klienten und dem Beratungserfolg geprüft. Weiterhin wird ein Gruppenvergleich zwischen Christen vs. Nichtchristen hinsichtlich des Beratungserfolgs durchgeführt. Die Berater-Klienten-Beziehung wird mit dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ) erhoben, die Beratungserwartung mit dem Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV) und der christliche Glaube durch ein selbstgeneriertes Item. Die befragte Stichprobe besteht aus 36 Klienten (25 Frauen, sechs Männer). Statistische Analysen ergaben, dass ca. 70% der Stichprobe eine Verbesserung hinsichtlich ihres Erleben und Verhalten wahrnahmen. Der angenommene positive Zusammenhang zwischen der Berater-Klienten-Beziehung und dem Beratungserfolg wurde bestätigt. Die Korrelationen zwischen Alter und Beratungserfolg sowie zwischen Beratungserwartung und Beratungserfolg waren, ebenso wie der Gruppenvergleich, nicht signifikant.

1 Einleitung

In den letzten Jahren kann ein rasanter Anstieg der psychischen Störungen verzeichnet werden (Jacobi, 2009). Dafür gibt es unterschiedliche Gründe, bspw. hat sich die gesellschaftliche Akzeptanz und die Selbstwahrnehmung bzgl. psychischer Erkrankungen erhöht. Ebenfalls haben sich die Diagnosekriterien im Laufe der Jahre geändert (Jacobi, 2009). Viele Experten gehen bereits heute davon aus, dass psychische Erkrankungen bald die „Volkskrankheit Nummer 1“ werden. An einer psychischen Störung zu erkranken stellt nicht nur ein individuelles Problem dar, sondern ist auch gesellschaftlich zu fokussieren, da es in vielen Bereichen zu mannigfaltigen Auswirkungen kommt, z.B. die Beeinträchtigung der Arbeitsleistung könnte große wirtschaftliche Einbußen zur Folge haben (Robert-Koch-Institut, 2015).

Heute sind überlange Wochenarbeitsstunden von 45 Stunden und mehr, keine Seltenheit, dies führt dazu, dass der Mitarbeiter erheblich höheren Arbeitsbelastungen ausgesetzt ist. Zudem berichten Personen mit überlangen Arbeitszeiten von erhöhtem Zeitdruck während der Arbeit, sowie von wenig Erholungsphasen. Arbeiten werden häufig mit nach Hause genommen und familiäre und soziale Aktivitäten kommen zu kurz (DGB-Index Gute Arbeit, 2016). Des Weiteren erfordert der schnelle gesellschaftliche Wandel und die damit verbundenen Konsequenzen, wie bspw. ein höheres technisches Know-How zur Bedienung komplexer elektronischer Maschinen und Anlagen, sowie der Umgang mit Computern, eine flexible und schnelle Anpassung an sich permanent verändernde Arbeitsbedingungen. Hierzu müssen auch die Arbeits- und Sozialbeziehungen gezählt werden (Robert-Koch-Institut, 2015). Denn auch hier erfolgen häufige Umstrukturierungen, werden neue Arbeitsgruppen und Teams entwickelt, in die sich der Arbeitnehmer immer wieder neu organisieren und einfügen muss. Daraus resultiert ein erhöhter Anspruch an die sozialen und kommunikativen Kompetenzen, sodass der Einzelne unter Druck und unter Zugzwang geraten könnte, dem er sich möglicherweise nicht entziehen kann.

Aber auch wirtschaftliche Aspekte sind auf Grund psychischer Erkrankungen von enormer Wichtigkeit für das Individuum und die Gesellschaft. Die Frühberentung aufgrund psychischer Störungen ist auf das Dreifache

angestiegen, obwohl sich die Anzahl der früh in Rente Gehenden insgesamt reduziert hat (Robert-Koch-Institut, 2015).

Ebenso kann eine sinkende Motivation und Produktivität des psychisch erkrankten Mitarbeiters verzeichnet werden. Dadurch erhöhen sich nicht nur die Fehlzeiten, sondern auch die Fluktuation am Arbeitsplatz. Aber auch die Ausfallzeiten, die sich aus einer Krankschreibung wegen psychischer Störungen ergeben, können von erheblich längerer Dauer als bei physischen Erkrankungen sein (Bundespsychotherapeutenkammer, 2012; Jacobi, Klose & Wittchen, 2004). All diese Faktoren können erheblich höhere Kosten bewirken und möglicherweise zu einer verringerten Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens beitragen. Diese Veränderungen und die Zunahme von psychischen Störungen können den Bedarf und die Nachfrage nach psychologischen Behandlungen erhöhen. Hier besteht die Möglichkeit eine Psychotherapie zu absolvieren, die von den Krankenkassen übernommen wird. Allerdings muss der Patient mit langen Wartezeiten von bis zu sechs Monaten rechnen und kann den Therapeuten auf Grund dessen nur eingeschränkt frei wählen. Es kann aber auch eine Beratung in freien Praxen in Anspruch genommen werden, bei der die Kosten vom Betroffenen selbst getragen werden müssen und keine empirischen Belege vorliegen. Hinzu kommt, dass die Expertise des Beraters für den Laien nur schwer einzuordnen ist, weil Bezeichnungen wie *systemischer Berater*, *Heilpraktiker für Psychotherapie*, *Lebensberater* und *psychosozialer Berater* von Laien nur schwerlich verortet werden können. Die deutsche Gesellschaft für Beratung möchte hier Abhilfe schaffen, indem sie Gütekriterien für Beratungsinstitute vorgibt, um einen Qualitätsstandard festzulegen. Das Institut für christliche Lebens- und Eheberatung (ICL) ist in diesem Dachverband Mitglied. Um die Methoden und Herangehensweisen des ICL's empirisch abzusichern, müssen jedoch erst noch empirische Befunde geliefert werden. Der Einbezug der Beratung als Krankenkassenleistung könnte die Wartezeiten und den Therapeutenengpass um einiges verringern. Die Passung zwischen Therapie- bzw. Beratungsform und Klienten könnte durch die Vielfältigkeit des Angebotes verbessert werden. Die vorliegende Arbeit soll einen ersten Schritt zu einem empirischen Nachweis für die Wirksamkeit der Methoden des ICL's darstellen.

Diese Arbeit besteht aus sechs aufeinander aufbauenden Bausteinen. Nach dieser kurzen Einleitung in die Thematik folgt der theoretische

Hintergrund, der eine tiefergehende Einführung in das Thema leistet. Auf Basis des theoretischen Hintergrundes wird die Fragestellung und die Hypothesen abgeleitet. In dem folgenden Methodenteil wird die Stichprobe sowie das Erhebungsinstrument vorgestellt. Daran schließt sich der Ergebnisteil an, in dem systematisch die Ergebnisse der Fragestellung und Hypothesen veranschaulicht werden. Im Diskussionsteil werden die gewonnenen Ergebnisse diskutiert. Weiter gibt dieser Teil Aufschluss über Schwächen der Erhebung und die Einschränkungen der eingesetzten Methodik. Zudem folgt ein Ausblick über mögliche Folgeuntersuchungen. Für die einfachere Lesbarkeit wird in der gesamten Masterarbeit größtenteils die männliche Form verwendet.

2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund beginnt mit einem geschichtlichen Abriss der Individualpsychologie, um die Entstehung und Einbettung in die Tiefenpsychologie zu erläutern. Diesem Teil schließen sich die Definitionen zentraler Begriffe dieser Schule an (Kapitel 2.1 und 2.2). Darauf folgt der Ablauf der Therapie nach dem Verständnis von Alfred Adler (Kapitel 2.3). Fortgesetzt wird dies durch die Aufführung wichtiger Studien und Metaanalysen, um die bisher erbrachten empirischen Wirksamkeitsbelege der Individualpsychologie aufzuzeigen (Kapitel 2.4). Im Anschluss werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der Psychotherapie und der Beratung deutlich gemacht (Kapitel 2.5). Danach wird das Institut für christliche Lebens- und Eheberatung, sowie deren Methoden vorgestellt (Kapitel 2.6). Es knüpft sich die noch immer geführte Debatte zwischen spezifischen Techniken versus allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie an (Kapitel 2.7). Am Ende des Theorieteils wird das für diese Arbeit zugrundeliegende Wirkmodell vorgestellt (Kapitel 2.8).

2.1 Geschichte der Individualpsychologie

Da die Individualpsychologie (IP) heutzutage nahezu in Vergessenheit geraten ist bzw. nicht mehr innerhalb des universitären Unterrichts gelehrt wird, soll an dieser Stelle eine Einführung in die historische Entwicklung der IP sowie der Werdegang ihres Begründers Alfred Adler in verkürzter Form dargestellt werden. Dies soll dem allgemeinen Verständnis der IP dienen und somit deren Berechtigung im heutigen Beratungskontext begründen. Begriffe, wie z. B. Gemeinschaftsgefühl werden zu einem späteren Zeitpunkt aufgegriffen und ausführlich erklärt. Um dem Leser eine bessere Übersichtlichkeit zu ermöglichen, sind diese Begriffe mit einem Querverweis gekennzeichnet.

Alfred Adler wurde am 7. Februar 1870 in Wien, als zweites von sechs Kindern, in eine jüdische Kaufmannsfamilie hineingeboren. Während seiner Kindheit litt er an mehreren Krankheiten, u. a. an Rachitis, Erstickungsanfällen und einer Lungenentzündung. Der Tod seines Bruders weckte in ihm den Wunsch Arzt zu werden. Nach dem Abitur absolvierte er im Jahre 1895 ein Medizinstudium an der Universität in Wien. Dort engagierte er sich auch über die Studienzeit hinaus in einem sozialistischen Studentenverein. Aus der im

Jahre 1897 geschlossenen Ehe mit Raissa Tinofejevna Epstein gehen vier Kinder hervor.

Von 1902 bis 1911 wohnte Alfred Adler regelmäßig, als einer der ersten vier Mitglieder, der Mittwochsgesellschaft unter der Leitung Sigmund Freuds bei. Hier gewann er Einblicke in die Psychoanalyse und übernahm das Gedankengut von Freud. Aber auch Adlers eigene Ideen basierend auf Rudolf Ludwig Karl Virchow und Wilhelm Griesinger flossen in diese Runde ein. Hierzu gehören u. a. „die Idee der Ganzheitlichkeit und Gerichtetheit des menschlichen Seelenlebens und der interaktiven Funktion des Ichs“ (Stephenson, 2011, S. 42). Bereits 1904 konnte man in Adlers Aufsatz „Der Arzt als Erzieher“ sein individualpsychologisches Konzept erkennen (pädagogische Ausrichtung, Überwindung der Schwäche, Stärkung der eigenen Kraft) (Bruder-Bezzel, 1999).

Sein erstes 1907 verfasstes Buch handelte über die Organminderwertigkeit (siehe Kapitel 2.2.4). In diesem erklärte er, dass die Neurose auf eine organische Minderwertigkeit und deren Kompensation zur Überwindung zurückzuführen sei. Somit nahm Adler an, dass eine organische Erkrankung zur Neurose führen kann, anders herum dies aber nicht sein könne. Dies könnte seinen eigenen Leiden in der Kindheit geschuldet gewesen sein. Später änderte Adler seine Meinung dahingehend, dass das Minderwertigkeitsgefühl durch jede mögliche Art von Beeinträchtigung des sozialen Entfaltens und des Selbstwertgefühles bedingt wäre (Schmidt, 1982).

Im Jahre 1908 propagierte er den Aggressionstrieb als Ergänzung zu Freuds Sexualtrieb, was von der Mittwochsgesellschaft als Provokation gewertet wurde. Der Aggressionstrieb, so Adler, sei dem an die Organe gebundenen Primärtrieben übergeordnet. Unbefriedigte Primärtriebe können dann bei Nichterfüllung durch den Aggressionstrieb kompensiert werden. Somit verfügen Menschen mit Organminderwertigkeit über einen ausgeprägten Aggressionstrieb. Später löste er den Aggressionstrieb vollständig von seiner Lehre ab, da er nun „das Biologische und Deterministische des Triebbegriffs in Frage stellte“ (Bruder-Bezzel, 1999, S. 23). Der Aggressionstrieb wird später durch den kompensatorischen männlichen Protest oder das Geltungs- und Machtstreben ersetzt (siehe Kapitel 2.2.5).

Einen weiteren wichtigen Aufsatz verfasste Adler 1908 über das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes, welches in der Erziehung eine entscheidende

Rolle einnimmt. Es wird als ein Gefühlskomplex und nicht als Trieb angenommen, der sozial gerichtet ist. Wird dieses Zärtlichkeitsbedürfnis in richtigem Maß befriedigt, resultiert daraus eine gesunde Entwicklung (Selbstbewusstsein und Gemeinschaftsgefühl). Bei unangemessen niedriger Befriedigung kann dies starke Auswirkungen auf das Minderwertigkeitsgefühl nach sich ziehen und somit eine neurotische Entwicklung begünstigen. Das Kind hat nun die Möglichkeit entweder dem unbefriedigten Bedürfnis auszuweichen oder ein aggressives Verhalten zu zeigen. Das aggressive Verhalten führt bei dem Kind zu Schuldgefühlen und verstärkt dadurch die Verletzbarkeit und die Schuldgefühle. Die dauernden Schwankungen zwischen den Polen der Verletzbarkeit und dem aggressiven Verhalten beschreibt Adler als das Schema der Neurose. Als weitere Pole und zur Erklärung der Neurose nimmt Adler die Faktoren der Männlichkeit und Weiblichkeit an. Das kleine Kind fühlt sich hilflos und somit weiblich wertlos, darauf reagiert es mit männlichem Protest, dem die Sexualität untergeordnet ist („Ich will ein Mann sein“). Dieses Pendeln zwischen den Polen und die Kompromissbildung zwischen den Extremen bilden die Basis der Neurose, was dann von Adler als „psychischer Hermaphroditismus“ bezeichnet wird (Bruder-Bezzel, 1999).

Der Neuentwurf des Neurosenschemas führte 1911 zum Ausschluss Adlers und sechs weiteren Mitgliedern aus der Mittwochsgesellschaft. Aus dieser Abspaltung ging der „Verein für freie psychoanalytische Forschung“ hervor, der 1913 in den „Verein für Individualpsychologie“ umbenannt wurde. Dies sollte die Trennung zur Psychoanalyse nochmals hervorheben und so das Individuum als Ganzes betonen (Kriz, 2007).

Sein richtungsweisendes Hauptwerk „Der nervöse Charakter“ erschien in vier immer wieder reformierten Auflagen (1912, 1919, 1922, 1928) mit dem Ziel eine psychologische Schule und die Rechtfertigung einer Charakterlehre zu begründen. Hierdurch grenzte er sich von Freuds Neurosenlehre ab und vermittelte gleichzeitig Wissen über eine „normale“ Persönlichkeit. Es folgten weitere Veröffentlichungen von Adler und seinen Anhängern, wie etwa die „Zeitschrift für Individualpsychologie“ (erstes Heft erschien 1914, wurde 1923 in „Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie“ umbenannt) (Bruder-Bezzel, 1999). Zu Adlers Anhängern gehören Carl Furtmüller, Erwin Wexberg und viele mehr.

Der erste Weltkrieg konnte als kritisches Ereignis in der Geschichte der IP gewertet werden, da Adler und viele seiner Anhänger eingezogen wurden. In dieser Zeit ruhten die Aktivitäten sowie die Vereinstätigkeit (Schmidt, 1982). Die während des Krieges entstandenen Kriegsneurosen wurden von Psychiatern als dem direkten Willen unterworfenen Leiden verstanden, für das der Betroffene selbst verantwortlich gemacht wurde. Als selbst brutalste Behandlungsmethoden keine Veränderung hervorriefen, kam es zu einer Öffnung gegenüber der Psychoanalyse. Adler begründet später die Kriegsneurose als Ausweg des Volkes aus den Kriegswirren, die durch äußere Faktoren, wie den Herrschenden, entstanden. Trotzdem vertrat er weiterhin gegen seine Auffassung von der Entstehung von Kriegsneurosen den naiven Kollektivismus, der den Kameradschaftsbegriff während des Krieges verklärend und beschönigend darstellte (Bruder-Bezzel, 1999).

Kurz nach Kriegsende erschien die zweite Auflage des Buchs „Der nervöse Charakter“ (1919), die entscheidende Neuerungen mit sich brachte. Es wurde der Begriff des Gemeinschaftsgefühles (siehe Kapitel 2.2.2) eingeführt, wodurch es zu einem neuen Verständnis der Neurose, zur Veränderung der Theorie und des Wesens der IP kam. Im Vorwort propagierte Adler, dass der Leser die Aufgabe habe „voranzugehen bei dem Abbau des Strebens nach persönlicher Macht und bei der Erziehung zur Gemeinschaft“ (Adler, 1928, S. 27).

Der Neuanfang im Roten Wien war nach dem ersten Weltkrieg durch eine revolutionäre Stimmung im österreichischen Volk geprägt. Die Reformideen und Projekte der Sozialdemokratie konnten in vielen Bereichen (Kultur, Politik, Wissenschaft) realisiert werden und wiesen eine große Verbundenheit zur IP auf. Somit war diese Zeit der Anfang der „Blütezeit der Individualpsychologie als praktische Wissenschaft, getragen von einem Heer von engagierten Pädagogen, Lehrern, Ärzten, die vielfach ihre pädagogisch-psychologische Arbeit als politische Aufbauarbeit verstanden“ (Bruder-Bezzel, 1999, S. 59).

In dieser Zeit organisierte, wuchs und verbreitete sich die IP über Wien hinaus. Nennenswert ist in diesem Zusammenhang der 1. internationale Kongress der Individualpsychologie in München (1922) und die Entstehung vieler Ortsgruppen in Deutschland. Adler widmete sich mehr und mehr seinen Vortragsreisen in aller Welt (in Deutschland, Paris, Holland (1924) und in den

USA (ab 1926)). Zunehmend wurden mehr Erziehungsberatungsstellen auf der Lehre der IP gegründet. Bereits 1926 konnten in Wien 17 Stellen registriert werden. Generell war die IP nicht nur auf die wissenschaftliche Theorie bezogen, sondern auch auf eine für alle verständliche und vor allem umsetzbare Lehre. Schließlich konnte in Wien das Diplom erlangt werden. Daraufhin wurde 1927 das erste Ausbildungsinstitut in Berlin gegründet, um eine anerkannte Ausbildung für ärztliche Psychotherapeuten zu etablieren (Bruder-Bezzel, 1999).

1927 verfasste Adler sein erfolgreichstes Buch „Menschenkenntnis“ und beschreibt das Ziel des Buches auf Seite 17 wie folgt: „Dieses Buch versucht dem breitesten Leserkreis die unerschütterlichen Grundlagen der Individualpsychologie und ihren Wert für die Menschenkenntnis, zugleich auch ihre Bedeutung für den Umgang mit Menschen und für die Organisation des eigenen Lebens zu zeigen“. In diesem Buch geht Adler u. a. auf die Geschwisterkonstellation (siehe Kapitel 2.2.12.2) ein.

Zwischen 1927 und 1930 befand sich die Welt in einem politischen und wirtschaftlichen Umbruch und die IP verbreitete sich (Ortsgruppen, Kurse, Seminare, Internationale Kongresse, individualpsychologische Ambulanzen, ein Ambulatorium und die Einrichtung einer individualpsychologischen Versuchsschule). Adler hingegen zieht sich aus der Lehre und Praxis in Wien zurück und referiert stattdessen in ganz Europa. Auch in Amerika konnte er zunächst einen großen Zulauf verbuchen, doch in den darauffolgenden Jahren war die IP stark rückläufig. Die Verbreitung von Adlers Lehre führte zu einer Heterogenität in Theorie und Praxis und zu Gruppierungen (Bruder-Bezzel, 1999). Die Psychoanalyse, wie auch die akademische Kinderpsychologie, begründet durch Karl und Charlotte Bühler, gewannen immer mehr an Einfluss und Ansehen neben der IP (Schmidt, 1982).

Mit Hitlers Machtergreifung 1933 kam es zum Niedergang der IP, da Adler und viele seiner Anhänger jüdischer Abstammung und Marxisten waren. Das folgende Verbot der Sozialdemokratie hatte heftige Einschränkungen der IP zur Folge (z. B. Abbruch von Sozial- und Reformprojekten). Eine Verhaftungs- und Emigrationswelle setzte ein und wichtige Individualpsychologen (z. B. Wexberg und die Familie Adler) emigrierten in die USA. 1937 verstirbt Alfred Adler im Alter von 67 Jahren auf einer Vortragsreise an Herzversagen in Schottland.

Unter Hitlers Regime wurden die unterschiedlichen psychotherapeutischen Gruppierungen abgeschafft und die „Deutsche allgemeine ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie“ (1933) und das „Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie“ (1936) unter Görings Leitung gegründet. Namhafte Individualpsychologen wie Seif und Künkel verpflichteten sich sowohl in der Lehre, Behandlung und Forschung als auch in der Ideologie sich den Vorgaben des Nationalsozialismus zu untergeben. Die IP ließ sich gut an das Naziregime adaptieren. Seine Begrifflichkeiten (z. B. Gemeinschaftsgefühl oder Minderwertigkeit) und Denkansätze wurden zweckentfremdet und inhaltsentleert übernommen. Das bedeutet, die Begriffe wurden zum Teil völlig aus dem Kontext gerissen und stark verzerrt, sodass letztendlich die theoretische Grundlage in Adlers Sinne nicht mehr gegeben war (Bruder-Bezzel, 1999).

Während des Naziregimes flüchteten viele Psychoanalytiker in die USA und verbreiteten so Vorurteile und Ablehnung gegenüber der IP. Dies erschwerte es der IP in erheblichem Ausmaß sich durchzusetzen und führte zu einer Gruppe „geheimer Individualpsychologen“ in den USA, die sich als Freudianer ausgaben, jedoch insgeheim individualpsychologische Methoden anwandten. Zu diesen „Krypto-Adlerianern“ gehörte u. a. Wexberg (Titze, 1985, S. 247-248).

Nach dem zweiten Weltkrieg fiel die Reorganisation der deutschsprachigen IP neben den Freudianern und Jungianern schwer. Sie führte ein Schattendasein im Verborgenen und konnte sich auf Grund dessen nur sehr eingeschränkt wieder aufstellen. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang war Heinz L. Ansbacher, der inhaltlich und formal die deutsche IP wieder ins Leben rief.

In Westeuropa hingegen fanden Entwicklungen statt, die nach einer durch den Tod Adlers und den zweiten Weltkrieg bedingten Zäsur zunächst eine Phase der verstärkten sozialen und inhaltlichen Gemeinschaft mit FreudianerInnen ermöglichte, die gleichzeitig gekennzeichnet war durch eine starke Offenheit und Flexibilität im Umgang mit psychoanalytischen Grundannahmen wie auch mit anderen Denkgebäuden, die in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts in immer größerer Vielfalt entstanden. (Stephenson, 2011, S. 48)

Somit wurde der fruchtbringende Dialog zwischen den beiden Schulen, der mit dem Bruch zwischen Freud und Adler fast völlig aufgelöst wurde, wieder hergestellt (Gstach, 1991). Ein weiterer Meilenstein war 1962 die Gründung der Alfred-Adler-Gesellschaft (AAG) in München, die 1970 in „Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie“ (DGIP) umbenannt wurde. Danach erfuhr die Entwicklung und Verbreitung der Individualpsychologie wieder eine Renaissance (z. B. Adlers Veröffentlichungen in Taschenbuchform). Ab 1976 erschien wieder die „Zeitschrift für Individualpsychologie“ und sechs Institute wurden in Deutschland eröffnet, die heute auch Mitglieder des DGIP sind.

1967 wurde in Deutschland die Psychotherapie als Kassenleistung anerkannt. Die „analytische Psychotherapie wurde im Rahmen der sozialrechtlichen Zulassung durch die Psychotherapierichtlinien u. a. bezüglich ihrer Indikation, der Behandlungsschwerpunkte und des Leistungsumfangs definiert. Dadurch wurden die historischen Kontroversen der ersten Psychoanalytiker-generation (Freud, Adler, Jung) auf der praktischen Behandlungsebene überwunden“ (Brandl et al., 2004, S. 19). Dadurch wird deutlich, dass die IP zwar als eigenständiges Fach angesehen werden kann, aber der Psychoanalyse zugeordnet ist.

Bereits im Jahre 1960 erhielt die DGIP die Anerkennung von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (Sasse, 2014). Nach Gstach (1991) bedienen sich die Individualpsychologen auch der psychoanalytischen Literatur. Daraus lässt sich zwar die heutige Verschränkung beider Richtungen erkennen, aber Gstach stellt auch die Vermutung auf, dass die Spezifika der bundesdeutschen Krankenkassenregelung eine entscheidende Rolle spielten, die IP der Psychoanalyse zuzuordnen. 2004 wurde die psychodynamische Psychotherapie ebenfalls vom wissenschaftlichen Beirat anerkannt.

Heute gehören die sechs Alfred-Adler-Institute in Deutschland zu den 55 staatlich anerkannten psychoanalytischen Ausbildungsstätten der Bundesrepublik Deutschland und sind Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) (Sasse, 2014). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Alfred Adler, der in einer geschichtlich sehr turbulenten Zeit lebte, seine frühen Kindheitserfahrungen mit ihren Leiden sowie seine Beobachtungen und prägenden Erlebnisse während der beiden Weltkriege in seine Theorie miteinfließen ließ.

2.2 Grundbegriffe der Individualpsychologie

Die IP befand sich seit jeher in einem ständigen Wandel, was nicht nur aus den Veröffentlichungen Adlers zu erkennen ist, sondern auch an den sich ändernden Bedeutungen der zentralen Begrifflichkeiten seiner Theorie. An dieser Stelle werden die zentralen Begriffe, wie Adler sie in seinen letzten Veröffentlichungen verstand, aufgeführt und ausführlich erklärt. Da die Begriffe wie Puzzleteile ineinander übergreifen und interagieren ist die Auflistung nicht immer trennscharf.

2.2.1 Holismus

Holismus ist die Lehre der Ganzheit und besagt, dass das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile. Viele zentrale Begriffe der Individualpsychologie (bspw. Lebensstil, Gemeinschaftsgefühl, Individuum) weisen eine holistische Betrachtungsweise auf. Schon der Begriff der „Individualpsychologie“ beinhaltet, dass der Mensch als „in-dividere“, also als „unteilbare Einheit“, zu betrachten ist. Hier liegt ein entscheidender Unterschied zur Psychoanalyse vor, welche den Menschen in mehrere Instanzen unterteilt ansieht. Adler sieht die schöpferische Kraft im Individuum als holistisch an, die als wichtige Ergänzung neben Anlage- und Umweltfaktoren bei der Entwicklung der Persönlichkeit betrachtet werden muss. „In der anfänglichen noch sehr unbewußten Auseinandersetzung mit den Bedingungen seiner Konstitution und der Milieueinflüsse gestaltet das Kind aus individueller schöpferischer Kraft seinen Lebensstil“ (Hellgardt, 1982, S. 48). Der Mensch ist somit Künstler und Kunstwerk zugleich. „Jedes Individuum stellt gleichzeitig eine einheitliche Persönlichkeit und die individuelle Gestaltung dieser geschlossenen Einheit dar“ (Hellgardt, 1982, S. 48).

Neben dem bisher beleuchteten Aspekt der Einheit der Person kommt hinzu, dass der Mensch in die Gemeinschaft mit Anderen hineingeboren wird. Er ist somit von Anfang an Teil einer Familie, Teil eines sozialen Gefüges und Teil einer Gesellschaft. Hellgardt (1995, S. 417) bekräftigt: „Holistisch betrachtet ist das Ich seinem Wesen nach, ursprünglich also, eine schöpferische Teileinheit, ein Teilganzes der schöpferischen Kraft des kosmischen Ganzen“. Somit ist das Ziel des Menschen nicht nur das Ganze des eigenen Lebens zu verfolgen, sondern der Mensch soll vielmehr das Ziel der gesamten Menschheit

– das Ideal der Vollkommenheit – vor Augen haben. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die inneren und äußeren Lebenszusammenhänge im Menschen als ein einheitliches Wesen miteinander verwoben sind.

2.2.2 Gemeinschaftsgefühl

Das Gemeinschaftsgefühl, von Adler zuvor als angeborenes Zärtlichkeitsbedürfnis bezeichnet, gilt als sehr zentrales Konzept der IP und erscheint als Begriff erstmals 1918. Auf die Vorläufer des Begriffes (z. B. Zärtlichkeitsbedürfnis) wird hier nicht näher eingegangen. Ab 1928 wird das entwickelte Gemeinschaftsgefühl als „kognitive Funktion“ verstanden bzw. als Einstellung, was im Folgenden näher erläutert werden soll.

Das Gemeinschaftsgefühl ist mehr als ein Gefühl und wird als „Lebensform“ verstanden („mit den Augen eines anderen zu sehen, mit den Ohren eines anderen zu hören, mit dem Herzen eines anderen zu fühlen“; Adler 1928 a, S. 224). Diese Gemeinschaftsform ist nach Adler ein Zustand der Vollkommenheit der Menschheit, welche der Mensch wahrscheinlich nicht erreichen wird, jedoch anstreben soll. Das Gefühl der Zusammengehörigkeit soll sich im besten Fall „nicht nur auf die Familienmitglieder, sondern auf den Stamm, das Volk, auf die ganze Menschheit. Es kann sogar über diese Grenzen hinausgehen und sich dann auch auf Tiere, Pflanzen und andere leblose Gegenstände, schließlich sogar auf den Kosmos überhaupt ausbreiten“ (Adler, 1966, S. 51). Dieses Gefühl verleiht dem Menschen die Kompetenz sich in Dinge einzufühlen, die nicht seine Person betreffen. Sobald der Mensch wahrnimmt, dass er Teil eines Ganzen bzw. einer Gemeinschaft ist, ist er daran interessiert, sich je nach Grad des entwickelten Zugehörigkeitsgefühles einzubringen (z. B. durch freundschaftliches Wohlwollen, Nächstenliebe oder Solidarität). Das Gemeinschaftsgefühl soll durch das Gefühl der Zugehörigkeit und der Einfühlung, aber auch in der Handlung bzw. Kooperation des Menschen, zum Ausdruck kommen, da die Lebensaufgaben nur gemeinsam gemeistert werden können (Seidenfuß, 1985 b). Die drei Lebensaufgaben nach Adler werden im Kapitel 2.2.8 genauer erläutert. Des Weiteren soll das Gemeinschaftsgefühl als Beitrag zur Weiterbildung des Ganzen dienen. Adler unterscheidet zwischen Handlungen auf der „allgemein nützlichen Seite“, die an dem Wohlergehen der Menschheit interessiert sind, und denjenigen Handlungen, die auf der „unnützlichen Seite“ des Lebens

stehen. Was als nützlich bzw. unnützlich gilt, entscheidet der Mensch auf Basis des Zusammengehörigkeitsgefühls. Ein entwickeltes Gemeinschaftsgefühl kann an der Orientierung am allgemeinen Nutzen oder am Einsatz für das Ganze erkannt werden und dient somit als Indikator für psychische Gesundheit. Demnach können ein ausgeprägtes Zusammengehörigkeitsgefühl, ein hohes Einfühlungsvermögen und ein hohes Maß an Kooperationsbereitschaft dem Ausbilden von Minderwertigkeitsgefühlen entgegenwirken. Daraus folgt: je ausgeprägter das Gemeinschaftsgefühl eines Menschen ist, desto gesünder ist seine Seele. Ein unterentwickeltes Gemeinschaftsgefühl wirkt sich auf die Wahrnehmung, die Vernunft und auf die Wertbildung negativ aus. Adler betont jedoch: „Die Individualpsychologie fordert weder die Unterdrückung berechtigter noch unberechtigter Wünsche. Aber sie lehrt, daß unberechtigte Wünsche als gegen das Gemeinschaftsgefühl verstoßend erkannt werden müssen und durch ein Plus an sozialem Interesse zum Verschwinden, nicht zur Unterdrückung gebracht werden können“ (Adler, 1933, S. 175). Die Entwicklung des Gemeinschaftsgefühls bildet also das Zentrum in der individualpsychologischen Beratung, Erziehung und Psychotherapie (Seidenfuß, 1985 b).

2.2.3 Finalität

Die Finalität bedeutet, dass das Verhalten eines Menschen nicht von der Ursache bestimmt ist, sondern von dem individuellen Ziel bzw. von dem Zweck des Geschehens. Die finale Denkweise dient als wichtige und vorrangige Methode der IP, die sowohl das gesunde als auch das kranke Erleben und Verhalten erklärt. Die Ziele des Menschen bzw. die impliziten Ziele des Lebensstils motivieren den Menschen zu einem bestimmten Verhalten. Hierdurch grenzt sich die IP weiter von der Psychoanalyse ab (Dreikurs, 2000). Adlers Verständnis der Finalität basiert auf dem aristotelisch-scholastischen Verständnis, welches vier Ursachen zur Erklärung eines Phänomens heranzieht („causa materialis = Materialursache“, „causa formalis = Formursache“, „causa efficiens = Wirkursache“, „causa finalis = Zweck-, Endursache, Ziel“). Ab 1912 kehrt er der vorherrschenden naturwissenschaftlich kausalen Erklärung (Wirkursächlichkeit) den Rücken und kümmert sich primär um das finale bzw. teleologische Verstehen (Zweckursächlichkeit), da dies seiner Meinung nach ergiebiger für das therapeutische Arbeiten ist (Seidenfuß, 1985 a). Die Zweckursächlichkeit sieht er anfangs als brauchbare Arbeitshypothese und

1927 nimmt er sie als Seinsprinzip bzw. als menschliche Realität an. Die *causa efficiens* wird jedoch nicht vollständig von ihm verleugnet. Adler sieht die Erbanlage und das Milieu, in dem das Kind aufwächst, als nicht kausal an, sondern als formbare Bestandteile, von denen das Kind Gebrauch machen und dazu Stellung nehmen kann. „Frühkindliche objektive Tatsachen sind wesentlich für die Entstehung einer individuellen Finalität und gegenwärtige objektive Tatsachen führen zu einer aktuellen Handlungsbestimmung durch diese ausgebildete individuelle Finalität“ (Seidenfuß, 1985 a, S. 140).

2.2.4 Organminderwertigkeit/Minderwertigkeitsgefühl

Der Begriff Organminderwertigkeit wird von Adler 1907 eingeführt und bezeichnet einen gestalthaften oder funktionellen Mangel des Organismus, der den Betroffenen gegenüber seinen Mitmenschen benachteiligt. In welchem Ausmaß die Organminderwertigkeit wahrgenommen wird, hängt von dem sozialen Vergleich sowie von der eigenen Empfindlichkeit gegenüber der Schwäche ab. Auf die Organminderwertigkeit kann einerseits mit Entmutigung, Resignation und Versagen reagiert werden oder andererseits mit einer außergewöhnlichen Leistung, einer Überkompensation (bspw. ein Überlegenheitsgefühl nach außen hin zu demonstrieren). Später erweitert Adler diesen Ansatz und geht davon aus, dass „jede Art von Beeinträchtigung der sozialen Entfaltung und des Selbstwertgefühls als Anlässe des abnormalen Minderwertigkeitsgefühls und damit als Ursache seelischer Störung in Betracht“ gezogen werden kann (Kretschmer, 1985 a, S. 321).

Bleidick (1959, S. 26-28) zieht für die Entstehung des Minderwertigkeitsgefühls mehrere Punkte heran: die allgemeine Situation des Kindes in der Erwachsenenwelt, die tatsächliche und eingebildete Organminderwertigkeit, die soziale und ökonomische Lage, das Geschlecht, die Familienkonstellation, die Erziehung und die Konfliktsituation. Das Kind kommt als hilfsbedürftiger Säugling auf die Welt und macht von da an die Erfahrung der Minderwertigkeit, weil er sich mit seinen Eltern und Mitmenschen vergleicht und in Beziehung setzt. Er ist von ihnen abhängig und fühlt sich ihnen somit unterlegen. Ohne einen gewissen Grad an Gemeinschaftsgefühl durch seine Mitmenschen könnte er nicht überleben. Das Minderwertigkeitsgefühl wirkt sich auf das Fühlen, Denken, Wollen und Handeln aus und somit auf den Lebensstil. Adler beschreibt in seinem Buch „Menschenkenntnis“:

Vom Standpunkt der Natur aus gesehen ist der Mensch ein minderwertiges Wesen. Aber diese Minderwertigkeit, die ihm anhaftet, die ihm als ein Gefühl des Verkürztsein und der Unsicherheit zum Bewußtsein kommt, wirkt als ein fortwährender Reiz, einen Weg ausfindig zu machen, um die Anpassung an dieses Leben zu bewerkstelligen, vorzusorgen, sich Situationen zu schaffen, so die Nachteile der menschlichen Stellung in der Natur ausgeglichen scheinen. (Adler, 1966, S. 39)

Hierbei ist erwähnenswert, dass das Minderwertigkeitsgefühl nicht zwingend als negative Auswirkung zu sehen ist, sondern auch als Ansporn gelten kann, unsere Unzulänglichkeit und das Gefühl der Unterlegenheit zu überwinden. Das Minderwertigkeitsgefühl ist somit Motor für jegliche Entwicklung und die antreibende Kraft, „von dem alle Bestrebungen des Kindes ausgehen und sich entwickeln, sich ein Ziel zu setzen, von dem es alle Beruhigung und Sicherstellung seines Lebens für die Zukunft erwartet und einen Weg einzuschlagen, der ihm zur Erreichung dieses Zieles geeignet erscheint“ (Adler, 1966, S. 71-72)

Andererseits kann das „normale“ Minderwertigkeitsgefühl auch in ein „abnormales“ übergehen und schließlich in einer Neurose oder einem Machtstreben münden. Demnach hat jeder Neurotiker im Vergleich zu anderen einen permanent andauernden Minderwertigkeitskomplex und weist deswegen auch einen Mangel an Gemeinschaftsgefühl auf (Bruder-Bezzel, 1999). Aufgabe der Eltern und Mitmenschen ist es, das Minderwertigkeitsgefühl in die richtigen Bahnen zu lenken, um einen Minderwertigkeitskomplex gar nicht erst entstehen zu lassen. Das tiefe Gefühl der Minderwertigkeit führt dazu, dass das Streben nach Überlegenheit sich bis hin zum Streben nach Macht bzw. Gottähnlichkeit ausweitet. Die persönliche Überlegenheit wird jedoch nur fiktiv erreicht und führt deswegen zu keiner wahren Verbesserung der Minderwertigkeit sondern eher zu einer Steigerung der Kompensation. Diese Menschen haben den Mut verloren sich auf der nützlichen Seite des Lebens zu entwickeln (Pongratz, 1985).

2.2.5 Männlicher Protest

Adler geht 1910 in seiner Arbeit „Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose“ auf den männlichen Protest ein. Auf die als

minderwertig betrachtete Weiblichkeit reagieren Frauen wie Männer mit dem männlichen Protest, also einer Überkompensation. Es wird eine übertriebene Männlichkeit, eine männliche Allmacht angestrebt. Dahinter versteckt sich ein Werteproblem, das Jahrzehnte durch die Erziehung weitergegeben wurde, wonach der Status des Mannes höher als der der Frau angesiedelt ist. In seinen späteren Werken tritt der männliche Protest und andere sozialkritische Aspekte in den Hintergrund, während Adler die „Forschung nach einer allgemeingültigen, ideologieunabhängigen Psychologie des ganzen Menschen“ (Schmidt, 1985, S. 273) in den Vordergrund rückt.

2.2.6 Streben nach Überlegenheit

Das Überlegenheitsstreben beschreibt das innenwohnende gesunde Verlangen des Menschen das Minderwertigkeitsgefühl zu überwinden. Der gesunde Mensch „strebt nach Überlegenheit in dem Sinne, wie wir alle den Ehrgeiz haben, Erfolg zu erringen, doch solange dieses Streben seinen Ausdruck in Arbeit findet, führt es durchaus nicht zu falschen Wertungen, welche die Wurzel psychischer Krankheit bilden“ (Adler, 1978, S. 45). Die Übergänge zwischen dem Überlegenheitsstreben und dem Überlegenheitskomplex sind als fließend zu betrachten. Der Überlegenheitskomplex beschreibt die krankhafte Überkompensation des Minderwertigkeitskomplexes, der sich im Charakter, der Haltung und in der Meinung ausdrückt. Diese krankhafte Überkompensation ist durch einen Mangel an Gemeinschaftsgefühl gekennzeichnet, der durch erhöhte Leistung der Familie oder der Gesellschaft kompensiert wird. Es kann beschrieben werden als ein „stiller, unverständener Kampf gegen das Ideal der Gemeinschaft, der da geführt wird, ein ständiger Protest, der nicht der Weiterentwicklung des Gemeinschaftsgefühls dient, sondern sein Durchbrechen bezweckt. Immer aber ist die persönliche Überlegenheit in Gegensatz zur Mitarbeit gesetzt“ (Adler, 1933, S. 80).

Die nachfolgende *Abbildung 1* stellt das Streben nach Überlegenheit bzw. den Überlegenheitskomplex bildlich dar. Auf der unnützlichen Seite des Lebens wird die persönliche Überlegenheit bzw. Gottähnlichkeit auf Kosten anderer erreicht (Kriz, 2007). Hier ist anzumerken, dass eine seelische Bewegung nur schwer in einer statischen Abbildung dargestellt werden kann. Außerdem kommt nicht zum Ausdruck, dass die Ausbildung der Neurose in unterschiedlichem Maß auf beiden Seiten stattfindet.

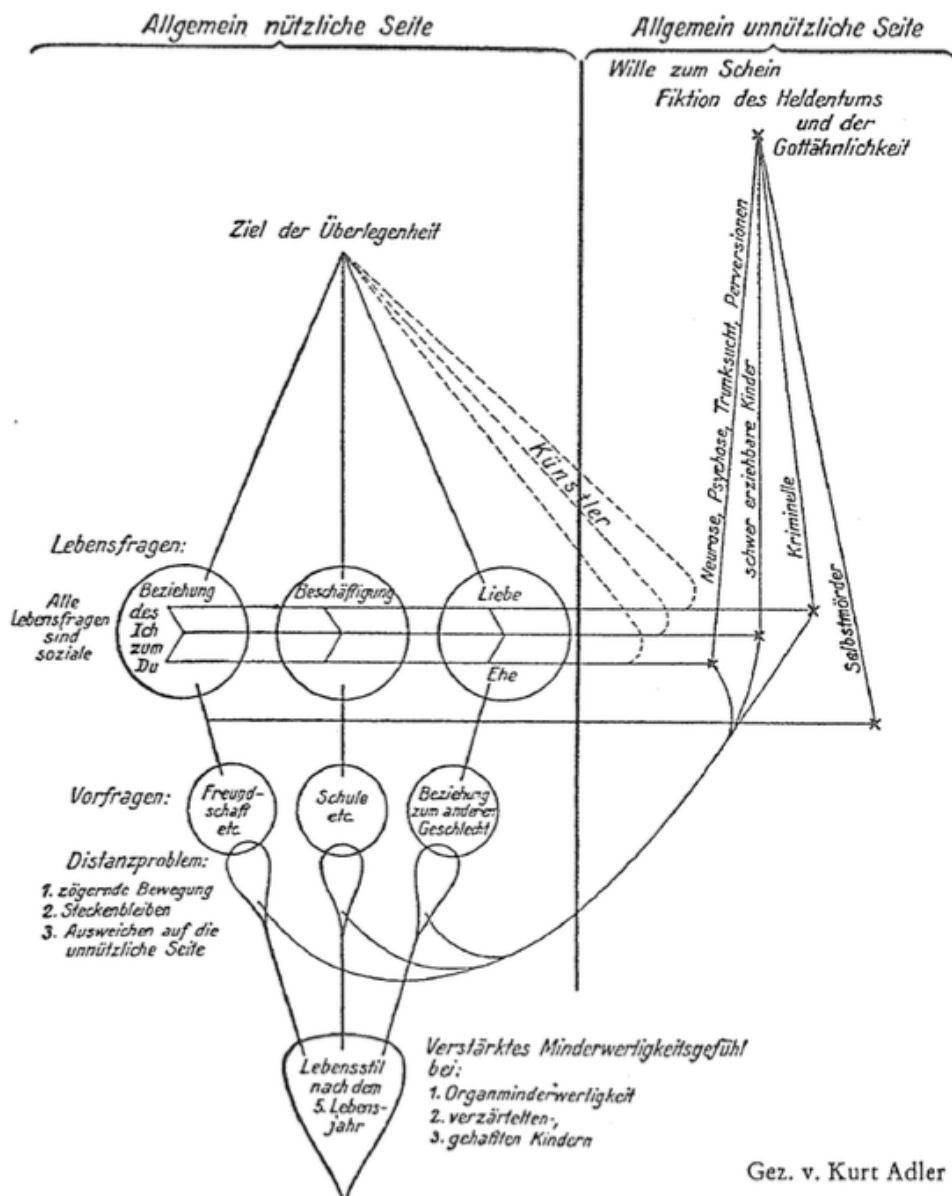


Abbildung 1. Individualpsychologische Skizze der Norm und der Fehlschläge (Adler, 1927 a).

2.2.7 Neurose

Die oben aufgeführten Begriffe vermitteln bereits einen vagen Eindruck, was nach Adler unter einer Neurose zu verstehen ist. Da die Neurosenlehre in jeder Psychotherapierichtung einen bedeutsamen Faktor darstellt, soll an dieser Stelle genauer darauf eingegangen werden. Ansbacher und Ansbacher (2004, S. 194) fassen Adlers Theorie der Neurose bzw. anderer Verhaltensstörungen folgendermaßen zusammen:

- (1) Ein Individuum, das eine falsche Meinung von sich und der Welt hat, d.h. ein Mensch mit falschen Zielen und einem falschen Lebensstil (2)

greift nach verschiedenen Formen von abnormalem Verhalten, um seine Meinung von sich zu sichern, wenn er (3) sich Situationen gegenüber sieht, von denen er glaubt, dass er ihnen aufgrund seiner falschen Anschauungen und der sich daraus ergebenden unzulänglichen Vorbereitung nicht erfolgreich begegnen kann. (4) Der Fehler liegt darin, dass er sich mit sich beschäftigt, statt die menschliche Zusammengehörigkeit in Betracht zu ziehen. (5) Das Individuum ist sich dieser Vorgänge nicht bewusst.

Auf diese genannten Punkte soll im folgenden Abschnitt näher eingegangen werden und dadurch die einzelnen Aspekte der Entstehung und die Funktion der Neurose klar herausgestellt werden.

Adler beschreibt den „falschen Lebensstil“, wie in Punkt eins des Zitates genannt, auch als verzärtelten Lebensstil, als neurotische Disposition, nervösen Charakter bzw. den nervösen modus vivendi, welche eine gelernte Bereitschaft zum Ausdruck bringt auf Umweltreize zu reagieren. Ein Mensch mit einem verzärtelten Lebensstil wurde in seiner Kindheit eher vernachlässigt und weist oft ein unterentwickeltes Gemeinschaftsgefühl, wenig Aktivität und ein persönlich hoch gestecktes Ziel nach Überlegenheit auf und kann mutlos werden. Der Neurotiker erwartet aufgrund der Hilfe anderer etwas zu erreichen. Dies hat zur Folge, dass er nicht auf die sozialen Aufgaben des Lebens vorbereitet ist. Zur besseren Übersichtlichkeit der ätiologischen Faktoren der Neurose erstellt Adler eine schematische Darstellung seiner Neurosenformel: Individuelles Schema der Einschätzung (I+E+M) + x = Persönlichkeitsideal der Überlegenheit

I= individuelle Gegebenheiten wie Organminderwertigkeit

E= Erfahrungen in der Beziehung zur Welt

M= Milieu (Gesellschaft, Familie, Gruppe)

x= „[...] Arrangement und tendenziöse Konstruktion des Erlebnismaterials, der Charakterzüge, der Affekte und der Symptome [...]“ (Adler, 1930, S. 27).

Im Normalfall arrangiert sich der Mensch mit seinen Erlebnissen, aber sie können auch jenseits der normalen Bewertung subjektiv verzerrt werden (Ansbacher und Ansbacher, 2004). Der Neurotiker strebt also permanent danach sein unveränderliches Minderwertigkeitsgefühl in Überlegenheit bis hin zur Gottähnlichkeit zu verändern. Dies veranlasst ihn zu einer tendenziösen (subjektiven) Einschätzung seiner Person und seiner Umwelt. Die tendenziöse

Einschätzung ist nicht ausreichend für die Zielerreichung, deswegen provoziert er Erlebnisse, um die Realität zu verändern und so die gewünschte Aggressionsbasis herzustellen. Das neurotische Persönlichkeitsideal verzerrt die objektiven Angaben und führt so zu „Arrangements“ von Symptomen (Adler, 1930).

Bestimmte somatische, psychische, soziale und exogene Faktoren schaffen also einen Rahmen, der das Individuum eher unterstützt neurotische Symptome zu entwickeln. Die Überempfindlichkeit, die bei allen Neurotikern vorkommt, spiegelt eine der psychischen Faktoren wider. Die Überempfindlichkeit äußert sich sobald sich „[...] der Patient vernachlässigt, verletzt, klein oder beschmutzt vorkommt, wobei es ihm recht häufig zustößt, daß er, auf Nebensächlichkeiten gestützt, eine derartige Situation willkürlich erfindet. Oft mit großem Scharfsinne sucht er seinen Standpunkt logische Repräsentationen zu verleihen“ (Adler, 1922, S. 45). In den meisten Fällen hat der Neurotiker schon vor einer Situation Angst, was Adler als Vorempfindlichkeit beschreibt. Aufgrund dessen vermeidet der Neurotiker diese Situationen schon im Vorfeld, wodurch seine Mutlosigkeit verstärkt wird, was in einem Teufelskreis endet (Adler, 1928 b). Zu den sozialen Faktoren zählen gesellschaftliche Rahmenbedingungen, wie patriarchale Strukturen, verwöhnenden oder vernachlässigenden Erziehungsstile oder auch eine nicht auf die Gemeinschaft ausgerichtete Mutter-Kind-Beziehung (Pongratz, 1985). Die exogenen Faktoren sind häufig Auslöser für Neurosen, können jedoch nicht als kausal angesehen werden. Bspw. kann eine betroffene Person aufgrund ihres persönlichen Lebensstils ein bestimmtes Ereignis nicht bewältigen. Konflikte oder auch ungünstige Erlebnisse (z. B. Trauma oder Enttäuschung) werden von vielen Menschen erlebt, aber wenn das Erlebnis zu einem Dauerzustand wird und der Betroffene sich nicht davon distanzieren kann, ist dies ein Zeichen der Neurose.

Jeder wird im Trommelfeld Schockwirkungen erleben, aber zur Dauer werden sie nur dann führen, wenn er nicht für die Aufgaben des Lebens vorbereitet ist. Er bleibt stecken. Dieses Steckenbleiben haben wir begründet, indem wir sagten: das sind Menschen, die zur Lösung aller Probleme nicht richtig vorbereitet sind, das sind keine richtigen Mitarbeiter von Kindheit an, aber wir müssen noch etwas mehr sagen: es ist ja doch ein Leiden, das wir in der Nervosität zu beobachten haben, es ist keine Annehmlichkeit. (Adler, 1933, S. 104)

Im nächsten Abschnitt soll darauf eingegangen werden, dass das neurotische Sicherungsverhalten viele Formen annehmen kann. Es weist die Funktion auf, das Persönlichkeitsgefühl zu schützen und somit das unbewusste Ziel der Überlegenheit zu erlangen. Die neurotischen Symptome sind ein Versuch größeres Übel zu vermeiden, den Schein aufrecht zu erhalten und die eigenen Ziele möglichst ohne Aufwand zu erreichen (Adler, 1933). Des Weiteren kann der Neurotiker die Symptome auch bewusst als Rechtfertigung verwenden, Unangenehmes nicht mehr zu tun bzw. Verantwortung an andere zu delegieren. Auch die Aggression kann als Methode zur Sicherung des Persönlichkeitsgefühls bei Personen mit unterentwickeltem Gemeinschaftsgefühl genutzt werden. Ebenso kann die Sicherung durch Distanz und Angst erreicht werden, was sich einschränkend auf die zwischenmenschlichen Beziehungen auswirkt (Adler, 1966). Abschließend kann festgehalten werden, dass der Neurotiker sich in seinen Tätigkeitsbereichen beschränkt, die drei Lebensaufgaben nicht aktiv angeht und sich nur auf kontrollierbares, sicheres Terrain begibt. „Auf diese Weise baut er für sich eine enge Hütte, schließt die Türe und verbringt sein Leben fern von Wind, Sonnenlicht und frischer Luft“ (Adler, 1979, S. 51).

Ein weiteres bekanntes Merkmal der Neurotiker sind die „Ja, aber“-Aussage, wenn eine Aufgabe ansteht. Mit dem „Ja“ soll die eigentliche Zustimmung zur Gemeinschaft zum Ausdruck gebracht werden, jedoch aufgrund den vielen aufkommenden „Abers“ kommt es häufig zum erneuten Rückzug (Pongratz, 1985).

2.2.8 Die drei Lebensaufgaben

Ebenfalls von großer Bedeutung ist für Adler der Begriff der drei Lebensaufgaben, die er auch synonym als Lebensfragen oder Lebensprobleme bezeichnet. Diesen Lebensfragen müssen sich alle Menschen stellen und Antworten dazu finden (Adler, 1933). Der individuelle Lebensstil kommt durch die Bewältigung der Lebensaufgaben zum Vorschein. Die Lösung der Lebensaufgaben stehen in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis und erfordert soziale Bindungen, wie ein gewisses Maß an Gemeinschaftsgefühl und Kooperation. Diese Lebensaufgaben sind fest an den Menschen gebunden und können auch nicht von ihm abgelöst werden (Adler, 1979).

2.2.8.1 Mensch und Mitmensch

Da der Mensch ein soziales Wesen ist und alleine nicht überleben könnte, ist es für ihn essenziell soziale Beziehungen zu den Mitmenschen aufzubauen und ein Gefühl der Zugehörigkeit zu entwickeln. Menschen, die nur ihre persönlichen Ziele fokussieren und ihrer privaten Logik folgen, behindern ihr eigenes Fortkommen und das der gesamten Menschheit. Diese Menschen sind oft nicht adäquat in der Lage, eine Beziehung zu ihren Mitmenschen herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten. Laut Adler weisen Geistesranke, die unter Paranoia und Melancholie leiden, und Menschen, die sehr leichtsinnig sind, ebenfalls nur eine sehr geringe Beziehungsfähigkeit zu ihren Mitmenschen auf. Die Lebensaufgabe „Mensch und Mitmensch“ ist gelöst, sobald die Beziehungen als freundschaftlich gleichberechtigt angesehen werden können (Adler, 1979). Um solche Beziehungen zu erlernen, muss sich das Kind innerhalb der Familie gleichberechtigt fühlen und auch außerhalb der Familie vertrauensvolle Beziehungen zu Mitmenschen aufbauen können. Ziel ist es „das Kind zum Mitmenschen, zum ebenbürtigen Glied der gesamten Menschheit heranzubilden,“ (Adler, 1979, S. 205), was Aufgabe der Familie, der Schule und der Gesellschaft ist.

2.2.8.2 Arbeit und Beruf

Die zweite Lebensaufgabe der Arbeit und des Berufs kann am besten gelöst werden, wenn die Lebensaufgabe „Mensch und Mitmensch“ schon bewältigt wurde. „Nur weil die Menschen es lernten, zusammenzuarbeiten, war die große Entdeckung der Arbeitsteilung möglich; eine Entdeckung, die die wichtigste Sicherung des Wohles der Menschheit ist“ (Adler, 1979, S. 188). Auch für diese Aufgabe gilt, dass sie für den Einzelnen nicht zu bewerkstelligen wäre. Menschen, die versuchen die Lebensaufgabe Arbeit und Beruf zu vermeiden, fordern von ihren Mitmenschen mitgetragen zu werden, was von diesen als sehr große Last empfunden wird. Exemplarisch wird dies deutlich am Lebensstil des verwöhnten Kindes, das von anderen verlangt seine Schwierigkeiten mitzulösen und so die anderen von der Bewältigung ihrer eigenen Lebensaufgaben abhält (Adler, 1979). Für Kinder ist es von Vorteil schon früh konkrete Berufswünsche zu entwickeln, da dies von großem Nutzen ist, um sich in die Arbeitswelt einzugliedern. Wichtig ist hierbei, dass der Nutzen für die Allgemeinheit hervorgehoben wird und nicht der Wert des Geldes. Würde

das Geld nicht durch Arbeit, sondern auf anderen Wegen beschafft werden, würde es kein Nutzen für die Allgemeinheit darstellen. Menschen, die sich zu stark mit der Lebensaufgabe Arbeit und Beruf beschäftigen, nutzen dies oft als Entschuldigung für die Vernachlässigung der Lebensaufgaben „Mensch und Mitmensch“ und „Liebe und Ehe“. Ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen den Lebensaufgaben ist Voraussetzung um seelisch und körperlich gesund zu bleiben.

2.2.8.3 Liebe und Ehe

Liebe und Ehe definiert Adler folgendermaßen:

Liebe, mit ihrer Erfüllung, der Ehe, ist die innigste Hingabe an einen Partner des anderen Geschlechts, ausgedrückt in körperlicher Anziehung, in Kameradschaft und in der Entscheidung, Kinder zu haben. Es ist leicht einzusehen, dass Liebe und Ehe eine Art der Zusammenarbeit ist - eine Zusammenarbeit nicht nur für das Wohl der beiden Beteiligten, sondern eine Zusammenarbeit für das Wohl der Menschheit. (Adler, 1979, S. 207)

Wird dieses Liebes- und Eheproblem richtig gelöst, ist das eine der höchsten Formen der Erfüllung für die Gesamtpersönlichkeit. Diese Aufgabe kann umso besser bewältigt werden, je mehr die Partner auf das Wohl der Mitmenschen achten. Freundschaften in der Kinder- und Jugendzeit sind hierfür gute Übungsmöglichkeiten und eine gute Vorbereitung auf die Ehe, denn hier können sie lernen auf die Sorgen, Wünsche, Bedürfnisse und Ziele des anderen einzugehen. Eine erfolgreiche Ehe ist davon gekennzeichnet, dass der Partner mehr an den anderen denkt und nicht an seinen persönlichen Vorteil. Dies kann nur dann funktionieren, wenn Gleichheit zwischen den Partnern besteht, d. h. wenn jeder das Gefühl der Wertschätzung und des Gebrauchtseins erlebt und nicht ersetzt werden kann.

Auch hier kommt der Kindheit eine prägende Rolle zu, da die Qualität der Ehe der Eltern und das Verhältnis zu den Kindern als Vorbildfunktion für das eigene Verständnis für die Liebe und Ehe dient. Bei verwöhnten Kindern, die nicht daran gewöhnt sind, sich an das Leben in der Gemeinschaft anzupassen, kann zu einer Zerreißprobe für die Ehe kommen. Insgesamt ist die Bewältigung aller drei Lebensaufgaben durch die Gegebenheiten der Umwelt mitbestimmt und zum Teil auch beschränkt (Adler, 1979).

2.2.9 Lebensstil

Das Konzept des Lebensstils beruht auf Begriffen wie „Persönlichkeit, Charakter, Ich, Selbst, Lebensplan, Einstellung zum Leben und zu den anderen, private Logik, private (persönliche, isolierte) Intelligenz, private Welt“ (Titze, 1979, S. 140), die Adler unter dem Begriff „Lebensstil“ subsumiert. Der Lebensstil entwickelt sich schon in der frühen Kindheit (innerhalb der ersten fünf Lebensjahren) und zwar nicht auf Basis der objektiven Wirklichkeit sondern aufgrund der subjektiven Wahrnehmung der Umwelt. Daraus resultieren die unterschiedlichen Entwicklungen des Menschen trotz gleicher geteilter Umwelt (Ansbacher und Ansbacher, 2004). Das Hauptaugenmerk Adlers liegt darauf, dass der Lebensstil individuell und einzigartig ist. Er beinhaltet neben dem Selbst-, Fremd- und Weltbild auch die individuelle Art des Strebens sein Ziel zu erreichen (Ansbacher und Ansbacher, 2004). Der Lebensstil bestimmt alle Funktionen des Menschen, das Denken, Fühlen und Handeln, und macht ihn zum einheitlichen Wesen. Er wird auch von Adler als „formale Bewegungslinie“ oder „einheitliche Aktionslinie“ des Menschen bezeichnet (Adler, 1926; zitiert nach Wexberg, 1926, S.VI). Jedes Verhalten ist zielführend und kann nur im Zusammenhang des Ganzen verstanden werden. Adler zieht den Vergleich zu einer Melodie, bei der eine einzelne Note nur einen Sinn im ganzen Lied ergibt (Adler, 1931). Dies führt zu einer konstanten Lebensführung, bei dem der Blick in die Vergangenheit nur dazu dient, herauszufinden, wie der Mensch schon immer reagiert hat. Mit dem Lebensstil als Konstante geht auch ein „feststehendes Auffassungsmuster“ einher, auf das später genauer eingegangen wird (Kapitel 2.2.11) (Adler, 1979, S. 20).

Neben dem individuellen Aspekt des Lebensstils nimmt Adler aber auch Ähnlichkeiten zwischen den Lebensstilen an und unterscheidet vier Lebensstiltypen: (1) Der dominierende oder herrschende Typ ist gekennzeichnet durch ein niedrig ausgeprägtes Gemeinschaftsgefühl bei starker Aktivität. (2) Der nehmende Typ erwartet alles von den anderen. (3) Während der vermeidende Typ allem, besonders Niederlagen, aus dem Weg geht und in der Vermeidung die Lösung der Probleme sieht. Die letzten zwei genannten Lebensstiltypen zeichnen sich durch einen Mangel an Gemeinschaftsgefühl und durch eine geringe Aktivität aus. Diese drei Typen können die Lebensaufgaben nicht angemessen lösen und Enden in einer Fehlanpassung des Individuums.

(4) Der vierte Typ jedoch, der sozial nützliche Typ, ist mit ausreichend Aktivität auf der nützlichen Seite des Lebens und somit mit entwickeltem Gemeinschaftsgefühl ausgestattet (Adler, 1935). Dies zeigt auf, dass der Lebensstil unbewusst ist, also unverstanden und nur so das neurotische Erleben, Verhalten und Handeln möglich ist. Wäre der Lebensstil bewusst, könnte der Betroffene bereits bewusst einem mangelndem Gemeinschaftsgefühl im Vorfeld gegensteuern. Deswegen ist das Aufdecken des Lebensstils der Schlüssel, den Mangel an Gemeinschaftsgefühl aufzuzeigen und die bisherige Aktivität bzw. Passivität in Frage zu stellen (Pongratz, 1985). Wichtig hierbei ist, dass sich der Gesunde vom Neurotiker wegen des unterschiedlich ausgeprägten Gefühls der Unsicherheit verschieden stark an den Lebensstil bindet. Der Gesunde versucht

[...] sein Denken und Handeln von der irrationalen Leitlinie loszulösen und mit der Wirklichkeit in Einklang zu bringen [...] der Neurotiker aber, wie das der Welt noch entrückte unselbständige Kind, wie der primitive Verstand früherer Völker, klammert sich an den Strohalm der Fiktion, hypostasiiert sie, verleiht ihr willkürlich Realitätswert, sucht sie in der Welt zu realisieren. (Adler, 1928 b, S. 54)

Dies führt beim Neurotiker zur Starrheit und zur Distanzierung von der Wirklichkeit.

2.2.10 Private Logik

Es werden zwei Bezugssysteme des Menschen unterschieden: zum einen die private Logik als Synonym zum Lebensstil und zum anderen die Logik des „common sense“ (Titze, 1979). Unter „common sense“ versteht Adler „das normale, das gesellschaftlich-durchschnittliche, das alle Logik, alle Weltvernunft umfaßt“ (Adler, 1927 b, S. 95). Die private Logik kommt vor allem bei Neurotikern, kleinen Kindern, Psychopathen und Psychotikern zur Geltung, weil der „common sense“ noch nicht ausgebildet wurde bzw. passiv ist. Die private Logik eines Neurotikers kennzeichnet sich durch eine private Sinngebung aus, die oft von anderen nicht geteilt bzw. nicht verstanden werden kann.

2.2.11 Tendenziöse Apperzeption

Der „persönliche“ Lebensstil steuert unsere Wahrnehmung, wonach nur das wahrgenommen wird, was für das Individuum interessant, relevant und zur

inneren Realität konform wahrgenommen, erinnert und gespeichert wird. Somit wird die Wahrnehmung gefiltert und tendenziös (subjektiv) aufgenommen, was dazu führt, dass die äußere Realität in Übereinstimmung mit dem Selbst-, Fremd- und Weltbild wahrgenommen wird und diese immer wieder bestätigen (Jacoby, 1974). Deswegen besitzen die Kindheitserinnerungen einen besonderen Wert und liefern einen wichtigen Zugang zum Lebensstil (Titze, 1979). Das bedeutet, dass Erinnerungen nicht zufällig ausgewählt werden, sondern es werden nur solche unbewusst gewählt, die für die Entwicklung eine große Rolle spielen. Wie die Kindheitserinnerungen als Intervention in der Therapie bzw. in der Beratung eingesetzt werden können, wird in Kapitel 2.6.3.3 genauer erläutert.

2.2.12 Familie

Die Familie ist für Adler eine sehr wichtige Institution, die das Kind in eine entscheidende Richtung prägt und deswegen eine bedeutsame Rolle bei der Ausformung des Lebensstils spielt (Titze, 1979). Die Familie hat für Adler „[...] unleugbare Vorzüge, und man kann sich kaum eine Einrichtung vorstellen, bei der die Kinder unter richtiger Führung besser aufgehoben wären als die Familie“ (Adler, 1966, S. 244). Um differenziert auf die Familie eingehen zu können, sollen im Folgenden die Begriffe „Familienatmosphäre“ und „Familienkonstellation“ näher erläutert werden.

2.2.12.1 Familienatmosphäre

Die Familienatmosphäre beschreibt die Stimmung innerhalb der Familie, die von jedem Mitglied subjektiv wahrgenommen und mitbestimmt wird. Vor allem wird diese Atmosphäre von engen Bezugspersonen, insbesondere den Eltern (bspw. durch ihre Einstellung, Haltung, Werte und Sitten), geprägt. Dies wirkt sich in besonderer Weise auf das Weltbild des Kindes aus. Zu Anfang eher auf der nonverbalen Ebene (das Atmosphärische) und später vermehrt auf verbaler Ebene (durch Mitteilung von Werten, Regeln, usw.). Michael Titze (1979, S. 100-120) kategorisiert 14 verschiedene Typen der Familienatmosphäre. Wie etwa die demokratische Atmosphäre, die die Gleichbehandlung der Kinder sowie gleichbleibende Zuneigung unabhängig vom Verhalten des Kindes voraussetzt. Dieses demokratische Familienleben ist allerdings ein Ideal der individualpsychologischen Heilpädagogik und nur

schwer zu erreichen. Auf die anderen Typen der Familienatmosphäre soll hier nicht weiter eingegangen werden. Mit der Familienatmosphäre geht auch ein spezifisches Familienmotto einher, das Meinungen, Vorstellungen und auch Ziele der Familie repräsentiert (Titze, 1979).

2.2.12.2 Familienkonstellation

Die Familienkonstellation stellt eine besondere Errungenschaft Adlers dar. Im Vordergrund steht hier die Interaktion zwischen den Geschwistern bzw. die Situation, die aufgrund ihrer Geburtsrangfolge entsteht. Es können folgende Positionen in der Geschwisterreihe eingenommen werden: das Einzelkind, der Älteste, der Zweite und der Jüngste. Ein Kind kann jedoch mehrere Positionen gleichzeitig besitzen und sie auch wechseln. Die Position in der Geschwisterreihe erleichtert den Lebensstil aufzudecken. Allerdings müssen bei der Geschwisterkonstellation weitere Faktoren berücksichtigt werden, wie der Altersabstand, die Pflegebedürftigkeit, Todesfälle und das Geschlecht der Kinder (Heisterkamp, 1985). Um Missverständnisse zu vermeiden, betont Adler, dass nicht „die Zahl, die das Kind in der Geburtenfolge trägt, seinen Charakter [prägt], sondern die Situation, in die es hineingeboren wird, und die Art, in der es diese Situation deutet“ (Adler, 1929; zitiert nach Ansbacher und Ansbacher, 2004, S. 303-304). Im Folgenden soll auf die Charakteristika der vier Hauptgeschwisterpositionen eingegangen werden.

2.2.12.2.1. Das einzige Kind

Das Einzelkind gilt für die Eltern als etwas sehr Besonderes und kann deswegen ein zu hohes Maß an Aufmerksamkeit, Hilfe und Zuwendung bekommen. Dadurch, dass das Kind nur von Erwachsenen umgeben ist, bemerkt es seine Hilfsbedürftigkeit stärker. Zudem wird das Kind oft über ein normales Maß hinaus unterstützt. „Jede kleine Unpässlichkeit wird Gegenstand übertriebener Sorge. Das Kind ist nie allein, die Erwachsenen sind seine Diener, und es betrachtet sie als selbstverständlich, weil es nie anders war“ (Wexberg, 1974, S. 149). Das Einzelkind wird nicht „entthront“ und muss sich nicht dem Wettbewerb mit anderen Geschwistern stellen. Es kann aber zu einer Wettbewerbssituation mit dem Vater kommen, der die Beziehung zur verwöhnenden Mutter behindern könnte. Auch nachkommende Geschwister können diese Beziehung und die Sonderstellung des Kindes verändern, was

das Einzelkind in große Angst versetzt. Es muss nicht sein, dass Einzelkinder in einer verwöhnten Atmosphäre der Überfürsorge aufwachsen, aber es kommt sehr häufig vor (Titze, 1979).

2.2.12.2.2. Das älteste Kind

Das älteste Kind ist eine Zeit lang alleine bis es aufgrund des Nachwuchses entthront wird. Adler sagt, „[...] selbst ein einziges Jahr des Intervalls genügt, um die Spuren der Entthronung durch das ganze Leben sichtbar zu machen“ (Adler, 1933, S. 141). Plötzlich bekommt das Kind eine Nebenrolle aufgrund des Säuglings. Dies spornt das Kind in den meisten Fällen an, seine volle Zuwendung mit allen Mitteln zurück zu erobern. Dies wird jedoch nicht glücken, weil nun die Aufmerksamkeit der Eltern geteilt werden muss. Somit sehen die Erstgeborenen gerne zurück in die Vergangenheit, während sie der Zukunft eher pessimistisch ins Auge schauen (was sich u. a. in einer konservativen politischen Haltung ausdrücken kann). Gelingt es dem älteren Kind sich gegenüber dem Nachwuchs durchzusetzen, resultiert daraus später keine mutlose Einstellung (Titze, 1979). Bereiten die Eltern das älteste Kind auf den Nachwuchs vor und schenken ihm weiterhin Anerkennung und Liebe, kann es zur Nachahmung der Mutterrolle durch das Kind kommen.

2.2.12.2.3. Das zweite Kind

Das zweite Kind befindet sich von Anfang an in einer ganz anderen Ausgangslage als das Erstgeborene. Seit der Geburt hat das Kind ein älteres Geschwisterkind und die Zuwendung der Eltern ist aufgrund dessen geteilt. Das zweitgeborene Kind „verhält sich, als ob es in einem Rennen läge, als ob jemand ein oder zwei Schritte vor ihm wäre und es sich beeilen müßte, diesen zu überholen. Es steht die ganze Zeit unter Volldampf“ (Adler, 1979, S. 121). Der ständige Wettkampf und das Gefühl des Zurückgesetztseins kennzeichnen das zweite Kind. Der Unterschied zu den Älteren kann negativ bewertet werden und später in einer ablehnenden Haltung gegenüber Autoritäten resultieren. Aufgrund des ständigen Wettkampfs ist es auch möglich, dass das Kind sich andere Interessen sucht als das erstgeborene Kind. Eine abgeschwächte Entthronung erlebt auch das zweite Kind, wenn ein weiteres Geschwisterkind dazukommt. Der Fokus verschiebt sich auf das Neugeborene und die Position des Jüngsten muss verlassen werden.

2.2.12.2.4. Das jüngste Kind

Nur dem jüngsten Kind bleibt die „Enttöhrnung“ erspart (Adler, 1979). Es verleiht den Eltern das Gefühl noch jung genug zum Gebären zu sein und bekommt dies mit Aufmerksamkeit gedankt. Die Rahmenbedingungen ähneln häufig dem des Einzelkind, welche das Kind gerne nutzt, um seine Belange und die gewünschte Aufmerksamkeit zu erhalten. Die älteren Geschwister steigen gegenüber dem Jüngeren oft in die Rolle von Mutter und Vater und sind zudem Schrittmacher, die das Jüngste oft zu außerordentlichen Leistungen anspornen (Adler, 1979). Aufgrund der guten Bedingungen des Letztgeborenen können oft soziale Kompetenzen ausgebildet werden. Allerdings bringt die Position des Jüngsten auch die Erfahrung mit sich, „das Kleinste, Schwächste und Abhängigste“ zu sein, was entmutigend wirken kann (Titze, 1979, S. 129). Deswegen könnte das Kind zu der Einsicht gelangen, nur mit Hilfe der anderen etwas erreichen zu können und bildet deswegen eventuell keine aktiven Mittel zur Sicherung aus.

2.3 Zur Therapie/Beratung in der Individualpsychologie

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, den konkreten Ablauf einer therapeutischen Behandlung und deren Ziele zu beschreiben, obwohl generell nur wenig Materialien vorliegen (Bruder-Bezzel, 1995; Gstach, 1991). Adler beschreibt die Technik der Behandlung folgendermaßen:

Es ergeht mir heute wie Augustinus, der einmal gesagt hat: wenn du mich nicht fragst, so weiß ich es, wenn du mich fragst, so weiß ich es nicht. So geht es jedem von uns, wenn er von der Technik sprechen soll [...] ich zögere, nicht, weil ich es nicht weiß, es ist automatisch bei mir geworden, aber eine Beschreibung scheiterte daran, daß sich hier nichts in Regeln fassen läßt. (Adler, 1932, S. 253)

Die Persönlichkeit bzw. der Lebensstil des Beraters spielt eine besondere Rolle im Gespräch mit dem Klienten, was schwer als universelle Technik zu formulieren ist. Adler differenziert nicht zwischen Psychotherapie und Beratung, sondern rückt die pädagogisch-beratende oder pädagogische Fragestellung in den Fokus (Wengler, 1995).

2.3.1 Ziel und Ablauf der Therapie/Beratung

Ziel der Behandlung ist, das Unbewusste und Unverstandene zugänglich zu machen und umzuwandeln (Adler, 1932). Zuerst muss der Klient Einsicht in das neurotische System bzw. den Lebensplan erhalten (Adler, 1930). Danach sollte eine Symptommilderung erfolgen, die das aktive Angehen der Lebensaufgaben ermöglicht (Wexberg, 1974). Das gestörte Selbstbewusstsein soll wiederhergestellt und das Sicherungsverhalten des Klienten beseitigt werden. Dies soll ihn dazu befähigen wieder ein Verantwortungsgefühl gegenüber der menschlichen Gemeinschaft zu entwickeln (Sumpf, 1926; zitiert nach Bruder-Bezzel, 1995, S. 262). Durch die Stärkung des Selbstwerts nimmt das Minderwertigkeitsgefühl ab, was Voraussetzung dafür ist, dass die Kompensation an Bedeutung verliert.

Die Behandlung gliedert sich in das Verstehen des Patienten von Seiten des Therapeuten und in das Erläutern der Sichtweisen des Klienten. Weiterhin spielt die therapeutische Beziehung in der Behandlung eine große Rolle. Im Folgenden soll dies näher erklärt werden.

2.3.2 Den Patienten verstehen

Der IP ist es wichtig „[...] das System einer seelischen Erkrankung auf jenen Wegen zu erforschen, die der Kranke selbst gegangen ist“ (Adler, 1930, S. 69). Demnach soll auf alles geachtet werden, was der Klient von sich preisgibt, um ihn zu verstehen. Der Patient soll so viel wie möglich über sich selbst erzählen, ohne jegliche Interpretation von Seiten des Therapeuten. Ebenfalls von Bedeutung ist es, das nonverbale Verhalten zu beobachten. Schon die Art des Hereinkommens, der Händedruck, der Gehstil, der Blick, die Platzwahl und das Verhalten des Klienten während der Beratung können erste Informationen über die Person geben. Oft besteht eine Differenz zwischen dem, was der Klient sagt, und dem, was er durch seine Gestik und Mimik zum Ausdruck bringt. Für das Nonverbale sollte der Berater sensibler sein, denn es repräsentiert eher das wahre Ich. Weitere wichtige und geeignete diagnostische Zugänge zur Erkundung des Lebensstils liegen vor „[...] in einem umfassenden Verständnis der ersten Kindheitserinnerungen, der Position des Kindes in der Geschwisterreihe, irgendwelche Kinderfehler, in Tag- und Nachträumen und in der Art des exogenen, krankmachenden Faktors“ (Adler, 1933, S. 38). Die Individualpsychologische Frage „Was würden Sie tun, wenn Sie jetzt geheilt

wären?“ kann auch als diagnostischer Zugang genutzt werden, weil der Klient „[...] mit grosser Sicherheit jene Forderung nennen [wird], von der wir gerade erwarteten, dass er ihr auszuweichen suche“ (Adler, 1930, S. 137). Diese Zugänge zum Lebensstil werden bei der Vorstellung der Methoden und Interventionen des ICL's (Kapitel 2.6.3) ausführlich dargelegt.

Der Berater kann auf Basis seiner gesammelten Informationen erste Hypothesen über den Lebensstil des Klienten aufstellen. Diese Behauptungen müssen durch den Abgleich mit verbalen und nonverbalen Ausdrucksformen des Klienten überprüft werden. Diesen Teil beschreibt Wexberg auch als „analytischen Teil der Behandlung“ (Wexberg, 1974, S. 314).

2.3.3 Aufklären des Patienten über sich selbst

Die Einsicht in den Lebensstil des Klienten kann durch ein gleichwertiges, freundschaftliches Verhältnis zwischen Berater und Klient gefördert werden. Zudem ist es wichtig, dass der Berater den Lebensstil des Klienten nicht nur ungefähr sondern präzise kennt und ihn dadurch überzeugen kann „[...] stets seine störenden Arrangements und Konstruktionen vorherzusagen, sie immer aufzusuchen und zu erklären [...]“ (Adler, 1930, S. 30). Adler legt gezielt seinen Fokus auf (a) die schnelle Erkundung des Lebensstils und (b) teilt dem Klienten diesen mit. Diese zwei Komponenten bilden den Anfang der Behandlung (Adler, 1930).

2.3.4 Das therapeutische Verhältnis

Von Seiten des Klienten kann das Verhältnis zwischen Klient und Therapeut verständlicherweise von Entwertung und Widerstand geprägt sein, weil der Therapeut sich dem neurotischen Streben des Patienten entgegenstellt. Dies kann dazu führen, dass der Patient versucht, den Therapeut zu entwerten, seinen Einfluss zu minimieren und wahre Sachverhalte zu kaschieren (Adler, 1930). Weitere Ausdrucksformen der Entwertungstendenzen können z. B. sein, dass der Klient zu spät kommt, Zweifel gegenüber dem Behandlungserfolg äußert, in der Behandlung schweigt oder seinen Termin verlegt. Oft ist diese Entwertung bzw. der Widerstand gegen die Behandlung ein Ausdruck von mangelndem Mut sich den Herausforderungen des gesellschaftlichen Lebens zu stellen, weil dort die Möglichkeit besteht, eine Niederlage zu erfahren. Um diesen Widerstand zu vermeiden, wird in der

Behandlung betont, dass die Verantwortung für den Heilungsprozess in der Hand des Klienten und nicht bei dem Berater liegt (Adler, 1933). Dabei ist es wichtig, dass der Berater sich nicht vom Klienten in eine übergeordnete Rolle bringen lässt. Um einen Beratungserfolg zu erzielen muss der Berater dem Klienten wertschätzend, aufrichtig und empathisch gegenüber treten (Adler, 1979). Die Art und Weise der Beratung soll das Gemeinschaftsgefühl des Klienten entfachen und aufrechterhalten.

2.3.5 Besondere Aspekte und Techniken der Behandlung

Der Berater soll keine absoluten zeitlichen Vorgaben über die Behandlungsdauer machen (z. B. 15 Therapiesitzungen), denn die Behandlungszeit ist von der Mitarbeit des Ratsuchenden abhängig. Genauso sollte sich der Berater von unentgeltlicher Behandlung, Pauschalpreisen und Zahlungen, die an eine erfolgreiche Behandlung geknüpft sind, distanzieren. Stattdessen sollen alle praktischen Aspekte (wie Preis der Behandlung) in der ersten Sitzung im Sinne des Gemeinschaftsgefühls geklärt und im Beratungsverlauf eingehalten werden.

Durch die Anwendung von Techniken versucht der Therapeut das Spannungsniveau des Klienten möglichst niedrig zu halten, indem er bspw. den Klient ermutigt vermiedene Symptome bewusst zu provozieren oder ihn beauftragt irgend jemandem täglich eine Freude zu bereiten. Oberstes Ziel der Therapie ist es, das Gemeinschaftsgefühl zu steigern, indem man den Patienten dazu befähigt, seinen Mitmenschen wieder gleichberechtigt und kooperativ begegnen zu können (Adler, 1979). Um den Patienten in seinem Fortkommen zu unterstützen und ihn nicht zum vorzeitigen Therapieabbruch zu veranlassen, schlagen Wexberg (1931) und Dreikurs (1932) im Gegensatz zu Adler vor, den Klienten langsam in das individualpsychologische Denken einzuführen und ihn somit nicht gleich zu Therapiebeginn mit seinem Lebensstil zu konfrontieren.

2.4 Wirksamkeit der Individualpsychologie

In diesem Abschnitt soll der Forschungsstand zur empirischen Wirksamkeit der IP aufgezeigt werden. Hierfür werden Metaanalysen (Kapitel 2.4.1 und 2.4.3), qualitative Wirksamkeitsnachweise (Kapitel 2.4.2), eine

quantitative Studie zur Individualpsychologie (Kapitel 2.4.4) und die Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat (Kapitel 2.4.5) verwendet und erläutert.

2.4.1 *Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies*

Die Metaanalyse von Smith, Glass und Miller. (1977) zählt zu den ersten Studien, welche die Wirksamkeit der Psychotherapie statistisch belegt und widerlegt gleichzeitig Eysenck's Aussage, dass psychoanalytische Behandlung genauso wirksam ist wie die Spontanremission. In der Metaanalyse wurden 375 Studien verwendet, die entweder eine Therapieform mit einer anderen Therapieform oder eine Therapieform mit einer Kontrollgruppe verglichen haben. Zudem wurden zehn weitere Merkmale wie Therapieform, Dauer der Behandlung, Gruppen- oder Einzeltherapie, Alter des Klienten, usw. erhoben. Im Mittel hat sich eine Effektstärke von .68 gezeigt. In der *Tabelle 1* können die Effektstärken der zehn erhobenen Therapieformen separat betrachtet werden. Es wurden zwischen Verhaltenstherapie und den anderen Therapieformen geringe Unterschiede in der Wirksamkeit gefunden. Die Therapieform „Adlerian“, was die Theorie und Praxis nach Alfred Adler beschreibt, hat eine Effektstärke von 0.71 (mittlerer bis starker Effekt) (Smith et al., 1977).

Tabelle 1

Effektstärken von zehn Therapieformen über alle Outcome Maße (Smith et al., 1977, S. 756)

Therapieform	Mittlere Effektstärke
Psychodynamic	0.59
Adlerian	0.71
Eclectic	0.48
Transactional Analysis	0.58
Rational-emotive	0.77
Gestalt	0.26
Client-centered	0.63
Systematic desensitization	0.91

Therapieform	Mittlere Effektstärke
Implosion	0.64
Behavior modification	0.76

2.4.2 Wirksamkeitsnachweis des Österreichischen Verein für Individualpsychologie (ÖVIP)

Aufgrund des seit 1992 in Österreich neu aufgelegten Psychotherapeutengesetzes musste der ÖVIP ein Anerkennungsverfahren als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung durchlaufen. Der ÖVIP hatte das Ziel, die IP als eigenständige Methode wissenschaftlich zu begründen und ihre Wirksamkeit nachzuweisen. Da nur wenig Wirksamkeitsnachweise zur IP vorlagen, wurden Therapieverläufe bzw. Therapieausschnitte und Falldarstellungen herangezogen. Einige der Fallberichte zeigten „welche psychotherapeutischen Veränderungen [...] als Folge welcher psychotherapeutischen Interventionen beschrieben sind“ (Presslich-Titscher & Datler, 1994, S. 205). Aufgrund dieser Wirksamkeitsnachweise erhielt der ÖPIV 1993 die Anerkennung als fachspezifische Ausbildungseinrichtung (Presslich-Titscher & Datler, 1994).

2.4.3 Berner Metaanalyse zur Wirksamkeit von Psychotherapie

Die Übersichtsarbeit von Grawe, Donati und Bernauer (1994) haben das Ziel, „den Bereich der Psychotherapie transparenter zu machen durch einen möglichst vollständigen Überblick über den wissenschaftlichen Ergebnisstand zu allen gängigen Therapiemethoden“ (Grawe et al., 1994, S. 37). Die Metaanalyse schließt 897 Studien ein, die von den Anfängen der empirischen Therapieforschung bis zur Jahreswende 1983/84 veröffentlicht wurden. Die Bewertung der Therapierichtungen orientiert sich an den Kriterien des empiristisch-positivistischen Wissenschaftsverständnisses der Sozialwissenschaften und der Psychologie. Die IP nach Alfred Adler wird in dieser Metaanalyse als Individualtherapie bezeichnet. Es konnten lediglich zwei amerikanische Studien zur IP, die beträchtliche Mängel aufwiesen, aufgefunden und berichtet werden. In beiden Studien handelt es sich um ambulante Einzeltherapien. Es wurde als Therapieerfolgsmaß nur die Übereinstimmung von Selbst- und Idealbild herangezogen, die bei beiden Studien im Prä-Post-

Vergleich jeweils statistisch gesichert werden konnte. Jedoch fehlte der statistische Vergleich mit einer Kontrollgruppe, um die Übereinstimmung von Selbst- und Idealbild auf den Therapieeffekt zurück führen zu können. Der Vergleich zwischen IP und Gesprächspsychotherapie war nicht signifikant.

Die Ergebnislage zur Individualtherapie liegt damit quantitativ und qualitativ an der Grenze des noch Erwähnenswerten. Sie ist sehr weit entfernt von der Schwelle, ab der die Wirksamkeit eines Therapieverfahrens als einigermaßen gesichert gelten kann. Uns sind auch aus neuerer Zeit keine Untersuchungen bekannt geworden, die an dieser Bewertung etwas ändern könnten. Die Individualtherapie kann daher bisher nicht zu den empirisch bewährten Therapieverfahren gezählt werden. (Grawe et al., 1994, S. 238)

Die psychoanalytische Psychotherapie beschreibt Grawe et al. (1994, S. 197), als „in der therapeutischen Versorgung zwar gerechtfertigt, [...] die dominierende Stellung psychoanalytischer Therapie im derzeitigen Versorgungssystem ist aufgrund der empirischen Befundlage allerdings nicht gerechtfertigt [...] Der wissenschaftliche Entwicklungsstand zur psychoanalytischen Therapie ist allerdings insgesamt positiver einzuschätzen, als es aus diesem Ergebnisbericht hervorgeht.“ Zudem kommen Grawe et al. (1994) u. a. aufgrund ihres direkten Wirkungsvergleichs verschiedener Therapieformen zu dem Schluss, dass die Verhaltenstherapie angeblich allen anderen Therapien (Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse und Familientherapie) überlegen ist. Dies führte zu einer heftigen Kontroverse besonders auf Seiten der Vertreter der Tiefenpsychologie. Daraufhin wurde besonders der Vorteil, den Grawe et al. der Verhaltenstherapie gegenüber der Psychoanalyse statistisch gesehen zuspricht, beleuchtet. Diese Überlegenheit konnte aufgrund von Reanalysen der Daten objektiv nicht bestätigt werden (Tschuschke, Heckrath & Tress, 1997). Die Vergleichsbeurteilung wurde aufgrund erheblicher methodischer Mängel beanstandet (z. B. keine stochastische Unabhängigkeit zwischen den einzelnen Ergebnissen/Messungen, Studien wurde ungewichtet in den Vergleich aufgenommen, Normalverteilung als Voraussetzung für t-Differenzentest nicht gegeben). Weiterhin sind viele Studien aufgrund ihrer Nichteignung ausgeschlossen worden (z. B. weil die Behandlung nicht in der jeweiligen Therapieform umgesetzt wurde oder die Therapeuten nicht spezifisch

ausgebildet waren bzw. keine fundierte mehrjährige Erfahrung aufweisen konnten. Ein weiteres Ausschlusskriterium war, dass die Dosis ein Minimum von 20-25 Sitzungen unterschritten hatte.) Daraufhin sind bei der Betrachtung von den ehemaligen 19 Studien acht Studien für einen direkten Wirkungsvergleich zulässig. Sechs dieser Studien zeigen keinen Unterschied zwischen den Therapieformen und jeweils eine Studie zeigt eine Überlegenheit für die Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass keine Therapieform einer anderen überlegen ist. Somit gilt es achtsam zu sein bezüglich der anderen Studien, die Grawe et al. (1994) in ihre Metaanalyse miteinbezogen hatten, um nicht zu falschen Schlussfolgerungen zu gelangen (Tschuschke et al., 1997).

2.4.4. Wirksamkeitsuntersuchung individualpsychologisch-psychoanalytischer Psychotherapie

Schleussner und Klar haben 2003 eine Langzeitstudie zur Wirksamkeit individualpsychologisch-psychoanalytischer Psychotherapie vorgelegt. Diese quantitative Studie schließt eine Lücke, weil bis dahin keine methodologisch einwandfreien psychotherapeutischen Wirksamkeitsstudien zur IP existiert haben. Deswegen soll an dieser Stelle die Studie ausführlicher behandelt werden.

An der Studie nahmen in der Untersuchungsgruppe 144 Personen teil und 51 in der Kontrollgruppe. Es wurden über drei Jahre fünf Messzeitpunkte und eine Katamneseerhebung (ca. zwei Jahre nach Behandlungsende) durchgeführt. Folgende Messverfahren wurden eingesetzt: der „Giessener Beschwerdebogen“ (GBB) (Brähler & Scheer, 1995), der die psychosomatischen Bedingtheit erfasst, der „Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Kurzform)“ (MMPI (K)) (Gehring & Blaser, 1982), der zehn Persönlichkeitsbereiche erhebt und der „Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens“ (VEV) (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) bei dem der Proband retrospektiv die eigene wahrgenommene Veränderung im Erleben und Verhalten beurteilt. Schleussner und Klar (2003) kamen zu dem Ergebnis, dass sich nicht alle Dimensionen bis zum Ende des Erhebungszeitraum kontinuierlich verbessert haben. Die Symptomcluster des GBB fassen mehrere Symptome zusammen und die folgenden zeigen nach zweijähriger Behandlung eine Verbesserung: Erschöpfungsneigung, Gliederschmerzen, Magenbeschwerden,

und Beschwerdedruck. Zudem konnte eine Verbesserung bei der MMPI (K)-Hysterie und Hypochondriasis sowie des VEV's gefunden werden. MMPI (K)-Psychoasthenie und Depression und GBB-Herzbeschwerden verbessern sich bis zum Ende des dritten Jahres, nachdem sie im zweiten Behandlungsjahr unverändert blieben.

Bei $\frac{3}{4}$ aller Einzelbeschwerden des GBB entsprechen bzw. überschreiten die Patienten nach drei Jahren Behandlung das Gesundheitsniveau der Normalbevölkerung. Aussagen hinsichtlich des VEV und MMPI(K) sind aufgrund der begrenzten Vergleichbarkeit der Gruppen eingeschränkt. An der Katamnese nahmen 57 Patienten teil, die nach der Therapie eine subjektiv eingeschätzte normale Beziehung zu sich selbst angaben, d. h., dass sie in guten wie in schlechten Zeiten freundlich mit sich selbst umgehen (Intrex-Fragebogen (Kurzform)). Auf dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ) gaben die Klienten eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung an. Die höchste Zustimmung mit 87,7% erhielt das Item „Ich habe einige neue Einsichten gewonnen“.

2.4.5 Wissenschaftlicher Beirat

Früher war die Kassenärztliche Bundesvereinigung für die Zulassung der Ausbildungsinstitute und Ausbildung im Sozialrecht verantwortlich. Durch die Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes (1999) ist der Wissenschaftliche Beirat für die Anerkennung und Festlegung von Rahmenbedingungen nun im Berufsrecht verantwortlich. Im Sozialrecht ist weiterhin die KBV mit den gesetzlichen Krankenkassen für die Psychotherapierichtlinien zuständig (Sasse, 2014).

Die Richtlinienverfahren (Psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie) mussten somit nicht einer kritischen Prüfung der staatlichen Landesprüfungsämter unterzogen werden. Trotzdem hat der Wissenschaftliche Beirat den Richtlinienverfahren empfohlen, die Wissenschaftlichkeit ihrer Methoden bewerten zu lassen, damit alle Verfahren nach den gleichen Kriterien die wissenschaftliche Anerkennung vorweisen können. 2004 wurde die Psychodynamische Psychotherapie vom Wissenschaftlichen Beirat anerkannt. Dafür musste das Verfahren einen fünfstufigen Prozess durchlaufen, der dem Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats entnommen werden kann. Durch die zusammenfassende Anerkennung der Psychodynamischen

Psychotherapie (darunter fallen die beiden Verfahren tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie) ist auch die Individualpsychologie als Teil der analytischen Psychotherapie wissenschaftlich anerkannt. Für die folgenden neun Anwendungsbereiche konnte die Wirksamkeit bestätigt werden (Wissenschaftlicher Beirat, 2004):

1. Affektive Störungen (F 3)
2. Angststörungen (F 40-42)
3. Belastungsstörungen (F 43)
4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F 44, 45, 48)
5. Essstörungen (F 50)
6. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F 54)
7. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)
8. Abhängigkeit und Missbrauch (F 1, 55)
9. Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F 2)

2.5 Psychotherapie vs. Beratung

Dieser Teil beinhaltet die Definition von Psychotherapie und Beratung (Kapitel 2.5.1), an die sich die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen diesen beiden Herangehensweisen anschließen (Kapitel 2.5.2).

2.5.1 Definition von Psychotherapie und Beratung

Psychotherapie und Beratung stehen in einem engen Verhältnis und sind oft von außen schwer zu unterscheiden. Dennoch sind die Konzepte inhaltlich wie rechtlich verschieden, worauf im Folgenden näher eingegangen wird.

Der Duden definiert Psychotherapie als die „Gesamtheit der psychologischen Verfahren zur Heilung oder Linderung von Störungen im psychischen Bereich, in den sozialen Beziehungen, im Verhalten oder auch in bestimmten Körperfunktionen“ (Duden online, o.J.). Psychotherapie ist eine klar definierte Tätigkeit, die seit 1999 laut Psychotherapeutengesetz (PsychThG), als eine Tätigkeit im Bereich der Heilkunde mit wissenschaftlich anerkannten Verfahren gilt. Sie weist die Funktion des Erkennens, der Heilung oder Linderung von psychischen Störungen mit Krankheitswert auf. Bisher gibt es zwei anerkannte Verfahren: die (1) Psychodynamische Psychotherapie sowie

die (2) Verhaltenstherapie, deren Interventionen von der Krankenkasse übernommen werden und nur von Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden dürfen.

Rechtien (2004, S. 16) definiert Beratung als ein „zwischenmenschlicher Prozess (Interaktion), in welchem eine Person (der Ratsuchende oder Klient) in und durch die Interaktion mit einer anderen Person (dem Berater) mehr Klarheit über eigene Probleme und deren Bewältigung gewinnt. Das Ziel der Beratung ist die Förderung von Problemlösekompetenz.“

In den Sechziger und Siebziger Jahren vollzieht das Verständnis von Beratung einen Wandel. Beratung geht nun über die reine Informationsvermittlung und der Hilfe zur normkompatiblen Lebensführung hinaus und versteht sich heute eher als „psychologisches Hilfsangebot, das sich an den Bedürfnissen und Problemlagen der Klienten orientiert“ (Nußbeck, 2006, S. 15). Daraus folgt, dass der Berater über Faktenwissen über die jeweilige Problemlage verfügen muss (z. B. gesetzliche Vorgaben, Handlungsalternativen). Er benötigt ebenso Beratungs- und Interaktionswissen bzgl. der Diagnostik, Gesprächsführung, Beziehungsaufbau, usw. . Auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Herangehensweise soll genauer eingegangen werden.

2.5.2 Gemeinsamkeiten vs. Unterschiede

Beratung ist mit einer Psychotherapie trotz vieler Gemeinsamkeiten nicht gleichzusetzen und beide weisen verschiedene Schwerpunkte auf. Trotzdem könnte eine sinnvolle Ergänzung der Psychotherapie durch Beratungsangebote hilfreich sein. Bspw. könnten erste Symptome psychischer Beschwerden durch eine Beratung eventuell reduziert werden. Eine Gemeinsamkeit der Psychotherapie und der Beratung ist, dass bei beiden Herangehensweisen ein professionell geführtes Gespräch über ein belastendes Anliegen des Klienten statt findet. Ziel ist mehr Transparenz über das Problem zu erhalten, Ressourcen zu stärken, Problemlösefähigkeit zu erhöhen und einen Ausweg zu erarbeiten. Therapie- wie Beratungsmethoden basieren auf Techniken und Erklärungen der Psychoanalyse, der Gesprächstherapie, der Gestalttherapie oder der Verhaltenstherapie (Nußbeck, 2006). Die Interventionen können sich aber in ihrem Intensitätsgrad unterscheiden. In der Beratung, sowie in der Psychotherapie besteht ein Beziehungsgefälle, da der hilfsbedürftige Klient Hilfe beim Berater/Therapeut sucht. Bei beiden

Behandlungsformen muss die Würde des Menschen, der als eigenständig, selbst verantwortlich und unabhängig angesehen wird, geachtet werden (Nußbeck, 2006). Eine weitere Gemeinsamkeit ist, dass eine offene und vertrauensvolle Atmosphäre die Voraussetzung für eine konstruktive Behandlung bildet. In den meisten Fällen sucht der Ratsuchende die Beratung/Therapie freiwillig auf, außer es wird gesetzlich angeordnet.

Unterschiede zwischen Psychotherapie und Beratung bestehen u. a. in der Dauer. Die Beratung ist im Vergleich zur Therapie eher kurzzeitig angelegt. Findet psychosoziale Beratung in öffentlichen oder kirchlichen Einrichtungen statt, ist diese meistens unentgeltlich. Es gibt auch freie Praxen, bei denen der Ratsuchende selbst bezahlen muss. Bei der Psychotherapie kann mit der Krankenkasse abgerechnet werden, hierfür ist ein Gutachten zur Therapiebedürftigkeit erforderlich (Boeger, 2009). Zudem werden in der Therapie Störungen mit Krankheitswert behandelt mit dem Ziel der Heilung und Veränderung der Person. Hingegen bietet die Beratung im präventiven Sinn Hilfe bei „relativ ungestörten Personen“ (Nußbeck, 2006). Überdies ist das Zentrum der Therapie der Veränderungsprozess, während die Klienten in einer Beratung eine „selbständige Veränderungsfähigkeit“ besitzen (Nußbeck, 2006, S. 22).

Die größte Ähnlichkeit zur Psychotherapie hat die Beratung mit kurativem (heilendem) Anspruch. Sobald die Beratung Tätigkeiten, wie die Informationsvermittlung oder das Treffen von Entscheidungen gegen den Willen der Klienten umfasst, sind die Grenzen zwischen der beraterischen und der therapeutischen Tätigkeit eher erkennbar (Boeger, 2009). Bis jetzt gibt es in Deutschland keinen allgemein gültigen Ausbildungsstandard und die Beratung ist nicht an eine wissenschaftliche Disziplin gekoppelt. Deswegen kann Beratung mit unterschiedlichem Maß an Professionalität durchgeführt werden (Nußbeck, 2006). Auch die Berufsbezeichnung „Lebensberatung“ oder „Psychologischer Berater“ sind in Deutschland nicht geschützt. Ein Ausweg aus dieser Situation stellt, wie in der Einführung erwähnt, die Deutsche Gesellschaft für Berater (DGfB) dar, die 2016 als Dachverband bereits 29 Fach- und Berufsverbände einschließt. Nach der Homepage der DGfB (<http://www.dachverband-beratung.de/ziele.php>) hat die Gesellschaft folgende Ziele:

- Aufstellung und Weiterentwicklung eines gemeinsamen
Beratungsverständnisses

- Förderung und Koordination von Forschung, Theorie- und Praxisentwicklung sowie von Weiterbildung
- Vertretung und Verbreitung von Beratung/Counseling in nationalen und internationalen Feldern und Zusammenarbeit mit Organisationen ähnlicher Zielsetzung
- Förderung von Interdisziplinarität
- Förderung der Reflexion und Entwicklung von Rahmenstandards
- Reflexion und Entwicklung von Qualitätssicherung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Beratung und Therapie zwar neben vielen Gemeinsamkeiten auch deutliche Unterschiede und Ziele aufweisen.

2.6 ICL - Institut für christliche Lebens- und Eheberatung

Der sechste Abschnitt befasst sich mit dem Aufbau des Instituts für christliche Lebens- und Eheberatung (ICL) (Kapitel 2.6.1). In Kapitel 2.6.2 wird ein Überblick über die verschiedenen Ausbildungsmöglichkeiten zum Berater und deren Voraussetzungen gegeben. Der letzte Teil beschäftigt sich mit den vermittelnden Methoden und Interventionen des ICL's (Kapitel 2.6.3).

2.6.1 Aufbau des ICL-Instituts

Das ICL besteht seit 1990 und bietet Menschen vielfältige Schulungen im Bereich christlicher Lebens- und Eheberatung. Ziel ist es, eine qualifizierte Ausbildung zum Berater der IP zu gewährleisten, um Menschen mit persönlichen Nöten, Ängsten und unbewältigten Lebensfragen kompetent zu beraten. Das Ausbildungskonzept des Instituts und somit auch die Inhalte der angebotenen Seminare basieren zum einen auf dem christlichen Glauben und zum anderen auf der IP nach Alfred Adler sowie der Erweiterung der IP von Rudolf Dreikurs. Das Institut hat seinen Sitz in Steinen/Deutschland und organisiert Schulungen in Tagungsstätten an verschiedenen Orten in Deutschland, der Schweiz und Österreich unter der Institutsleitung von Katharina Schmidt. In Steinen sind vier festangestellte Mitarbeiter und die Ausbilder werden auf Honorarbasis entschädigt. Das Institut ist sehr darauf bedacht, dass alle Ausbilder bzw. Dozenten aktiv nach christlichen Werten leben, nur bei Wahlseminaren gibt es Ausnahmefälle. Alle Dozenten bzw.

Ausbilder sind im Studienführer des ICL's aufgeführt (Studienführer, 2016, S. 8-10). Das Ausbildungsangebot ist in sechs Bereiche untergliedert: der Grundlagenstufe, der Aufbaustufe, der Vertiefungsstufe, der Eheberatung, dem Heilpraktiker für Psychotherapie und Weiterbildungen. Auf diese Bereiche soll nun im Einzelnen näher eingegangen werden. Daran schließen sich die Erläuterungen der Beratungsmethoden an.

2.6.2 Überblick über Ausbildungsmöglichkeiten

2.6.2.1 Grundlagenstufe

Die Grundlagenstufe dient dem Teilnehmer seine Persönlichkeit kennen zu lernen. Sie ist in einen theoretischen und in einen praktischen Teil untergliedert. Der theoretische Teil beinhaltet das Einführungsseminar (Glaube, Seelsorge, Psychologie – Der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit), Grundlagenseminare, Grundlagen-Wahlseminare und die Pflichtlektüre. *Tabelle 2* gibt einen Überblick über die Grundlagenseminare und die Grundlagen-Wahlseminare. Der praktische Teil umfasst 20 Einheiten Praxisübungen (eine Einheit entspricht 45 min) und zehn Einheiten Eigenreflexion. Im Praxisübungen haben die Teilnehmer in einer Gruppe unter Anleitung die Möglichkeit, die bisher theoretisch erlernten Methoden einzuüben. Bei der Eigenreflexion stehen den Teilnehmern ICL-Gesprächspartner zur Verfügung, um gemeinsam den individuellen Lebensstil zu erarbeiten. Nach erfolgreichem Besuch aller vorgeschriebenen Teile der Grundlagenstufe (Einführungsseminar, Grundlagenseminare G1-G7 + G8 oder G9, mind. 20 Einheiten Praxisübungen, mind. zehn Einheiten Eigenreflexion und Pflichtlektüre) und dem Vorliegen von zwei Referenzen, die den gelebten christlichen Glauben bestätigen, kann das Zertifikat zum Begleitenden Seelsorger (BG) bzw. zum Begleiter für Persönlichkeitsentwicklung und Sozialkompetenz (BG) erhalten werden (Studienführer des ICL's, 2016, S. 14).

Um in die Aufbaustufe zu gelangen, muss ein Aufnahmegespräch von zugelassenen Mentoren mit einer Zusatzausbildung geführt werden. Hierbei wird die persönliche Beraterfähigkeit beurteilt und der weitere Verlauf der Ausbildung besprochen.

Die Grundlagenseminare sollen hauptsächlich zur persönlichen Auseinandersetzung des Teilnehmers mit seinem Lebensstil dienen. Dieses

Wissen über seinen Lebensstil hilft dem Berater reflektiert und versöhnt mit sich selbst, mit den anderen und mit Gott, die nächsten Ausbildungsschritte anzugehen.

Tabelle 2

Übersicht über die Grundlagenseminare und der Grundlagen-Wahlseminare

Grundlagenseminare	Grundlagen-Wahlseminare
G1 Bedeutung der Herkunftsfamilie	GW10 Ehe stärkende Seelsorge
G2 Charakterstrukturen	GW11 Umgang mit Besitz, Geld und Schulden
G3 Erfolgreiche Kommunikation	GW12 Sterbende und Trauernde begleiten
G4 Lebensstil-Korrektur I	GW13 Coaching Basics- Mitarbeiter begleiten und fördern
G5 Umgang mit Gefühlen-Ermutigung leben	GW14 Die Kunst, gut zu entscheiden
G6 Hilfe in Erziehungsfragen-Kinder 3-12 Jahren	GW15 Krise und Chance der Lebensmitte
G7 Selbstwert und Identität	GW16 60 plus – Das Leben neu gestalten
G8 Gebetsseelsorge	GW17 Begleitung von Menschen aus anderen Kulturen
G9 Erfolgreich leben ohne auszubrennen	GW18 Gebet in der Seelsorge

2.6.2.2 Aufbaustufe

In der Aufbaustufe liegt der Schwerpunkt auf der Thematik des Beratungsprozesses. D. h., die Teilnehmer sollen inhaltlich durch vertieftes Wissen auf die Beratung vorbereitet, aber auch mit praktischem Handwerkzeug ausgerüstet werden (Interventionen, Gesprächsführung). Diese Stufe ist wieder in einen theoretischen Teil (Pflichtseminare, Wahlseminare und Pflichtlektüre (siehe *Tabelle 3*)) und in einen praktischen Teil (Praxiseinheiten, Eigenreflexion, Lehranalyse, Gruppensupervision und Einzelsupervision) aufgeteilt. In der Lehranalyse erarbeitet jeder Teilnehmer systematisch seinen Lebensstil mithilfe eines Lehrberaters. Weiterhin werden in der Lehranalyse die persönlichen Fähigkeiten und Grenzen für die Beratungsarbeit herauskristallisiert, Ressourcen aktiviert, Befähigung nachtrainiert und psychosoziale Beratungskompetenz gefördert. In der Supervision werden meist in Gruppen einzelne

Fälle/Beratungsgespräche der Auszubildenden reflektiert und dadurch ihre Beratungskompetenz weiter gefördert. Für den Abschluss „Individualpsychologischer Berater und Therapeutischer Seelsorger“ (IPBS) muss der Auszubildende in seinem Antrag bestätigen, dass er die ethischen Werte der Bibel akzeptiert, und angeben, seit wann er bewusst als Christ lebt. Die christliche Gemeindezugehörigkeit und die Aufgaben in der christlichen Gemeinde werden zusätzlich erfragt. Der Auszubildende muss weiterhin zwei ausgefüllte Referenzbögen (siehe Anhang A) von zwei Verantwortlichen der Gemeinde zur Abschlussprüfung mitbringen.

Sind alle Voraussetzungen erfüllt und die Abschlussprüfung erfolgreich bestanden, kann der Teilnehmer das Zertifikat „Beratender Seelsorger für Persönlichkeitsentwicklung und Sozialkompetenz“ (BS) oder das Zertifikat „Individualpsychologischer Berater und Therapeutischer Seelsorger“ (IPBS) erhalten. Zusammenfassend werden die Voraussetzungen, die für den Abschluss eines IPBS-Beraters erfüllt sein müssen, nachfolgend aufgeführt (Studienführer des ICL's, 2016, S. 19):

- Einführungsseminar
- Grundlagenseminare G1-G7 + G8 oder G9
- Aufnahmegespräch
- zehn Aufbau-Pflichtseminare (aus A1-A12)
- vier Aufbauseminare nach Wahl
- mind. 40 Einheiten Praxisübungen
- mind. zehn Einheiten Eigenreflexion
- mind. 30 Einheiten Lehranalyse
- mind. 60 Einheiten Gruppensupervision
- mind. fünf Einheiten Einzelsupervision
- Pflichtlektüre
- zwei Falldokumentationen mit je neun Gesprächen
- Nachweis von mind. 150 Einheiten Beratungsgespräch

Tabelle 3

Übersicht über die Aufbau-Pflichtseminare sowie der Aufbaustufe-Wahlseminare

Aufbau-Pflichtseminare	Aufbaustufe-Wahlseminare (AW)
A1 Frühkindliche Erinnerungen I – Archiv der privaten Logik	AW19 Systemisches Beraten mit Projektionen
A2 Psychopathologie I – Grenzen der Beratung	AW20 Charakterstrukturen II – Interaktion in der Ehe
A3 Ängste und Zwänge	AW21 Essstörungen
A4 Beratung labiler und depressiver Menschen	AW22 Rollenspiele
A5 Gesprächsführung II	AW23 Malen in der Beratung
A6 Stoffgebundene Süchte – Alkohol, Medikamente, Drogen	AW24 Ehe und Herkunftsfamilie
A7 Herkunftsfamilie II – Familienstellen	AW25 Gefühlslebenslauf
A8 Arbeit mit Projektionen	AW26 Kinder in der Beratung
A9 Erziehungsberatung II – Jugendliche	AW27 IP-Werkzeuge in der Beratungspraxis
A10 Frühkindliche Erinnerung II	AW28 Männer in der Beratung
A11 Lebensstilkorrektur II	AW29 Ehe- Kommunikationstraining
A12 Umgang mit Flüchen, Festlegungen, Okkultismus	AW30 Einführung in systemisch-lösungsorientiertes Coaching
	AW31 Verhaltenstherapeutische Standardmethoden
	AW32 Psychologische Diagnostik in Beratung und Coaching
	AW33 Mein persönliches Beratungskonzept

2.6.2.3 Vertiefungsstufe

Die Voraussetzung für den Besuch der Vertiefungsstufe ist der bereits erworbene Abschluss „Individualpsychologischer Berater und Therapeutischer Seelsorger“ (IPBS). In dieser Stufe werden die Fachkenntnisse über schwerwiegende Konflikte und Persönlichkeitsstörungen erweitert. Zudem sollen therapeutische Gruppenmodelle erlernt und systemische Zusammenhänge und Interaktionsmuster durchschaubar gemacht werden. Des Weiteren werden fachliche Grenzen des Beraters definiert und der persönliche Kompetenz- und Erfahrungsbereich vergrößert. Dabei sind Lehranalyse, Supervision und die persönliche Praxis der Gesprächsführung ein wesentlicher

Teil der Vertiefungsstufe. Der Abschluss erfolgt mit dem Zertifikat „Individualpsychologisch-Systemischer Fachberater“ (IPSF). *Tabelle 4* liefert einen Überblick zu den Vertiefungsseminaren. Für den Abschluss IPSF müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein (Studienführer des ICL's, 2016, S. 23):

- Einführungsseminar
- Grundlagenseminare G1-G7 + G8 oder G9
- Aufnahmegespräch
- zehn Aufbau-Pflichtseminare (aus A1-A12)
- sechs Aufbau-/ Vertiefungsseminare nach Wahl (inkl. AW19, AW22, AW23)
- fünf Vertiefungsseminare (V1-V5)
- mind. 40 Einheiten Praxisübungen
- mind. 14 Einheiten Eigenreflexion
- mind. 30 Einheiten Lehranalyse
- mind. 80 Einheiten Gruppensupervision
- mind. 12 Einheiten Einzelsupervision
- mind. zehn Einheiten Intensivtraining
- Pflichtlektüre
- zwei Falldokumentationen mit je 12 Gesprächen
- Nachweis von mind. 150 Einheiten Beratungsgespräch (mind. 50 Einheiten Systematische Beratung)

Tabelle 4

Übersicht über die Vertiefungsseminare

Vertiefungsseminare

V1 Träume

V2 Psychosomatik – Sprache der Seele

V3 Psychopathologie II

V4 Frühkindliche Erinnerungen III

V5 Systemische Beratung

V6 Internetsucht & Pornografie

V7 Therapeutische Gruppen

V8 Sexueller Missbrauch

V9 Sexuelle Identitätskonflikte

V10 Verkörperter Lebensstil

2.6.2.4 Eheberatung

Das Zertifikat „Individualpsychologisch-Systemischer Fachberater“ (IPSF) ist die Voraussetzung, um an der Ausbildung zur Eheberatung teilnehmen zu können. Hier wird die Kompetenz im Führen von Paargesprächen und die Gewährleistung von Gleichwertigkeit und Neutralität beider Partner gegenüber trainiert. Erlernt werden soll, Ehe-Interaktionsmuster zu erkennen und sich diese bewusst zu machen, das WIR-Gefühl in der Ehe zu fördern und korrespondierende Werte aus der Herkunftsfamilie der Partner verständlich zu machen. Zusätzlich wird der Einsatz von sexualtherapeutischen Methoden vermittelt. Lehranalyse und Ehe-Supervision ergänzen die Ausbildung. Der Abschluss erfolgt mit dem Zertifikat „Individualpsychologischer Lebens- und Eheberater“ (IPLE). *Tabelle 5* gibt eine Übersicht über die Eheberatungsseminare. Für den Abschluss IPLE müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein (Studienführer des ICL's, 2016, S. 26):

- Einführungsseminar
- Grundlagenseminar G1-G7 + G8 oder G9
- Aufnahmegespräch
- zehn Aufbau-Pflichtseminare (aus A1-A12)
- sechs Wahl-Seminare aus GW10, AW19, AW20, AW22, AW23, AW24, AW26, AW28, AW29)
- fünf Vertiefungsseminare (V6 +V8 obligatorisch)
- mind. 40 Einheiten Praxisübungen
- mind. 14 Einheiten Eigenreflexion
- mind. 30 Einheiten Lehranalyse
- mind. 80 Einheiten Gruppensupervision
- mind. 12 Einheiten Einzelsupervision
- mind. zehn Einheiten Intensivtraining
- E-Pflichtseminare E1-E6
- mind. 40 Einheiten Ehe-SV-Marathon
- mind. 2 Einheiten Ehe-Einzelsupervision
- mind. 12 Einheiten Ehe-Intensivtraining
- Pflichtlektüre
- eine Falldokumentation mit je 12 Gesprächen und eine Falldokumentation mit acht Gesprächen Eheberatung

- Nachweis von mind. 150 Einheiten Einzel-Beratungsgespräch und 100 Einheiten Paargespräche

Tabelle 5

*Übersicht über die Eheberatungsseminare***Eheberatungsseminare**

E1 Interaktion in der Ehe

E2 Gesprächsführung in der Eheberatung

E3 WIR-Training

E4 Scheidung und Wiederverheiratung

E5 Zärtlichkeit, Sinnlichkeit, Erotik – Sexuelle Störungen

E6 Familienberatung

E7 Ehe in der 2. Lebenshälfte

E8 Therapeutische Gruppen für Ehepaare

E9 Patchwork-Familien

E10 Ehevorbereitung und erste Ehejahre

2.6.2.5 Heilpraktiker für Psychotherapie

Das Institut bietet fünf Kurse zur Vorbereitung auf die behördliche Prüfung beim Gesundheitsamt an. Der Heilpraktiker für Psychotherapie bietet den Vorteil einer rechtlichen Grundlage im selbständigen psychotherapeutischen Bereich.

2.6.2.6 Weiterbildungen

ICL bietet zertifizierte Weiterbildungen im Bereich Männerinitiative, Prophetisches Dienen, Coaching, Kinder- und Jugendberatung, Traumabehandlung und Systemische Familienberatung an. Um an diesen Weiterbildungen teilnehmen zu können, müssen die vorgeschriebenen Pflichtseminare und Supervisionen absolviert worden sein. Für einen zusammenfassenden Überblick über die individualpsychologische Beratungsausbildung bei ICL soll *Abbildung 2* dienen.

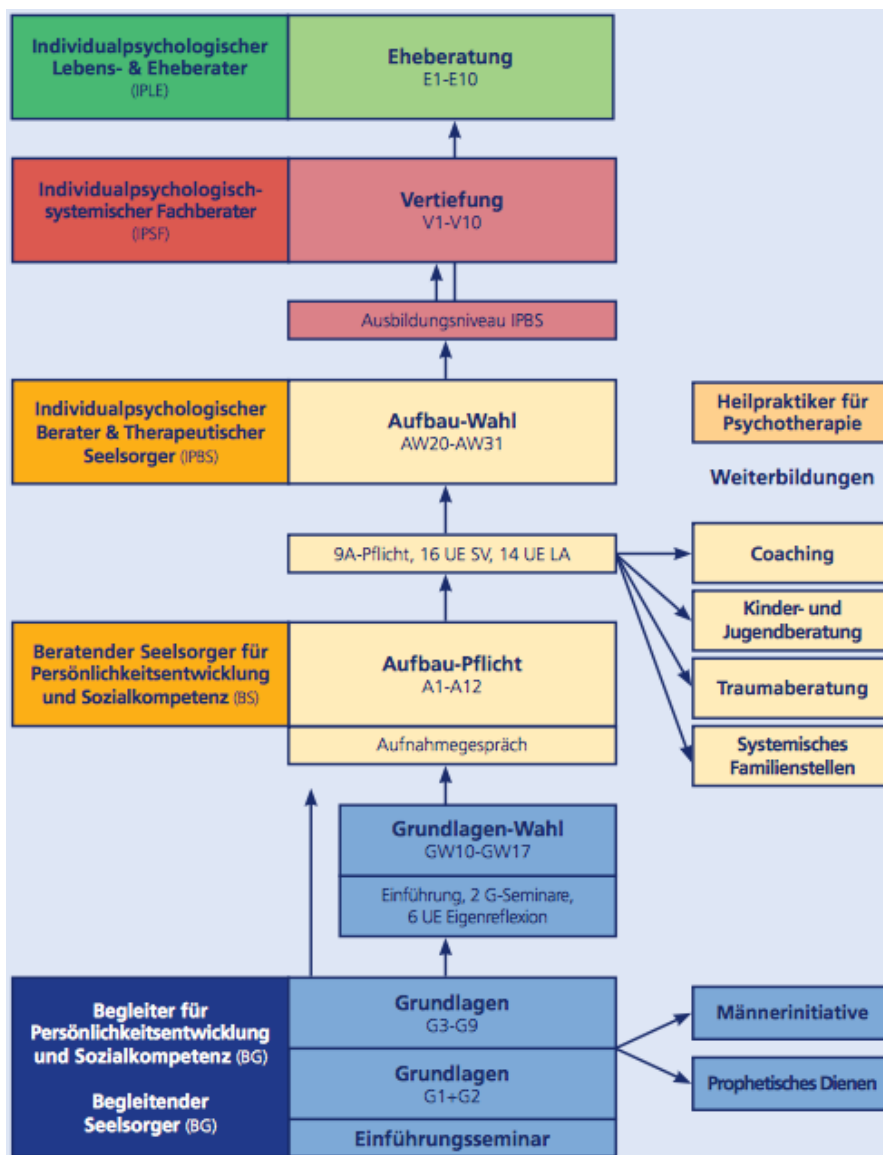


Abbildung 2. Ausbildungsüberblick des Instituts für christliche Lebens- und Eheberatung (G= Grundlagenseminar, UE= Unterrichtseinheit à 45 Minuten, GW= Grundlagen-Wahlseminar, A= Aufbau-Pflichtseminare, SV= Supervision, LA= Lehranalyse, AW= Aufbau-Wahlseminar, V= Vertiefungsseminar, E= Eheberatung).

Alle Abschlüsse, die bei ICL erworben werden können, sind durch die Association of Christian Counsellors (ACC) zertifiziert. Der Deutsche Dachverband christlicher Beratung (ACC-Standards) gehört zu den Mitgliedsverbänden der Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB). Die Abschlüsse „Individualpsychologischer Berater und therapeutischer Seelsorger“ (IPBS), „Individualpsychologisch-Systemischer Fachberater“ (IPSF) und die „Individualpsychologische Eheberatung und Systematische Fachberatung“ (IPLE) kann nur bei der Schweizerischen Gesellschaft für Beratung (SGfB)

zertifiziert werden. Dadurch sind die Abschlüsse säkular anerkannt. Die Absolventen können sich als Einzelmitglieder bei der SGfB eintragen lassen. Dies ermöglicht ihnen, mit dem marktwirtschaftlich anerkannten Titel "psycho-soziale/r Berater/in" in das SGfB-Beraterverzeichnis aufgenommen zu werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass die höhere Fachprüfung abgelegt werden kann mit dem eidgenössisch anerkannten Abschluss „Berater im psychosozialen Bereich mit eidgenössischem Diplom“. Dadurch gilt man in säkularen Institutionen und Einrichtungen als anerkannte Fachkraft und erhält zusätzlich Zugang zu einer günstigeren Berufshaftpflichtversicherung. Die ACC-Akkreditierung der Seminare und der SGfB zertifizierten Abschlüsse spiegelt das große Bemühen des ICL um Qualitätssicherung wider.

Alle Berater, die Klienten für die Studie rekrutiert haben, besitzen den Ausbildungsstand eines IPBS-Beraters. Die Studie begrenzt sich auf die Methoden, die in den Grundlagenseminaren und in den Aufbau-Pflichtseminaren vermittelt werden. In diesen liegt der Fokus auf individual-psychologischem Wissen und Interventionen und dem christlichen Glauben. Die Gesprächsführung beruht auf den Ansätzen von Carl R. Rogers (siehe Kapitel 2.6.3.14.1). Angemerkt werden muss, dass die Beratung nicht von der Krankenkasse übernommen wird, sondern der Klient die Beratung privat bezahlen muss. Das ICL hat feste Mindestpreise für die Beratung festgelegt. Für eine Beratung (90 Minuten) eines Beraters mit einem IPBS-Abschluss muss der Klient mindestens 40 Euro bezahlen. Zu Beratungsbeginn empfiehlt das ICL dem Berater, einen Beratungsvertrag mit dem Klienten abzuschließen. Das ICL bietet die Möglichkeit, auf einen bereits vorformulierten Vertrag zurückzugreifen. Dieser Vertrag regelt die Schweigepflicht, die Kosten der Beratung, die kostenfreie Absage der Beratung bis 48 h vor der Beratung, dass die Beratung jederzeit beendet werden kann und der Klient keinerlei Schadensersatzansprüche hat.

Ab der Aufbaustufe und in den Wahlseminaren werden zusätzlich Inhalte und Methoden aus anderen Therapierichtungen behandelt (aus der Systemischen Familientherapie nach Prof. Dr. Martin und Dr. Inger Kirschenbaum/Virginia Satir, der Rational-Emotive Therapie nach Albert Ellis, der Kognitiven Therapie nach A.T. Beck und William Backus, der Verhaltenstherapie und der Lokotherapie nach Victor Frankl), wobei das

Hauptaugenmerk weiterhin auf den individualpsychologischen Methoden liegt (Studienführer des ICL, 2013).

2.6.3 Methoden und Interventionen des ICL´s

An dieser Stelle sollen nun die einzelnen Methoden vorgestellt werden, die ein individualpsychologischer Berater und therapeutischer Seelsorger (IPBS) in der Beratung einsetzen kann. Alle Informationen werden ausschließlich aus den Teilnehmerheften des ICL´s des jeweiligen Seminars entnommen. Wenn andere Quellen herangezogen werden (siehe Charakterstrukturen) wird dies im Text gekennzeichnet.

2.6.3.1 Ermutigung

Mut spielt eine sehr zentrale Rolle in der IP. Deswegen beginnt jede Beratung mit der Ermutigung des Klienten, z. B. durch stärkenorientiertes Arbeiten. Durch die Ermutigung kann eine offene Atmosphäre geschaffen werden, die es dem Klient erleichtern soll, sich zu öffnen. Ermutigung dient dem Ratsuchenden seine zögernde Haltung aufzugeben, wieder die Nähe zu Menschen und Dingen zu suchen und die Herausforderungen des Lebens anzugehen. Es ist wichtig, dass der Betroffene erlebt, dass sein Selbstwert nicht von seiner Überlegenheit über andere abhängt, sondern dass er sich unbeschadet auf eine Gleichwertigkeitsbeziehung einlassen kann.

Zudem ist durch die Ermutigung eine gute Basis für die Selbsterkenntnis geschaffen. Diese ist wiederum die Voraussetzung für die Änderung bzw. Korrektur des Lebensstils (Quelle: Teilnehmerheft Grundlagenseminar 5, Stand 01/2012).

2.6.3.2 Lebensstil

Das Hauptaugenmerk der individualpsychologischen Beratung liegt auf der Einsicht in den Lebensstil des Klienten. ICL unterteilt den Lebensstil in fünf Aspekte die mithilfe vorgegebener Fragen offengelegt werden können. Ausgangspunkt ist in der Regel ein Problem oder ein Thema des Klienten. Es können aber auch andere Aspekte, wie der Spitzname, eine positive oder negative Aussage über den Klienten von Eltern, Verwandte, Lehrer, usw. oder das Gottesbild des Klienten herangezogen werden. Die IP geht von der Einheit der Person aus, deswegen führen alle Ansatzpunkte zum individuellen

Lebensstil. Von dem gewählten Ausgangspunkt ausgehend werden alle Lebensstilfragen gestellt.

Der erste Lebensstilaspekt ist das Selbstbild bzw. der Selbstwert. Hierbei soll der Klient beschreiben, wie er sich in dieser Situation selbst wahrnimmt. Bei dem zweiten Aspekt handelt es sich um das Fremdbild des Klienten. Der Klient gibt Auskunft wie er auf Basis des Ausgangspunktes den anderen sieht. Zu dem Fremdbild gehören zwei weitere Aspekte. Der Klient soll angeben, wie er denkt, dass der andere ihn sieht und wie die Beziehung zwischen dem Klient und dem anderen ist. Das aus der Sicht des Klienten beschriebene Weltbild, Gottesbild und der Lebensmut stellen den nächsten Lebensstilaspekt dar. Der vierte Aspekt erfragt das Ziel bzw. die Absicht des Verhaltens des Klienten, also seine Finalität. Hierbei bildet die Wozu-Frage das zentrale Element. Bei dem fünften Lebensstilaspekt erläutert der Klient, welches Verhalten oder Mittel er einsetzen kann, um seine Finalität zu erreichen.

Ein geübter Berater kann durch das Erfragen dieser fünf Lebensstilaspekte den Lebensstil des Klienten schnell auf den Punkt bringen. Am Ende wird ein „Nur wenn ich..., dann“- Satz gebildet. Der Lebensstil sollte jedoch mindestens an zwei analysierten Problemen, Aussagen, oder anderen Ausgangspunkten festgemacht werden, da mithilfe von zwei Punkten die Richtung des Lebensstils klarer erkennbar ist (Quelle: Teilnehmerheft Einführungsseminar, Stand 01/2015). Im folgenden wird die Erfassung des Lebensstils an einem Fallbeispiel erläutert:

- Angaben zum Klienten A: Er leidet seit seiner Kindheit an einer Schwerhörigkeit und befindet sich beruflich in einer Führungsposition.
Beratungsziel: geregelte Arbeitszeiten ohne Überstunden.
- Ausgangspunkt des Klienten A ist ein Problem: Vor einem Monat hat der Klient A eine neue Arbeitsmethode eingeführt, die jedoch von den Mitarbeitern nicht umgesetzt wurde. Dadurch muss der Klient A viel Arbeit übernehmen und fühlt sich aufgrund dessen überlastet.
- Selbstbild des Klienten A: Klient sieht sich als Versager.
- Fremdbild: die Mitarbeiter sieht er als Quertreiber an.
 - erster Aspekt: die Mitarbeiter sehen ihn als Chef, der ständig Neues fordert.
 - zweiter Aspekt: die Beziehung zwischen Mitarbeiter und Chef ist angespannt.

- **Weltbild:** der Klient A beschreibt sein Weltbild, also seine Situation als sehr belastend und überfordernd
- **Ziel und Absicht (Wozu?):** Klient A möchte, dass Mitarbeiter seine Methoden umsetzen, um dadurch Arbeitsentlastung für alle zu erreichen. Sein Ziel ist, deutlich bessere Leistungen zu erbringen, um als kompetenter Mensch wahrgenommen zu werden.
- **Verhalten/Mittel:** Klient A überprüft ständig die Arbeitsmethoden der Mitarbeiter.

Daraus ergibt sich folgender Satz: Nur wenn ich bessere Leistungen zeige, dann bin ich ein kompetenter Mensch und kein Versager.

2.6.3.3 Frühkindliche Erinnerungen (FKE)

Die Auswahl der frühkindlichen Erinnerungen des Klienten bestätigen seine Grundziele und Überzeugungen und sind somit ein wichtiger diagnostischer Zugang. Um mit den frühkindlichen Erinnerungen arbeiten zu können, bedarf es einer stabilen Beziehung zwischen Klient und Berater. Deswegen werden die FKE oft nicht im ersten Gespräch erhoben. Der Ratsuchende muss psychisch stabil sein, damit ihn diese Methode eher entlastet als belastet. Der Berater soll den Ratsuchenden aufklären, wozu die Bearbeitung von frühkindlichen Erinnerungen dient, nämlich um die Richtung des Lebensstils klarer zu erkennen. Der Ratsuchende soll frei und spontan versuchen fünf bis sieben Erinnerungen aus der Kindheit möglichst bis zum 6. und höchstens bis zum 8. Lebensjahr auszuwählen und aufzuschreiben. Wichtig ist, dass der Klient die Erinnerung nicht allgemein berichtet, sondern die Situationen konkret beschreibt. Fallen dem Klient keine spezifischen Erinnerungen ein, kann er sich welche ausdenken oder Situationen aufschreiben, die er aus Erzählungen kennt. Die Kindheitserinnerungen dürfen nicht nachträglich nach Alter sortiert werden, die Wichtigkeit ergibt sich aus der erinnerten Reihenfolge. Die erste FKE zeigt oft die Lebensstilproblematik und die letzte die Tendenz des Lebensstils. Die frühkindliche Erinnerung dient als Ausgangspunkt für die oben erwähnten Fragen. Überdies ist es wichtig an welchen Lokalitäten und an welche Personen die FKE gebunden sind und welche Bedeutung diese haben. Ebenfalls muss auf den Erzählstil und der Art der Erinnerung des Ratsuchenden geachtet werden. Aufgrund der Analyse soll die Verbindung zu aktuellen Problemen bzw. zur aktuellen Situation klar

erkennbar werden. Wenn der Klient Veränderungsmöglichkeiten in Bezug auf seine FKE angibt, soll der Berater diese aufgreifen, da dadurch Mutreserven und Beratungswilligkeit zum Ausdruck gebracht werden. Kommt es nach der Beratung zu einer erneuten Auseinandersetzung mit einer FKE, können Veränderungen erkannt werden (wie Veränderungen des Gemeinschaftsgefühls, der Beziehungsfähigkeit, der negativen Verhaltensmuster und das Minderwertigkeitsgefühl) (Quelle: Teilnehmerheft Aufbaustufe 1, Stand 09/2012 und Aufbauseminar 10, Stand 07/2013).

2.6.3.4 Lebensstilkorrektur

2.6.3.4.1. Mitte finden (Minderwertigkeit-Geltungsstreben)

Zuerst muss die Frage geklärt werden, wie hoch der Gewinn oder der Preis des Lebensstils im täglichen Leben ist. Z. B. hat der Klient A (s. o) den Gewinn aufgrund seines Lebensstils, trotz seiner körperlichen Einschränkung, eine Karriere gemacht zu haben und sein Selbstwert wurden durch die sehr guten Leistungen gestärkt. Auf der anderen Seite zahlt Klient A jedoch den Preis, dass er immer bessere Leistungen bringen muss, um seinen Selbstwert zu sichern und steht deswegen unter starkem Druck. Wenn der Ratsuchende einen hohen Gewinn aus dem Lebensstil erhält, kann er sich gegen die Korrektur sträuben. Veränderungen erzeugen erstmal schlechte Gefühle, weil Gewohntes hinter sich gelassen werden muss. Lebensstilkorrektur setzt von Seiten des Patienten Motivation voraus, die Änderung anzustreben. Der Berater ermutigt den Ratsuchenden dabei und leistet Hilfe zur Selbsthilfe.

Der erste Schritt der Korrektur ist die Einsicht des Klienten in die Struktur seines Lebensstils. Nach dem Erkennen tendiert der Mensch oft dazu das Gegenteil, also sein Idealbild anzustreben (z. B. das Idealbild des Klienten A ist, dass er sich nur als kompetenter Mensch annehmen kann, wenn er bessere Leistungen bringt). Dies würde ihn überfordern, weswegen eine realisierbare Korrektur angestrebt wird, die in der Mitte zwischen Irrtum (z.B. der Irrtum bei Klient A ist, dass er sich als Versager sieht, wenn er keine bessere Leistungen bringt) und Ideal liegt. Wichtig ist, dass der Klient seine persönliche positive Mitte selbst definiert. Dafür kann der Berater dem Klienten Hilfsmittel anbieten, z. B. eine projektive Geschichte. Diese Mitte bietet dem Klienten eine neue Sicht und Dynamik in Problemsituationen und

Herausforderungen. Ein praktischer Tipp ist, dass das Mitte-Wort auch in der gleichen Wort-Kategorie bleibt wie die Extreme (z. B. Adjektiv, Nomen). Wichtig ist, dass der Klient das eigenständig gefundene Mitte-Wort in seinen Alltag einbaut und Veränderungen beobachtet, was gut in Form von Hausaufgaben realisiert werden kann. Die realisierbare positive Mitte des Klienten A wäre, ich bin ein anerkannter Mensch und bringe gute Leistungen. Dadurch leistet der Klient einen eigenen Beitrag zu seiner Gesundheit. Auf Basis des neuen Mitte-Worts findet sich auch eine neue Finalität, die die Persönlichkeit verändert und zu neuem Verhalten, Selbst-, Fremd- und Weltbild führt. (Die neue Finalität die Klient A durch die realisierbare positive Mitte anstrebt, ist Unabhängigkeit, das bedeutet, dass er nicht mehr in Abhängigkeit von seinen besseren Leistungen lebt). Diese neue Sicht, kann den Klienten motivieren seine Lebensaufgaben nun anzugehen.

2.6.3.4.2. Antisuggestion

Die Antisuggestion ist eine Methode, bei der Klienten genau das üben, ausführen oder denken sollen, was sie die ganze Zeit gemieden oder gefürchtet haben. Es nimmt der Erwartungsangst die Macht und das Symptom reduziert sich, wenn sie bewusst hervorgerufen wird.

2.6.3.4.3. Individualpsychologische Frage

Die Individualpsychologische Frage bzw. die Vermeidungsfrage: was würden Sie tun, wenn Sie die Symptome nicht hätten? gibt dem Berater einen Einblick, was der Klient durch die Symptome vermeiden möchte. Die Symptome können als unbewusstes Mittel bzw. Alibi gedeutet werden (Quelle: Teilnehmerheft Grundlagenseminar 4, Stand 11/2011 und Aufbau-seminar 11, Stand 10/2013.).

2.6.3.5 Familienatmosphäre

Bei der Familienatmosphäre wird sich das System Familie angeschaut und die gemeinsamen Aspekte und Werte erarbeitet, die alle Geschwister teilen. Die Atmosphäre kann in fünf prägende Hauptfaktoren untergliedert werden, die der Berater vom Klient erfragen kann.

- Vorherrschende Stimmung, Klima, Wetterlage
- Familienmotto und Familienwerte

- Nonverbale Einflüsse (z. B. Hautkontakt/Berührung, Blickkontakt, Distanz oder Klammern, Überfürsorge oder Vernachlässigung)
- Familienmythos, Familiengeheimnis
- Dressat (Verhaltensweisen, die in der Familie eintrainiert wurden)

Die Familienatmosphäre der Herkunftsfamilie und die dazugehörige jeweilige Rolle ist dem Familienmitglied aus seinem Familienleben in der Kindheit bekannt und vertraut. Dies versucht der Klient unbewusst auch außerhalb des familiären Kontextes herzustellen. Um dies zu verdeutlichen versucht der Berater bei der Befragung immer eine Verbindung der fünf Aspekte zum Heute klar herauszustellen. Da Adler den Mensch ganzheitlich betrachtet, verhilft auch die Herkunftsfamilie die Person besser zu verstehen und gibt wichtige Hinweise auf den Lebensstil (Quelle: Teilnehmerheft Grundlagen-seminar 1, Stand 06/2011).

2.6.3.6 Familienkonstellation

Um die Familienkonstellation am besten zu verdeutlichen, soll diese zeichnerisch dargestellt werden (siehe Anhang B). Der Berater kann hierbei für die einzelnen Familienmitglieder vorgegebene Symbole anbieten (z. B. für weibliche Personen Kreise, für männliche Personen Quadrate). Ebenfalls wird zu den jeweiligen Personen auch der Altersabstand angegeben. Wichtig ist, dass der Ratsuchende die Herkunftsfamilie bis zum 12. Lebensjahr zeichnet, weil sich in dieser Zeit der Lebensstil entwickelt. Die IP nimmt an, dass die Person lebenslang nach diesem Lebensstil lebt und handelt. Auf Basis der Zeichnung wird er nach den Rollen bzw. Charaktereigenschaften und den Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder untereinander befragt. Auch hier wird wieder der Bezug zwischen der Familienkonstellation und der heutigen Situation/Problem hergestellt, um den Lebensstil deutlich zu machen (Quelle: Teilnehmerheft Grundlagenseminar 1, Stand 06/2011).

2.6.3.7 Geschwisterkonstellation

Obgleich jede Familie und Situation des Kindes verschieden ist, ergeben sich doch Ähnlichkeiten zwischen den einzelnen Personen der gleichen Geschwisterposition. Das psychoedukative Wissen über die Geschwisterposition kann bei der Erarbeitung des Lebensstils hilfreich sein. Hinsichtlich der Geschwisterposition können Stärken (z. B. das älteste Kind hat

oft die Stärke Verantwortung zu üben), aber auch Kränkungspunkte (z. B. wenn das älteste Kind respektlos behandelt wird) und die Prägung (z. B. ältestes Kind sieht sich oft in der Verantwortung für andere) durch die Geschwister dem Klient erläutert werden. Das Ziel ist das bessere Verständnis des Klienten von sich selbst. Das ICL hat in ihrem Teilnehmerheft Aufbauseminar 7 verschiedene Möglichkeiten und Hilfen aufgeführt, die zeigen, wie mit Ratsuchenden aufgrund der verschiedenen Geschwisterfolgen am besten zusammen gearbeitet wird (z. B. ein Ältester als Berater hat die Stärke, verantwortlich die Beratung durchzuführen. Andererseits soll er die Eigenverantwortung des Klienten (z.B. Jüngster) hinsichtliches des Beratungserfolges stärken) (Quelle: Teilnehmerheft Grundlagenseminar 1, Stand 06/2011 und Aufbaustufe 7, Stand 02/2013).

2.6.3.8 Charakterstrukturen

Der Charakter des Menschen ist das was den Menschen auszeichnet und kommt im Denken, Fühlen, Wollen und Handeln zum Ausdruck. Ähnlichkeiten zwischen Menschen lassen sich in Typologien gut abbilden. Typologien haben den Zweck den Menschen besser zu verstehen, indem die Charakterstrukturen bzw. der Lebensstil verglichen und systematisiert wird. Jedoch muss vor einer missbräuchlichen Verwendung der Typologien gewarnt werden, welche dazu verleitet Menschen in Schubladen zu stecken. Oft sind Menschen auch nicht konstant einem Typ zuzuordnen, sondern es bestehen Mischformen, die sich mit der Zeit verändern können. Das ICL bezieht sich bei ihrer Typologie auf die vier Persönlichkeitsstrukturen von Reinhold Ruthe's Buch „Typen und Temperament“ (1998) und der Ausführung von Fritz Riemann „Grundformen der Angst“ (1979). Es wird zwischen dem Eigenständigen, dem Beziehungsorientierten/Nähetyp, dem Beständigen und dem Unkonventionellen /Freiheitstyp unterschieden. Die Persönlichkeitsstruktur des Menschen kann mittels eines Charaktertests von Reinhold Ruthe ermittelt werden. Dieser Test besteht aus 160 Aussagen, die mit Ja oder Nein beantwortet werden sollen. Mit Hilfe einer Anleitung zur Auswertung kann der prozentuale Anteil der vier Persönlichkeitsstrukturen ausgerechnet und in ein Diagramm eingezeichnet werden. Die verschiedenen Charaktertypen weisen unterschiedliche Stärken und Schwächen, sowie einen lebensgeschichtlichen Hintergrund auf. Dieses Wissen dient dem Klient sich besser zu verstehen. Jede Person neigt aufgrund

ihres Typs zu unterschiedlichen Krankheiten. Auch in der Partnerschaft/Liebe kann es je nach dem welche Typen zusammentreffen zu verschiedenartigen Konflikten kommen. Je mehr der Klient aufgrund seines Typs über sich erfährt, desto mehr Einsicht erhält er über seinen Lebensstil (Quelle: Teilnehmerheft Grundlagenseminar 2, Stand 08/2011).

2.6.3.9 Erziehungsfragen

Die IPBS-Berater haben rund um das Thema Erziehung ausführliche Informationen in der Ausbildung erhalten, um dem Klienten bei Erziehungsfragen edukativ behilflich zu sein. Die Berater verfügen über das Wissen der drei vorherrschenden Erziehungsstile und deren Ziele. Zudem kennt er die Phasen der Entwicklung des Kindes, die Bedeutung der Familie und der Familienformen. Berater kennen auch mögliche korrigierbaren Fehlziele bzw. irrtümliche Ziele des Kindes (z. B. überhöhte Aufmerksamkeit, Überlegenheit gewinnen, Vergeltung und Rache, Rückzug und Selbstaufgabe). Diese können je nach Ausbildungsgrad dem Kind den Mut rauben, sich in die Gemeinschaft einzubringen. Wichtig ist auch, dass der Berater die Eltern bestärkt als Ermutiger zu fungieren, um das Gefühl der Selbstachtung des Kindes zu steigern. Der Unterschied zwischen Lob und Ermutigung soll der Berater dem Klienten erklären können. Zudem soll der Berater dem Klienten konkrete Hilfen in der Erziehung anbieten können. Beispiele hierfür sind:

- Das wichtigste in der Erziehung nach der IP ist, dass die Kinder keine Verwöhnung sowie Vernachlässigung erleben.
- Bestrafung und Belohnung der Kinder sollen vermieden werden.
- Natürliche und logische Folgen, die sich einem Verhalten von ganz alleine einstellen, sollen genutzt werden (z. B. wenn die Trinkflasche Zuhause vergessen wird, kann das Kind während der Schulzeit Durst bekommen).
- Eltern sollen das Kind achten, um ein gleichwertiges Miteinander zu ermöglichen.
- Die freiwillige Mitarbeit der Kinder fördern, um sie auf die Lebensaufgaben vorzubereiten (z. B. Aufgaben im Haushalt in Absprache mit allen Familienmitglieder verteilen).
- Das Kind soll nicht zu sehr beschützt werden, um den Erwachsenen nicht in eine autoritäre Rolle zu manövrieren und dem Kind so zu vermitteln, dass man ihm nichts zutraut.

- Alle Kinder sollen „in ein Boot“ gesetzt und als Gruppe behandelt werden, um Konkurrenz bzw. Bevorzugung zwischen den Kindern entgegen zu wirken.
- der Familienrat kann eine Möglichkeit sein regelmäßig Familienangelegenheit zu besprechen bzw. Entscheidungen zu treffen, bei dem alle Familienmitglieder gleiches Stimmrecht haben. Dies spielt besonders bei Jugendlichen eine wesentliche Rolle.

Im Teenageralter soll die Erziehung ermöglichen, dass sich Jugendliche selbst finden und sich von ihren Eltern abnabeln. Diese Ziele unterstützt der Erwachsene durch Ermutigung und ein vertrauensvolles Verhältnis. Möglicherweise kann der Teenager über folgende Fehlziele verfügen: entschuldigen für eigene Mängel, überhöhte Aufmerksamkeit, Macht ausüben/Geltungsstreben, Rache nehmen/vergeltend und die eigene Unfähigkeit beweisen. Dabei sollen die Eltern nicht so handeln, wie der Teenager es aufgrund seiner unbewussten Fehlziele erwartet. Dadurch erhält der Teenager nicht seine gewünschte Wirkung und könnte ermutigt sein positive Ziele zu setzen. Ebenso wichtig ist, dass die Eltern die Gefühle des Teenagers verbalisieren, damit dieser sich verstanden fühlt und seine Gefühlswelt kennenlernt. Der Kommunikationsstil des Erwachsenen sollte Zeit, Interesse und Verständnis gegenüber dem Teenager vermitteln. Dies führt hoffentlich zu einem kooperativen Verhältnis, das von gegenseitigem Respekt geprägt ist (Quelle: Teilnehmerheft Grundlagenseminar 6, Stand 02/2012 und Aufbau-seminar 9, Stand 08/2014).

2.6.3.10 Gebetsseelsorge

Der christliche Glaube spielt in der Ausbildung des ICL's und auch in der Beratung eine wichtige Rolle. Somit besteht die Möglichkeit dem Klienten das biblische Verständnis, das Ziel und die Wichtigkeit des Gebets und des Glaubens an Jesus Christus nahe zu legen. Bei gegenseitigem Einverständnis bietet auch die Beratung Raum für gemeinsame Gebete, um den Klienten von seinen Festlegungen (z. B. dem Klienten wurde wiederholt von Autoritätspersonen vorgehalten, dass er zwei linke Hände habe) und Sünden (z. B. Eifersucht) zu lösen. Der Berater hat in seiner Ausbildung verschiedene Gebetsanweisungen kennengelernt, um den Ratsuchenden unterstützen zu können (z. B. durch ein Gebet des Glaubens oder der Übereinstimmung, Fürbitte oder ein Gebet der Hingabe). Der Berater ermutigt den Klienten Jesus Christus in sein Leben, als seinen Retter, aufzunehmen und mit ihm im

alltäglichen Leben in Kontakt zu treten. Nachdem der Klient Vergebung von Gottes Seite erfahren hat, ermutigt der Berater ihn nicht nachtragend gegenüber seinen Mitmenschen zu sein. Die verschiedenen Formen des Gebets, wie die persönliche Gebetszeit, die stille Zeit, das gemeinsame Gebet oder ein Gebetstagebuchs, bieten die Möglichkeit auf unterschiedliche Weisen mit Gott in Kontakt zu treten (Quelle: Teilnehmerheft Grundlagenstufe 8, Stand 06/2014).

2.6.3.11 Projektion in Objekte

Projektive Verfahren haben die Funktion den Lebensstil ans Licht zu bringen und erleichtern dem Klienten den Zugang zu seinem Lebensstil. Projektionen besitzen spielerische Elemente und lenken dadurch die Klienten oft von starren Denkweisen bzw. von Schmerz ab. Der Ratsuchende setzt sich mit Material oder einem Stimuli auseinander und überträgt seine eigenen Gefühle, Gedanken, Werthaltungen oder Einstellungen in das Material. Das Material muss unbestimmt genug sein, um dem Klienten möglichst viel Raum für die Deutung zu lassen. Die ungewohnte neue Sicht kann dem Patient neue Perspektiven eröffnen. In der Beratung können z. B. Tiere, Holzfiguren oder Kasperle von Klienten verwendet werden, um dem Klienten die Möglichkeit zu einer adäquaten Ausdrucksweise und Identifikation zu verhelfen und dadurch die nötige Distanz zum Problem zu bekommen. Ratsuchende können sich auch in Gegenstände (Boot, Tür, Turm) versetzen und eine Geschichte in der Gegenstandsperspektive schreiben oder ein Bild dazu malen. Weiterhin kann der Berater in Form von Phantasiereisen, den Ratsuchenden bitten, sich in verschiedene Situationen oder Gegenstände hinein zu versetzen. Danach wird besprochen, in welchen Situationen der Klient sich minderwertig gefühlt und wie er dies kompensiert hat. Es können auch Gleichnisse Jesu aus dem Neuen Testament herangezogen werden, in die Figuren oder Bilder sich der Klient hineinversetzt. Auch Sätze wie „Wenn ich ein ... wäre, wäre ich am liebsten ...“ werden herangezogen. Eine weitere Möglichkeit ist, den Klient einen Satzanfang zu Ende formulieren zu lassen, weil dies oft lebensstiltypisch ausdrückt. Dies ist eine weitere Möglichkeit den Lebensstil aufzudecken (Quelle: Teilnehmerheft Aufbaustufe 8, Stand 04/2013).

2.6.3.12 Wissen über psychische Störungen

Vier Aufbauseminare und ein Aufbauwahlseminar behandeln verschiedene psychische Störungen, um eine fundierte Diagnostik zu betreiben. Sobald der Berater eine psychische Störung bemerkt, leitet er ihn an einen Fachberater weiter. Somit ist es wichtig, dass der Berater zu den umliegenden Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen in Beziehung steht und das Netzwerk ergänzt. In den Seminaren werden folgende Störungen behandelt: Neurose, Psychose, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Depression, manisch-depressive Erkrankung, Ängste und Zwänge, Essstörung und stoffgebundene Süchte. Der Berater lernt in der Ausbildung das Krankheitsbild, Epidemiologie, Ätiologie und Psychopharmaka der einzelnen Störungen kennen, sowie deren individualpsychologische Deutung. In den Teilnehmerheften befinden sich diagnostische Fragebögen, z. B. zur Depression. Zudem werden dem Berater die Unterschiede zwischen einer Trauerreaktion bzw. Burn-Out und einer Depression erläutert. Der Berater erlernt kritische psychische Zustände, wie Suizidalität, abzuschätzen und zu beurteilen (Quelle: Teilnehmerheft Aufbaustufe 2, Stand 10/2012; Aufbaustufe 3, Stand 11/2015; Aufbaustufe 4, Stand 01/2013; Aufbaustufe 6, Stand 11/2013 und das Teilnehmerheft des Aufbauwahlseminar 21, Stand 10/2015).

2.6.3.13 Fremdwahrnehmung

Durch einen Perspektivwechsel oder zirkuläres Fragen kann dem Klienten die Möglichkeit der Fremdwahrnehmung eröffnet werden, z.B. welche Gefühle er im Gegenüber auslöst. Wenn der Klient das Gefühl nennen kann, soll er eine Situation benennen, in der er dieses Gefühl erlebt hat (z. B. Klient berichtet über Eifersucht, wenn seine Partnerin alleine abends unterwegs ist. Partnerin fühlt sich kontrolliert. Klient soll Situation nennen in der er sich kontrolliert fühlt, um sich in Partner hineinversetzen zu können.) Diese Einsicht kann Korrekturbereitschaft bewirken (Quelle: Teilnehmerheft Aufbaustufe 5, Stand 03/2013).

2.6.3.14 Gesprächsführung

2.6.3.14.1. Empathie/Einführendes Verstehen, Wertschätzung/Annahme, Kongruenz/Echtheit

Bei der Erarbeitung und Veränderung des Lebensstils orientiert sich der Berater an den drei Merkmalen der Gesprächstherapie nach Carl R. Rogers. Demnach soll eine Atmosphäre geschaffen werden, die Einsicht und Veränderung begünstigen.

Das erste Merkmal der Gesprächsführung stellt die Empathie bzw. das Einfühlende Verstehen dar. Der Berater versucht sich in den Klienten hineinzuversetzen und bemüht sich mit eigenen Worten die Gefühle, Empfindungen, Erfahrungen und Wahrnehmungen des Klienten in „Als-ob“-Aussagen zu verbalisieren bzw. zu spiegeln.

Ein weiterer Aspekt der Grundhaltung des Beraters ist die Wertschätzung bzw. die Annahme. Dies beschreibt die Fähigkeit und Bereitschaft des Beraters, dem Klienten bedingungslose Zuwendung zu schenken und ihn als Mitmenschen anzunehmen. Der Berater soll dem Klienten keine eigenen Ideen, Vorschläge, Forderungen und gut gemeinte Ratschläge erteilen. Er vertraut darauf, dass der Klient seine eigene, für ihn am besten passende, Lösung findet.

Als letzter Aspekt der Begegnungshaltung kann die Kongruenz bzw. Echtheit genannt werden. Dafür sollte der Berater eine stabile Persönlichkeit aufweisen, mit der er sich authentisch in die Situation einbringen kann. Diese Echtheit soll Ausdruck der Beraterperson sein. Äußerungen des Beraters sollen mit seiner Gestik, Mimik und mit seinem Tonfall übereinstimmen. Dies führt zu Transparenz und schafft eine vertrauensvolle Beziehung.

2.6.3.14.2. Gesprächskiller

Der Berater wird in der Ausbildung auf Fehler in der Gesprächsführung sensibilisiert, um den Klienten nicht in seiner Entwicklung und Offenheit im Gespräch zu behindern. Zu den Fehlern zählt das Moralisieren, Dogmatisieren, voreiliges Diagnostizieren, Generalisieren, Intellektualisieren (Versachlichung des Problems), Bagatellisieren, Dirigieren, auf eine prüfende Art befragen, Identifizieren mit dem Klient oder eigenwilliges und subjektives Interpretieren.

2.6.3.14.3. Spiegeln (Emotion, Bewertung, Wünsche, Ziele)

Das Spiegeln gehört, wie oben aufgeführt, zu Rogers Merkmal Empathie und Einfühlerndes Verstehen. Es ist eine nicht-direktive Methode, die voraussetzt, dass sich der Berater in den Klienten hineinversetzen kann. Der Berater kann auf Gefühlsebene, auf Wunschebene (Ziele, Absichten, Wünsche) und auf Bewertungsebene spiegeln. Der Berater spiegelt in „Als-ob“- Aussagen, was vom Klienten kommuniziert wurde bzw. noch nicht direkt ausgedrückt werden konnte. Jedoch ist es nicht nur ein bloßes Wiederholen, sondern eine betonte Wiedergabe des möglicherweise Gemeinten. Der Klient kann sich dadurch besser kennenlernen und eine differenziertere Wahrnehmung von sich selbst gewinnen. Es gibt verschiedene Grundformen des einfühlernden Spiegels. Diese soll an dem Beispiel: weinender Klient, der von dem Tod seines Vaters berichtet, veranschaulicht werden (z. B. Spiegeln mittels gleichartigen Begriffen („Das macht Sie traurig.“) oder entgegen gesetzter Begriffe („Das ist kein Grund zur Freude.“) zu dem Gesagten des Klienten, Spiegeln des Wunsches („Sie sehnen sich nach ihm.“) oder des Wertmaßstabs („Es ist ein großer Verlust für Sie.“), kurzes („Das bewegt Sie sehr.“) oder konkretes Spiegeln („Das treibt Ihnen Tränen in die Augen.“), fragendes Spiegeln („Sind Sie in Trauer?“), stellvertretendes Spiegeln („An ihrer Stelle würde ich mich sehr traurig fühlen.“) oder konfrontierendes Spiegeln („Mir fällt auf, dass Sie sich sehr viele Gedanken machen“.)

2.6.3.14.4 Übertragung-Gegenübertragung-Widerstand

So wie der Mensch im zwischenmenschlichen Kontakt die Übertragung, Gegenübertragung und den Widerstand erlebt, zeigt er dies auch in der Beratung. Bestimmte Situationen, Redewendungen und Verhaltensweisen können das Gegenüber an bestimmte Situationen in der frühen Kindheit erinnern und das damit verbundene Gefühl evozieren. Dieses Gefühl wird auf das Gegenüber übertragen und finden überwiegend unbewusst und automatisiert statt. Diese Situationen rufen Schutz- und Abwehrmechanismus bzw. Widerstände hervor, die weder der aktuellen Situation noch der des Erwachsenen entsprechen. Ist sich der Berater jedoch über seinen Lebensstil und seine Reaktion im Klaren, kann er angemessen auf die Übertragung des Klienten reagieren. Widerstand auf Beraterseite behindert stark die Entwicklung des Klienten. Auf der Seite des Klienten muss der Widerstand bemerkt und

geachtet werden, da dies zeigt, dass der Klient noch nicht ausreichend Mut für Neues besitzt. Widerstand drückt sich in dem Verharren des Gewohnten und der Sicherung des bisher gelebten Lebensstils aus. Durch eine gleichwertige Haltung des Beraters gegenüber des Klienten kann der Widerstand des Klienten reduziert werden, indem er nicht-direktiv wertschätzend ermutigt und mit dem Klienten an einem Strang zieht (Quelle: Teilnehmerheft Grundlagenstufe 3, Stand 10/2011 und der Aufbaustufe 5, Stand 03/2013).

2.7 Debatte: Spezifische Techniken versus allgemeine Wirkfaktoren

Im Anschluss folgt eine Einführung in die Debatte sowie eine Begriffserklärung der spezifischen Techniken und der allgemeinen Wirkfaktoren (Kapitel 2.7.1 und 2.7.2). Danach wird die Notwendigkeit der Dichotomisierung diskutiert (Kapitel 2.7.3) und das „Generic Model of Psychotherapy“ vorgestellt, das sowohl spezifische Techniken als auch allgemeine Wirkfaktoren berücksichtigt (Kapitel 2.7.4).

2.7.1 Einführung in die Debatte: Spezifische Techniken versus allgemeine Wirkfaktoren

Heutzutage ist die Frage, ob Psychotherapie wirksam ist, durch viele Studien mit großen Effektstärken wissenschaftlich belegt. Z. B. berichten Grawe et al. (1994, S. 676) in ihrer Metaanalyse beim Vergleich unterschiedlicher Therapieformen eine Effektstärke von 1.11, für den Erfolg psychotherapeutischer Behandlung. Beim störungsspezifischen Vergleich fallen die Effektstärken teilweise noch größer aus. Die über Jahrzehnte andauernde, immer noch aktuelle, Debatte beschäftigt sich damit, ob und in welchem Ausmaß sich die verschiedenen Therapierichtungen in ihrer Wirksamkeit unterscheiden und in welcher Weise sie wirken. Darüber sind die Experten geteilter Meinung: einige (Lubosky et al., 2003; Reisner, 2005; Strauß, 2001) behaupten die Wirkung der Psychotherapie kann auf allgemeine Wirkfaktoren zurückgeführt werden und die einzelnen Therapierichtungen unterscheiden sich kaum. Andere (z. B. DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005) behaupten, dass die Wirkung auf spezifische Techniken zurückzuführen ist und sich deswegen die Therapieformen sehr wohl unterscheiden. Weiterhin stellt sich die Frage, ob die

Polarisierung überhaupt notwendig ist, da sowohl die allgemeinen Wirkfaktoren als auch die spezifischen Techniken beide erheblichen Einfluss auf den Therapieerfolg haben können (Pfammatter, Junghang & Tschacher, 2012).

2.7.2 Begriffserklärung spezifische vs. allgemeine Wirkfaktoren

Grencavage und Norcross (1990) finden in ihrer Literaturrecherche 27 verschiedene Synonyme für das Konstrukt allgemeine Wirkfaktoren. Z. B. wurden oft die Bezeichnungen „common factors“ oder „common or universal elements/components“ oder auch „effective principles“ benutzt. Die allgemeinen Wirkfaktoren werden auch als „nonspecific variables“ bezeichnet und deswegen möglicherweise mit Variablen verbunden, deren Wirkung unbekannt ist bzw. nicht empirisch bewiesen wurde (Castonguay & Grosse Holtforth, 2005). Andere Forscher bezeichnen die unspezifischen Wirkfaktoren als Placebo-wirkung, was sehr kritisch betrachtet werden muss (Pfammatter et al., 2012). Es besteht jedoch nicht nur über die Begrifflichkeit Unsicherheit, sondern auch über die Zugehörigkeit der einzelnen Aspekte zu den Kategorien der allgemeinen Wirkfaktoren, sowie das theoretische Verständnis der Wirkfaktoren. Auf der anderen Seite gibt es auch allgemeine Wirkfaktoren, die sehr gut theoretisch wie auch empirisch beschrieben sind. Dazu gehört u. a. die Klient-Therapeuten-Beziehung. Eine allgemeine Definition der Therapiebeziehung haben Gelso und Carter (1985, S. 159) aufgestellt, es ist „the feeling and attitudes that counseling participants have toward one another, and the manner in which these are expressed“. Gelso und Carter (1994) nehmen an, dass die Klienten-Therapeuten-Beziehung aus drei Komponenten besteht und eine wichtige Rolle in der Behandlung einnimmt. Zum einen das Arbeitsbündnis oder auch oft als therapeutische Allianz beschrieben, die Übertragungsbeziehung und die Realbeziehung. Diese drei Komponenten hängen immer zusammen und haben in jeder Therapie bzw. Beratung einen unterschiedlichen Stellenwert, der von dem theoretischen Hintergrund des Therapeuten abhängig ist. Sie zeigen anhand von 19 Möglichkeiten wie diese drei Komponenten interagieren, wie jede einzelne Komponente sich im Therapieverlauf entwickelt und wie sie die Behandlung einer Kurz- bzw. Langzeittherapie beeinflussen können. Unter dem Arbeitsbündnis verstehen die Autoren „alignment or joining of the reasonable self or ego of the client and the therapist’s analyzing or „therapizing“

self or ego for the purpose of the work“ (Gelso & Carter, 1994, S. 297). Die Übertragungsbeziehung ist definiert als

the repetition of past conflicts with significant others, such that feeling, attitudes, and behaviors belonging rightfully in those earlier relationships are displaced onto the therapist; and countertransference is the therapist transference to the client's material, both to the transference and the nontransference communications presented by the client. (Gelso & Carter, 1994, S. 297)

Die Realbeziehung wird als die Fähigkeit verstanden, die Echtheit und das Reale der Person in der Beziehung wahrnehmen zu können. Die Therapiebeziehung gilt als gut untersuchter allgemeiner Wirkfaktor und es wurden für die Therapiebeziehung über die verschiedenen Behandlungsarten hinweg stabile und ähnliche Effektstärken gefunden (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). In zwei Metaanalysen konnten zwischen der Therapiebeziehung und dem Therapieerfolg eine signifikante Korrelation von $r = .22$ (Martin, Garake & Davis, 2000) und eine durchschnittliche Effektstärke von $.21$ (Horvath & Bedi, 2002) nachgewiesen werden.

Die Vertreter der allgemeinen Wirkfaktorentheorie postulieren, dass der Erfolg der Therapie allein auf die therapeutische Interaktion bzw. das Setting und auf die Beziehung zwischen Klient und Therapeut zurückgeht. Somit sollen die allgemeinen Faktoren, die sich auf unterschiedliche Ebenen des Psychotherapieprozesses beziehen, schulenübergreifend bei der psychotherapeutischen Behandlung den Therapieerfolg herbeiführen (Reisner, 2005). Das Dodo-Bird-Verdikt, das aus dem Märchen „Alice im Wunderland“ (Carroll, 1865) stammt, wird oft auf die Psychotherapieforschung übertragen. Die Kernaussage der Geschichte ist, dass alle gewinnen und einen Preis verdienen. Zwar unterscheiden sich die einzelnen Therapieverfahren bzgl. ihrer Theorien, Modellen und Interventionen, jedoch gelangen sie trotzdem zu ähnlichen Effekten (Strauß, 2001). Reisner (2005, S. 392) hebt hervor, dass

Common factors in therapy may, indeed, account for more of the variance in therapy outcome, as compared to specific techniques. Although much can be said for actuarial decision making, it is the therapist who decides, moment to moment, when to talk and when to listen, what technicus to use and why [...] when to accept and when to

encourage. A technique or set of techniques cannot substitute for a therapist's judgment or make the therapist more empathic or caring.

Auch Lubosky et al. (2003) haben zum Vergleich verschiedener Psychotherapien ein Review mit 18 Metaanalysen erstellt, die sich auf die folgenden Verfahren beschränkt haben: „behavior therapy, cognitive therapy, cognitive-behavioral therapy, dynamic therapy, rational-emotive therapy, and drug therapy“ (Lubosky et al., 2003, S. 456). Die Psychoanalyse wurde ausgespart, da zu diesem Zeitpunkt keine gut kontrollierten Vergleichsstudien mit anderen Therapieformen vorlagen. Bei dem Vergleich der Psychotherapien wurde hinsichtlich des Behandlungserfolgs ein kleiner Effekt von Cohens $d = 0,2$ gefunden. D. h. es besteht ein sehr geringer Unterschied zwischen den Therapieformen. Viele Autoren haben allgemeine Wirkfaktoren aufgestellt und sie beschrieben. Auf zwei dieser Beschreibungen der allgemeinen Wirkfaktoren soll näher eingegangen werden.

Zum einen soll die Beschreibung von Grawe (1995) herangezogen werden, der eine Einteilung in vier Wirkfaktoren vornimmt. Die Ressourcenaktivierung, der Problemaktivierung, der aktiven Hilfe zur Problembewältigung und der motivationalen Klärung. Die vier Wirkfaktoren sind durch eine Vielzahl von Forschungsergebnissen sichergestellt und können deswegen als empirisch gesicherte therapieschulenübergreifende Wirkfaktoren angenommen werden (Grawe, 1995).

(1) *Ressourcenaktivierung*: unter dem Wirkfaktor Ressourcenaktivierung versteht Grawe, dass man „[...] Patienten besonders gut helfen kann, indem man an ihre positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen anknüpft, indem man die Art der Hilfe so gestaltet, daß der Patient sich in der Therapie auch in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren kann“ (Grawe, 1995, S. 135). Zu diesem Wirkfaktor gehört u. a. auch die gute Therapiebeziehung, in der sich vor allem der Patient als fähigen Beziehungspartner erleben kann. Dies wird unterstützt indem „der Patient seinen Therapeuten als ihn unterstützend, aufbauend, in seinem Selbstwert positiv bestätigend erlebt“ (Grawe, 1995, S. 136). Die sozialen Kontakte des Klienten sollen als relevante Ressource für die therapeutische Veränderung in die Therapie mit einbezogen werden. Wenn es dem Therapeuten möglich ist, soll er dem Klienten eine nachvollziehbare und plausible Erklärung seiner Störung geben. Eine individuelle Anpassung der Therapie an den Klienten

ermöglicht eine bessere Umsetzung der Aspekte des Wirkfaktors.

(2) *Problemaktualisierung bzw. Prinzip der realen Erfahrung*: dieser Wirkfaktor besagt, dass die Veränderungen im Verhalten, Denken oder Fühlen am ehesten eintreten, wenn diese tatsächlich in der Behandlung erlebt werden. Dieser Faktor wird zwar bei den meisten Therapierichtungen beachtet, jedoch sollte sich der Therapeut bei den Möglichkeiten zur Umsetzung nicht nur auf seine Therapierichtung beschränken (Grawe, 1995).

(3) *Aktive Hilfe zur Problembewältigung*: dieser Wirkfaktor beschreibt, dass der Therapeut den Patienten aktiv durch adäquate Maßnahmen unterstützt und anleitet, um seine Defizite besser zu bewältigen (Grawe, 1995). Solche Maßnahmen können bspw. Selbstsicherheitstrainings, Entspannungsverfahren, Reizkonfrontation, usw. sein. Deswegen muss der Therapeut über ein breit gefächertes Repertoire verfügen, dass es dem Klienten ermöglicht Schwierigkeiten tatsächlich bewältigen zu können, besser ausgerüstet zu sein und Vertrauen in seine Fähigkeiten zu generieren. Probleme und psychische Störungen sollten als ein „Nicht-anders-können“ aufgefasst werden und die therapeutische Hilfe soll darauf abzielen, den Klienten „[...] aktiv dabei zu helfen, die Zustände, Schwierigkeiten, Probleme, die den unmittelbaren Gegenstand seines Leidens ausmachen, besser zu bewältigen [...] dem Patienten vom Nichtkönnen zum Besserkönnen zu verhelfen“ (Grawe, 1995, S. 138).

(4) *Klärungsperspektive*: die Klärungsperspektive wird nicht als separate Wirkweise gesehen, sondern vervollständigt das Bild des therapeutischen Vorgehens. Die Einsicht des Klienten in seine unbewussten Ziele und Werte, soll ihn darin unterstützen, sein Erleben und Verhalten und seine Motivationen besser zu verstehen. Der motivationale Aspekt kann als eine Ergänzung zum Kompetenzaspekt gesehen werden und stellt kein Entweder-oder-Verhältnis dar.

Im Jahr 1950 untersuchten Grencavage und Norcross 50 Veröffentlichungen auf Gemeinsamkeiten hinsichtlich der vorgeschlagenen allgemeinen Wirkfaktoren. In den Veröffentlichungen wurden 89 verschiedene Wirkfaktoren genannt, die Grencavage und Norcross in fünf übergeordnete Kategorien einteilten:

(1) *client characteristics* (Patientenmerkmale): in diese Kategorie fallen nur 6% der genannten allgemeinen Wirkfaktoren, die die Eigenschaften und

das Verhalten des Patienten beschreiben. Der meist genannte Faktor ist die „positive expectation and hope for improvement“.

(2) *therapist qualities* (Therapeutenmerkmale): Diese Kategorie wurde mit 21% als zweithäufigste genannt. Die hier genannten Wirkfaktoren beziehen sich auf die Merkmale und Kompetenzen des Therapeuten. Zu den ersten sechs Nennungen zählen: „general description of beneficial therapist qualities“, „cultivates hope/enhances expectancies“, „warmth/positive regard“, „empathic understanding“, „socially sanctioned healer“, „acceptance“.

(3) *change processes* (Veränderungsprozesse): Die größte Kategorie bildet mit 41% die Veränderungsprozesse und schließt alle Faktoren ein, die eine Veränderung beim Patienten bewirken. Somit beinhaltet diese Kategorie allgemeine Theorien und spezifische Techniken. Die am häufigsten genannten Wirkfaktoren sind die „opportunity of catharsis“, „acquisition and practice of new behaviors“ und „provision of a therapeutic rationale or psychological interpretation“.

(4) *treatment structure* (Behandlungsstruktur): 17% der allgemeinen Wirkfaktoren beziehen sich auf Merkmale der Behandlungsstruktur. Dazu gehören u. a. „use of techniques/rituals“ und „focus on inner world/exploration of emotional issues“.

(5) *relationship elements* (Therapiebeziehung): In die Kategorie der Therapiebeziehung fallen 15% der Nennungen. Der häufigste genannte Wirkfaktor ist hier „development of alliance/relationship between the client and therapist“. Betrachtet man diesen Wirkfaktor unabhängig von den Kategorien, wurde dieser von 56% aller Autoren am häufigsten genannt.

Wie bereits erwähnt gibt es Vertreter, die die Wirkung der Psychotherapie auf spezifische Techniken zurückführen. Spezifische Techniken sind charakteristisch einer Therapieform oder einem Störungsmodell zugeordnet und können als relevante und erforderliche therapeutische Komponente gesehen werden, wie z. B. die Exposition bei der Verhaltenstherapie. Dabei wird die Veränderung kausal auf die eingesetzte spezifische Technik zurückgeführt. „Die Annahme methoden- bzw. störungsspezifischer Techniken gründet auf einem Störungsmodell, das von umschriebenen Krankheitsentitäten ausgeht, die wiederum auf bestimmte Krankheitsursachen zurückzuführen sind. Diese Krankheitsursache gilt es in Analogie zur pharmazeutischen Behandlung durch aktive isolierbare „Wirkstoffe“ zu beseitigen“ (Pfammatter et al., 2012, S. 19).

Somit erhalten Klienten mit einer bestimmten Störung eine spezifische Intervention. DeRubeis et al. (2005, S. 180) stellen in ihrem Artikel klar heraus

We presented evidence from four disorders for which there is a psychotherapy that appears to exert its effects through specific means, and we argued that equivalence in therapeutic outcome does not necessarily imply that therapies achieve their benefit through the same non-specific means [...] it is a mistake for the field to elevate the nonspecific factors of psychotherapies at the expense of specific therapeutic techniques.

Zudem muss berücksichtigt werden, dass nicht alle Therapiemethoden empirisch belegt sind und somit die Aussage, dass alle gewonnen und einen Preis verdient haben, nicht ganz korrekt ist. Des Weiteren müssen auch immer die Ein- und Ausschlusskriterien bei den Studien (z. B. Review oder Metaanalyse) beachtet werden. Unterschiede bzgl. dieser Kriterien sind oft der Grund, dass die Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen (Reisner, 2005; Smith et al., 1980). Weiterhin fasst Reisner (2005) zusammen, dass in manchen Bereichen die Kognitive- als auch die Verhaltenstherapie, im Vergleich zu anderen Psychotherapieformen, effektiver zu sein scheinen. Das könnte daran liegen, dass die Kognitive- und die Verhaltenstherapie besser in der Literatur mit effektiven Treatments vertreten sind, da sie vergleichsweise eine größere Tradition der Forschung haben. Jedoch sollte für ein optimales Therapieergebnis, die Passung zwischen Therapeut und Klient, sowie die Passung zwischen Klient und Therapieform bestmöglich aufeinander abgestimmt sein.

2.7.3 Unbegründete Polarisierung?

Ob eine Polarisierung in spezifische und allgemeine Wirkfaktoren überhaupt nötig ist, kann in Frage gestellt werden. Norcross und Lambert (2011, S. 4) betonen, dass

[...] the most pernicious and insidious consequence of the false dichotomy of treatment versus relationship has been its polarizing effect on the discipline [...] such polarizations not only impede psychotherapists from working together but also hinder our attempts to provide the most efficacious psychological services to our patients.

Vielmehr sollte der Synergismus und die Interaktion zwischen den allgemeinen Wirkfaktoren und den spezifischen Techniken gefördert werden und nicht separat kategorisiert werden. Die allgemeinen Wirkfaktoren kommen in der therapeutischen Interaktion zum Ausdruck, die vom Veränderungs- und Therapiekonzept des Therapeuten und somit auch von seinen Techniken abhängt. Somit stehen Techniken und die allgemeinen Wirkfaktoren in einer engen Beziehung (Pfammatter et al., 2012). Auf der anderen Seite sind die Techniken immer in den allgemeinen Beziehungskontext eingebunden und bekommen dadurch ihre Bedeutung (Gelso & Hayes, 1998). Das Ergebnis von Grenavage und Norcross (1990), dass der Wirkfaktor „development of alliance/relationship between the client and therapist“ am häufigsten von allen Wirkfaktoren von den Autoren genannt wurde zeigt, dass die Technik nicht getrennt von der Zusammenarbeit oder der Beziehung zwischen Klient und Therapeut gesehen werden kann. Castonguay und Holtforth (2005, S. 199) bestätigt weiterhin „[...] we find such a dichotomy to be both logically flawed and empirically untenable. Put in other words, we believe that there is enough evidence to suggest that both relationship and techniques are important components of change“. Deswegen soll im Folgenden auf das Allgemeine Modell der Psychotherapie eingegangen werden. Dieses Modell bezieht spezifische Techniken und allgemeine Wirkfaktoren und deren Beziehung untereinander in die unterschiedlichen Ebenen mit ein, die für den Therapieerfolg ausschlaggebend sind.

Orlinsky und Howard haben 1984 durch das Allgemeine Modell der Psychotherapie (Generic Model of Psychotherapy) einen schulensübergreifenden Rahmen geschaffen, der auf einer Vielzahl empirischer Prozess-Ergebnis-Studien basiert. Es ist demnach keine Theorie einer klinischen Behandlungsmethode, sondern sie ist diesen übergeordnet. D. h., dem allgemeinen Modell der Psychotherapie können die Theorien klinischer Behandlungsmethoden untergeordnet werden. Außerdem besteht in diesem Modell die Möglichkeit, eine integrative Brücke zwischen den verschiedenen Theorien der klinischen Behandlungsmethoden zu erstellen (Orlinsky, 2009). Dieses Modell wird nun näher beleuchtet.

2.7.4 „Generic Model of Psychotherapy“

Das „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1984) kann in drei große Gruppen (Input, Prozess und Outcome) untergliedert werden, die die verschiedenen Variablen enthalten (siehe *Abbildung 3*). Zum Input zählen alle Ausgangsmerkmale der Therapie. Wie bspw. das psychotherapeutische Versorgungssystem, die Rahmenbedingungen der Behandlung, aber auch die persönlichen wie therapiebezogenen Patienten- und Therapeutenmerkmale. Die Prozessvariablen werden in sechs Aspekte unterteilt, die den psychotherapeutischen Prozess beschreiben. Diese Variablen beeinflussen sich gegenseitig und sind zum Teil spezifische Techniken (z. B. technischer Aspekt) und allgemeine Wirkfaktoren (z. B. Interpersoneller Aspekt).

(1) *Formaler Aspekt* (Therapievertrag): der formale Aspekt steht für den organisatorischen Bereich der Behandlung, der meistens von der Behandlungstheorie des Therapeuten beeinflusst wird. Der therapeutische Vertrag besteht aus einer beiderseitigen Übereinstimmung über die Ziele der Therapie, der Methode, dem Zeitplan und Zeitpunkt, die Dauer, das Honorar und die Modalität in der die Behandlung stattfindet. Außerdem werden die Rollen aller beteiligten Personen definiert. Für den Beginn einer Therapie ist die Zustimmung zu den formalen Aspekten Voraussetzung. Der therapeutische Vertrag legt somit Standards fest, welche das therapeutische Handeln leiten, begrenzen und Erwartungen an das Verhalten des Patienten stellen.

(2) *Technischer Aspekt* (therapeutische Maßnahme): der technische Aspekt kann in vier Schritte unterteilt werden. Zu Beginn schildert der Patient verbal wie nonverbal seine Beschwerden und zeigt problematische Gefühle, Symptome und Lebenssituationen auf. Um das Erscheinungsbild des Patienten zu verstehen wählt der Therapeut mindestens ein Behandlungsmodell aus und findet im dritten Schritt die passenden Interventionen dazu. Dies soll im letzten Schritt eine aktive Mitarbeit des Patienten bewirken.

(3) *Interpersoneller Aspekt* (therapeutische Beziehung): die therapeutische Beziehung spiegelt den interpersonellen Aspekt wider, der empirisch bedeutsam mit dem Therapieerfolg zusammenhängt. Analysen haben gezeigt, dass zwei Aspekte der therapeutischen Beziehung hervorgehoben werden können. Zum einen, wie stark sich die Personen auf Basis ihrer jeweiligen Rolle in die Therapie einbringen und zum anderen wovon die

Beziehung oder der Kontakt geprägt ist (Empathie, Verständnis, gleiche Wellenlänge).

(4) *Intrapersoneller Aspekt* (Selbstbezogenheit): dieser Aspekt bezieht sich auf das kognitive und emotionale Selbsterleben des Klienten sowie des Therapeuten, was die Selbsterkenntnis, Selbstkontrolle und das Selbstbewusstsein betrifft. Die Beziehung zu sich selbst bzw. die Selbstwahrnehmung wirkt sich auf die Offenheit bzw. Abwehr gegenüber dem therapeutischen Prozess aus.

(5) *Klinischer Aspekt* (Auswirkung einer Sitzung): der klinische Aspekt betont die Wirkung, die während einer Sitzung entstehen kann, wie Einsicht, emotionale Entlastung, Mut und Hoffnung für die Zukunft. Die Therapiesitzung kann aber auch in die andere Richtung wirken, wie Entmutigung, durcheinander sein oder Angst. Diese können als therapeutische Realisierungen bezeichnet werden. Die Sitzung kann auch bei dem Therapeuten zu einem Erleben, wie bspw. Selbstwirksamkeit führen.

(6) *Zeitlicher Aspekt*: dieser Aspekt wurde erst später (1994) als sechste Kategorie hinzugefügt. Es betrachtet den sequenziellen Verlauf der Ereignisse die innerhalb der Sitzungen („microevents“) aber auch über den ganzen Verlauf der Therapie („macroevents“) entstehen können. Manche Ereignisse zeigen sich aufgrund ihrer Eigenschaft eher am Anfang, in der Mitte oder am Ende der Sitzung oder des Behandlungsverlaufs.

Zu den Outputvariablen zählen alle kurzfristigen sowie langfristigen Ergebnisse der Behandlung. Diese schließen Veränderungen des persönlichen und psychischen Status, der Lebenssituation des Patienten sowie des Therapeuten und Veränderung im sozialen Netzwerk des Patienten mit ein.

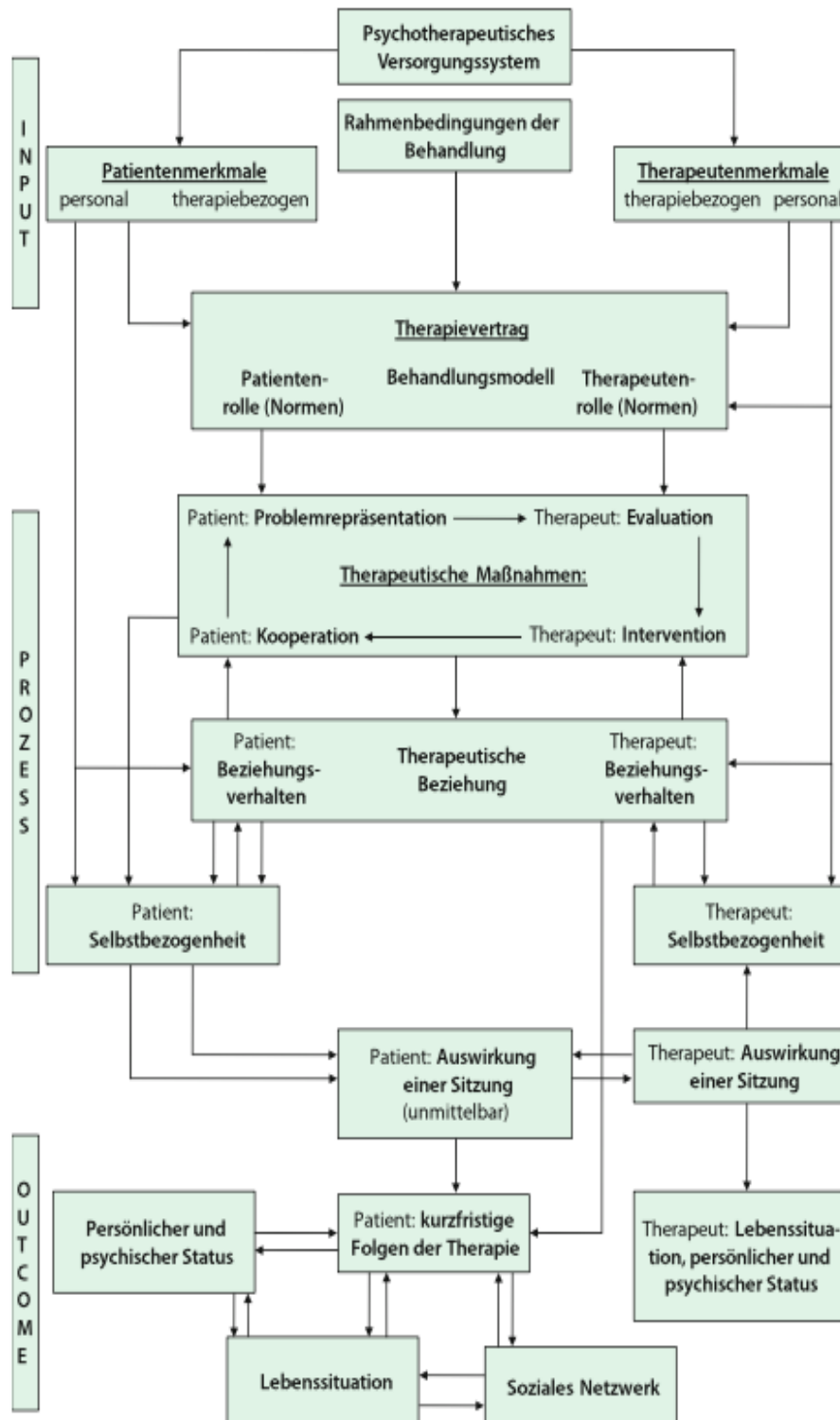


Abbildung 3. Das Generic Model of Psychotherapy (Stenzel & Berking, 2012, S. 151).

2.8. Das Wirkmodell

Das Wirkmodell (siehe *Abbildung 4*) stellt die Wirkung der angenommenen Beratungskomponenten auf das Beratungsergebnis grafisch dar. Trotz intensiver Recherche konnte kein konkret formuliertes Behandlungs-

modell für die Individualpsychologie gefunden werden. Deswegen orientiert sich diese Arbeit an einer modifizierten Form des Generic Model of Psychotherapie von Orlinsky und Howard (1984). Im Folgenden wird das verwendete Wirkmodell aufgezeigt:

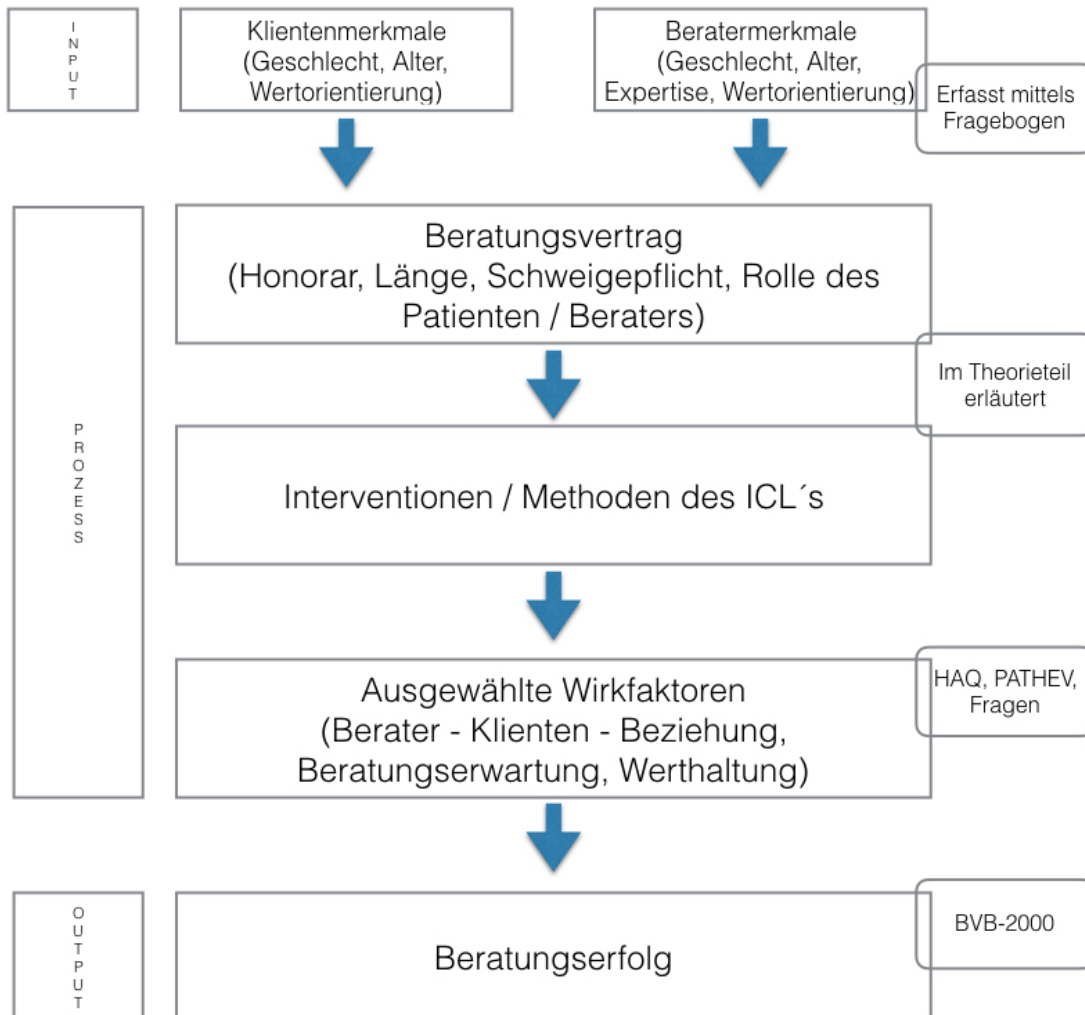


Abbildung 4. Angenommenes Wirkmodell der Masterarbeit.

Bei diesem Wirkmodell wird angenommen, dass Inputvariablen von Seiten des Klienten sowie des Beraters, sowohl spezifische Interventionen, wie sie im Punkt 2.6.3 aufgeführt wurden, aber auch allgemeine Wirkfaktoren (Berater-Klienten-Beziehung, Einstellung/Werthaltung, Erwartung an die Beratung) für das Beratungsergebnis verantwortlich sind. Die daraus abgeleiteten Fragestellungen werden im nächsten Abschnitt aufgeführt.

3 Fragestellung und Hypothesen

3.1 Fragestellung 1

Trotz des 25-jährigen Bestehens des Instituts liegen bisher keine empirischen Nachweise zum subjektiv erlebten Beratungserfolg aus der Klientenperspektive vor. Daraus ergibt sich die erste Fragestellung: Wie hoch schätzen die Klienten den Beratungserfolg durch die Methoden des ICL´s ein?

Die nachfolgenden Hypothesen beziehen sich auf einzelne Aspekte des Wirkmodells und deren Zusammenhang mit dem Beratungserfolg.

3.2 Hypothese 1

Zuerst wird der Zusammenhang der Inputvariable „Alter“ des Klienten und des Beratungserfolges getestet. Bekräftigt wird dies durch die Studie von Jacob & Bengel (2000), die zeigt, dass ältere Menschen eine höhere Patienten- und Lebenszufriedenheit aufweisen. Durch eine höhere Lebenszufriedenheit könnte es zu einem subjektiv besser eingeschätzten Beratungserfolg kommen. Daher lautet die Hypothese: Zwischen dem Alter der Klienten und dem eingeschätzten Beratungserfolg besteht ein positiver Zusammenhang.

3.3 Hypothese 2

Aufgrund dessen, dass die Berater-Klienten-Beziehung als ein sehr gut untersuchter allgemeiner Wirkfaktor gilt und bei der Analyse von Grencavage und Nordross (1990) als häufigster vorkommender Wirkfaktor genannt wird, nehme ich in der nachfolgenden Hypothese an, dass zwischen der Berater-Klient-Beziehung und dem eingeschätzten Beratungserfolg ein positiver Zusammenhang besteht.

3.4 Hypothese 3

Zudem wurde bei den Analysen von Grencavage und Norcross (1990) innerhalb der Kategorie Patientenmerkmale am häufigsten der Wirkfaktor „positive expectation/hope or faith“ genannt. Die Erfolgserwartung stellt die subjektive Prognose des Patienten zum Therapieerfolg dar und führt je nach Ausprägung zu einer engagierten, offenen und aktiven Haltung des Patienten. Nach Schulte ermöglicht die Erfolgserwartung eine Prognose von 13-16% der Varianz des Therapieerfolgs (Schulte, 2005). Deswegen lautet die dritte

Hypothese wie folgt: Zwischen der Beratungserwartung und dem eingeschätzten Beratungserfolg besteht ein positiver Zusammenhang.

3.5 Hypothese 4

Die letzte Hypothese beschreibt die Passung zwischen Klient und Berater. Da alle Berater die christlichen Werten vertreten, ist vor allem die Wertorientierung in dieser Studie von besonderer Bedeutung. Klienten, die angeben ein wiedergeborenen Christ zu sein, weisen folglich eine bessere Passung zum Berater auf als Klienten, die angeben kein wiedergeborener Christ zu sein. Eine bessere Passung zwischen Klienten und Berater könnte zu einem höheren Beratungserfolg führen. Somit lautet die Hypothese: Klienten, die angeben ein wiedergeborener Christ zu sein, zeigen einen größeren Beratungserfolg, als Klienten, die angeben kein wiedergeborener Christ zu sein.

4 Methode

Der Methodenteil beginnt mit der Beschreibung der Prozedur der Klientenrekrutierung (Kapitel 4.1). Daran schließt sich die Beschreibung der Klientenstichprobe sowie der Stichprobe der Berater und Beraterinnen an (Kapitel 4.2). Es folgt eine genaue Beschreibung des eingesetzten Erhebungsinstrumentes und die kritische Beleuchtung der Methode (Kapitel 4.3 und 4.4). Abschließend werden die ausgewählten statistischen Verfahren zur Datenanalyse vorgestellt (Kapitel 4.5).

4.1 Prozedur der Klientenrekrutierung

Im Vorfeld musste sondiert werden, ob sich genügend IPBS-Berater bereit erklären, Klienten für diese Studie zu rekrutieren. Für die Stichprobe wurden alle Berater in der Rubrik *Kontaktdaten* der Homepage des ICL-Institutes angeschrieben. In diesem Anschreiben wurde die Notwendigkeit der Studie sowie der grobe Studien-Ablauf aufgezeigt (Anschreiben 1 siehe Anhang C). 14 IPBS-Berater erklärten sich bereit, ihre Klienten für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen. Nach Eingang der Zusagen galt die Masterarbeit als durchführbar und wurde offiziell angemeldet.

Es erfolgte ein zweites Anschreiben (Anschreiben 2 siehe Anhang D) an die 14 IPBS-Berater mit dem konkreten Erhebungsablauf und den Rahmenbedingungen. Aufgrund der Rücksprache mit der Institutsleitung des ICL's und der Betreuerin der Masterarbeit haben sich hinsichtlich des Aufbaus und der Durchführung kleine Änderungen zum ersten Anschreiben ergeben. Auf diese Änderungen wurden die IPBS-Berater im zweiten Anschreiben hingewiesen. Bspw. hatte sich das Einschlusskriterium bezüglich der Klienten geändert: es durften nur Klienten an der Studie teilnehmen, die sich vor dem Erhebungszeitraum mindestens drei Monate im Beratungsprozess befanden oder den Beratungsprozess bereits abgeschlossen hatten. Das Beratungsende konnte bis zu einem Jahr zurückliegen. Der Zeitraum von drei Monaten wurde als Cut-off gewählt, da eine Beratung eher kurzzeitig angelegt ist. Nach drei Monaten sollte sich ein Beratungserfolg eingestellt haben. Des Weiteren sollte der Klient nach drei Monaten in der Lage sein, sinnvoll die Beziehung zum Berater einschätzen zu können, weil er bis dahin bereits genügend Kontakt mit dem Berater hatte. Um die Anonymität zu gewährleisten, wurden die Daten

online erhoben. Die Berater gaben ihren Klienten den Fragebogen-link und wurden darauf hingewiesen, dass die Klienten den Link Zuhause und nicht in ihrer Anwesenheit öffnen sollen, um den Fragebogen auszufüllen. Um eine objektive Einschätzung der Klienten zum Beratungserfolg zu erhalten, wurden die Berater ermutigt nicht ausschließlich Klienten für die Studie zu gewinnen, die die Beratung in ihren Augen "erfolgreich" durchlaufen haben, sondern auch solche, die bspw. die Beratung abgebrochen haben oder nicht mit ihrem Endergebnis zufrieden waren. Es wurde sichergestellt, dass auf Basis der Klientendaten kein Rückschluss auf einzelne Berater möglich war. Im zweiten Anschreiben wurde zudem eine Aufzählung aller möglichen Interventionen vorgenommen, die in der Beratung verwendet werden konnten; es wurde darauf hingewiesen, falls andere Methoden in der Beratungssitzungen verwendet wurden, dass diese Klienten aus der Studie auszuschließen sind. Der Erhebungszeitraum war vom 27. November 2015 bis ursprünglich 31. Januar 2016 angesetzt. Jedoch wurde der Zeitraum bis zum 14. Februar 2016 verlängert, um das gesetzte Ziel von 30 verwertbaren Datensätzen zu erreichen. Zu jedem Zeitpunkt konnten Fragen, Wünsche und Anregungen per Email oder telefonisch an die Studienleitung gestellt werden.

4.2 Stichproben

4.2.1 Klientenstichprobe

Die Studienpopulation besteht insgesamt aus 36 Personen, davon sind 25 Frauen (69,4%) und sechs Männer (16,7%). Bei fünf Personen fehlt die Angabe zu dem Geschlecht. Das Durchschnittsalter beträgt 42,5 Jahren ($SD = 10.72$), wobei der jüngste Studienteilnehmer 20 Jahre und der älteste Studienteilnehmer 57 Jahre alt ist. Im Mittel haben die Klienten 12.43 Sitzungen ($SD = 9.73$) absolviert. Die Spannweite der Sitzungszahl geht von drei bis maximal 52 Sitzungen. Sieben (19,4%) der Klienten geben an, die Beratung bereits abgeschlossen zu haben. 18 (50%) Klienten befinden sich zum Erhebungszeitraum mitten in der Therapie. Ein Klient (2,8%) hat die Beratung abgebrochen. Sechs Teilnehmer (16,7%) wählen bei der Frage zum Stand der Beratung die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“. Weitere vier (11,1%) machen keine Angaben zum Stand der Beratung. In folgender *Tabelle 6* sind das Alter sowie die Sitzungszahl im Überblick zu sehen.

Tabelle 6

Alter der Klienten sowie Sitzungszahl

	N	Fehlende Werte	Min	Max	Mittelwert	SD	Median
Alter	31	5	20	57	42.48	10.72	45
Sitzungszahl	30	6	3	52	12.43	9.73	10

Ein Blick auf die erhobene Werthaltung ergibt, dass 27 (75%) der Probanden angeben, ein wiedergeborener Christ zu sein, gefolgt von fünf (13,9%) Klienten, die angeben, keine wiedergeborenen Christen zu sein. Auch hier machen vier Klienten keine Angaben. Die Befragung wurde von 32 Klienten vollständig ausgefüllt, vier brachen vorzeitig ab. 31 von 36 Klienten berichten den Anlass für die Beratung, welcher in *Tabelle 7* eingesehen werden kann. Die Anlässe wurden wörtlich übernommen.

Tabelle 7

*Anlass/Grund für Beratung***Nr. Anlass für Beratung**

1	Meine Hilflosigkeit in vielen Situationen, Interesse an der Sichtweise von außen.
2	Ich habe eine empathische Behandlung gesucht in der mein gegenüber versteht was mir Probleme macht und diese mit mir gemeinsam löst. Nach mehreren Sitzungen bei Psychologen und Psychotherapeuten in psychosomatischen Rehas und Therapien habe ich festgestellt, dass durch die eigene mehr oder weniger ausgeprägte Empathie des Psychologen eine wesentliche rolle zur Aufklärung und Lösung der Probleme eine wesentliche und positive rolle gespielt hat.
3	Ich konnte meine Vergangenheit nicht länger verdrängen und habe immer mehr Distanz zwischen mir und anderen Menschen aufgebaut.
4	Innere Spannungen, der unverarbeitete Verlust eines geliebten Menschen, Gefühl des Ausgeliefert-seins in den Anforderungen des Alltags, Versagensängste.
5	Kaum Selbstbewusstsein, Vater Probleme, Probleme in der Erziehung der Kinder
6	Ich dachte, dass mir da bei den innerlichen/ seelischen Problemen geholfen werden kann und dass da das, was wir in den Seminaren gelernt haben in die Praxis umgesetzt werden kann.
7	Mein Verhalten, meine Empfindungen
8	Burnout
9	Beziehungsprobleme und Persönlichkeitsprobleme.
10	Bin viel allein und wollte das ändern.

11	Herkunftsprobleme, Nötigung, Geistiger wie Sexueller Missbrauch
12	Lebensprobleme, Unsicherheit, Trauma als Baby, Enterbung, Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen, Lebensangst, Minderwertigkeit
13	Körperliche und seelische Schmerzen
14	Ich war 50, als mein Vater starb. Meine Endlichkeit wurde mir sehr bewusst und ich stellt mir die Frage, wie möchte ich einmal von dieser Welt scheiden: ich will versöhnt sein mit Gott, meinen Mitmenschen und mit mir. Da merkte ich, dass ich mit mir nicht versöhnt war. Da entschloss ich mich zur Beratung.
15	Zuerst die Grundausbildung bei ICL (Eigenreflexion) später eine persönliche Krise
16	Analyse meiner Lebenssituation
17	Baby (2. Kind) hat sehr schlecht geschlafen, völlige Erschöpfung und Überforderung, zeitweise (innerliche) Aggression gegen dem Baby.
18	Rat von Freunden, Vater war Alkoholiker, schlechtes Selbstbewusstsein
19	Ich hatte Probleme in der Ehe
20	Um zu einem Abschluss zu gelangen, benötige ich in der Grundstufe mindestens 5 Eigenreflexionen, und deshalb habe ich mich bei einer Beraterin gemeldet.
21	Erschöpfungs-Depression - benötigte Hilfe, um im Leben mich neu zu orientieren. Wollte eine christliche Beratung, wegen meiner persönlichen Glaubensbeziehung zu Gott.
22	Beziehungsprobleme
23	Probleme mit der Schwiegermutter
24	Um meine Gedanken zu sortieren, alle komplizierten Probleme und Begebenheiten mal in Angriff nehmen, aufarbeiten was kaputt gegangen war
25	Probleme in Partnerschaft und Kindererziehung
26	Weil es zur Grundausbildung gehört
27	Burnout, Erschöpfung, Anspannung,
28	Beziehungsprobleme, Selbstzweifel, mangelndes Selbstvertrauen usw.
29	Tiefer in die Herkunftsfamilie Einblick zu bekommen und dort meinen Lebensstil heraus zu arbeiten und mich verändern zu lassen.
30	Depressive Verstimmung aufgrund einer schwierigen Lebenssituation
31	Ich fühlte mich in einer Opferrolle in der christlichen Gemeinde, zu der ich mich seit Geburt zähle. Wollte eigene Schuld loswerden und denen vergeben, die mir gegenüber schuldig wurden. Wollte Klarheit bekommen in Bezug auf die Gemeindegemeinschaft.

Viele Äußerungen (aus *Tabelle 7*) erlauben keine Zuordnung zu Überkategorien. Deswegen erscheint eine Kategorisierung der Aussagen der Klienten nur bedingt als sinnvoll. Häufig genannt werden Burnout/

Erschöpfungsdepression ($n = 5$), Beziehungsprobleme ($n = 4$), Selbstwert ($n = 4$), Erziehungsprobleme ($n = 2$) und Probleme im sozialen Bereich ($n = 4$).

4.2.2 Stichprobe der Berater und Beraterinnen

Zu den teilnehmenden Berater und Beraterinnen lassen sich folgende Angaben machen: Insgesamt haben 12 (92,3%) Beraterinnen und ein (7,7%) Berater an der Studie teilgenommen. Im Durchschnitt sind die Berater und Beraterinnen 46,5 Jahre ($SD = 6.15$) alt, wobei die Altersspanne zwischen 29 und 53 Jahren liegt. Bezugnehmend auf die Länge der Tätigkeit ergibt sich ein Mittel von 5.46 Jahren ($SD = 2.93$). Alle Berater und Beraterinnen geben an, die Tätigkeit nebenberuflich auszuführen und stimmen zu, ausschließlich die vorgegebenen Methoden in der Beratung zu verwenden. *Tabelle 8* veranschaulicht das Alter der Berater und Beraterinnen und die Länge der Tätigkeit.

Tabelle 8

Alter der Berater und Beraterinnen und Länge der Tätigkeit

	N	Fehlende Werte	Min	Max	Mittelwert	SD
Alter	13	0	29	53	46.54	6.15
Länge der Tätigkeit in Jahren	13	0	2	10	5.46	2.93

4.3 Operationalisierung der Konstrukte

Das vollständige Erhebungsinstrument dieser Studie befindet sich im Anhang (siehe Anhang E). Der Beratungserfolg wurde global mit dem Bochumer Veränderungsbogen 2000 (BVB-2000; Willutzki, Ülsmann, Veith & Schulte, 2013) eingeschätzt. Zur Bestimmung der ausgewählten allgemeinen Wirkfaktoren wurde zum einen der Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Luborsky, 1984) eingesetzt, um die Berater-Klient-Beziehung zu erheben. Die Erwartung an die Beratung wurde mit dem Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV; Schulte, 2005) erfasst, und die Werthaltung durch ein selbst formuliertes Item. Am Ende des Fragebogens befinden sich drei offene Fragen zu den Beratungskomponenten, Verbesserungsvorschläge und Kritik sowie Fragen zu soziodemografischen

Daten. Alle Konstrukte wurden einmalig retrospektiv vom Klienten per Onlinefragebogen beurteilt. Die hohe Ähnlichkeit der Beratung nach ICL und der Psychotherapie wird als Legitimation herangezogen, die Messinstrumente, die in der Psychotherapie eingesetzt werden, auch hier einzusetzen. Der folgende Abschnitt geht auf die einzelnen Elemente des Fragebogens näher ein.

4.3.1 Bochumer Veränderungsfragebogen 2000 (BVB-2000)

Der BVB-2000 ist ein open source Fragebogen, der zur direkten Veränderungsmessung in der Psychotherapie eingesetzt werden kann. Es ist eine überarbeitete und gekürzte Version des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV; Zielke und Kopf-Mehnert, 1978). Der VEV gilt als Standardinstrument in der Einzelfalldiagnostik psychotherapeutischer Behandlungsverläufe und wurde auch schon mehrfach in klinisch-wissenschaftlichen Studien eingesetzt (Zielke und Kopf-Mehnert, 2001). Grawe (1991) bezeichnete den VEV im Forschungsgutachten als das Verfahren der Wahl zur direkten Messung von Therapieeffektivität. Der BVB-2000 wurde 2013 von Willutzki, Ülsmann, Veith und Schulte neu überarbeitet veröffentlicht und gilt als verständliches, ökonomisches, reliables (hohe interne Konsistenz mit $\alpha = .96$) und valides Messinstrument zur Psychotherapieerfolgsmessung. Der Fragebogen besteht aus 26 bipolaren Items mit einer siebenstufigen äquidistanten Likertskala. Ein Pol stellte die Verbesserung und der andere eine Verschlechterung im Erleben und Verhalten durch die Therapie dar. Die Klienten sind aufgefordert, rückschauend das Ausmaß der Veränderung im Erleben und Verhalten seit Therapiebeginn (oder einem anderen konkreten Zeitpunkt) bis jetzt quantitativ einzuschätzen. Durch das Ankreuzen der „1“ oder der „7“ wird jeweils einem Pol voll zugestimmt. Der Wert „4“ gibt an, dass keine Veränderung in diesem Bereich stattgefunden hat. Anhand der folgenden *Tabelle 9* soll dies verdeutlicht werden.

Tabelle 9

Itembeispiel aus dem BVB-2000

...fühle ich mich gehetzter.	1 2 3 4 5 6 7	...fühle ich mich weniger gehetzt.
------------------------------	---------------	------------------------------------

Wenn die Aussage voll auf den Patienten zutrifft, dass er sich jetzt weniger gehetzt fühlt als vor Therapiebeginn, muss er eine „7“ ankreuzen. Kommt es in diesem Zeitraum hinsichtlich der Aussage zu keiner Veränderung, kreuzt er eine „4“ an. Trifft es voll zu, dass der Patient sich jetzt gehetzter fühlt, muss er eine „1“ ankreuzen. Sechs Items sind linkspolig, d. h. die stärkste Verbesserung wird mit „1“ angegeben. Zwanzig Items sind rechtspolig, hier wird die stärkste Verbesserung mit „7“ angegeben. Für die Auswertung wurden die sechs linkspoligen Items umgepolt. Der Mittelwert aller Items dient als finalen Score des Instrumentes. Hohe Gesamtmittelwert sprechen für eine Verbesserung und niedrige für eine Verschlechterung. Zudem ermöglicht der Fragebogen, aufgrund eines kritischen Veränderungswert, auch im Einzelfall den Therapieerfolg festzustellen: der Zustand von Klienten mit einem Wert größer 4.40 gilt als gebessert und kleiner 3.36 als verschlechtert. Der Zustand von Klienten zwischen diesen Zahlen werden als unverändert eingestuft.

4.3.2 *Helping Alliance Questionnaire (HAQ)*

Der HAQ wurde von Bassler, Potratz und Krauthauser 1995 ins Deutsche übersetzt, um die Verwendbarkeit in der stationären Psychotherapie zu testen. Die deutsche Version besteht aus zwei Subskalen mit je sechs Items. Die eine Subskala bildet die *affektive Qualität der Beziehung zum Therapeuten* ab und die andere Subskala die *Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg*. Der Fragebogen kann vom Patienten und vom Therapeuten ausgefüllt werden. Bei dieser Studie wird die Einschätzung der Klienten genutzt und lediglich die Items der ersten Dimension zur Erfassung der Qualität der therapeutischen Beziehung verwendet. Da der Beratungserfolg in dieser Studie bereits mit dem BVB-2000 gemessen wird, kann auf die Dimension *Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg* aus ökonomischen Gründen verzichtet werden. Der HAQ ist ein ökonomisches, reliables ($\alpha = .89$), valides und akzeptiertes Messinstrument, das darauf abzielt zwischen erfolgreichen und wenig erfolgreichen Patienten zu differenzieren. Die Lizenzfreiheit ist ein weiterer Vorteil des Verfahrens. Die Aussagen wurden passend für die Studie modifiziert und der Titel „Therapeut“ wurde durch „Beraterin/Berater“ ersetzt. Jedes Item wird auf einer sechsstufigen Likertskala beurteilt (1 = „sehr unzutreffend“, 2 = „unzutreffend“, 3 = „eher unzutreffend“, 4 = „eher zutreffend“, 5 = „zutreffend“, 6 = „sehr

zutreffend“). Hinsichtlich der Itemschwierigkeit zeigt sich, dass die meisten Fragen eher leicht sind, mit einem Mittelwert von 4,5 von sechs. Somit sind die Patienten im Durchschnitt eher zufrieden als unzufrieden mit der Therapie (Bassler et al., 1995). In nachfolgender *Tabelle 10* sind die verwendeten Items des HAQ angeführt.

Tabelle 10

Items der Subskala „affektive Qualität der Beziehung zum Therapeuten“ des HAQ

Itemzahl	Itembeschreibung
1	Ich glaube, dass meine Beraterin/ mein Berater mir helfen kann.
2	Ich habe das Gefühl, mich auf meine Beraterin/ mein Berater verlassen zu können.
3	Ich habe das Gefühl, dass mich meine Beraterin/ mein Berater versteht.
4	Ich habe das Gefühl, dass meine Beraterin/ mein Berater möchte, dass ich meine Ziele erreiche.
5	Ich habe das Gefühl, dass meine Beraterin/ mein Berater wie auch ich ernsthaft an einem Strang ziehen.
6	Ich glaube, dass meine Beraterin/ mein Berater und ich meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen werden.

4.3.3 Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV)

Der PATHEV ist einer der ersten überprüften Fragebogen zur Beurteilung der Therapieerwartung von Psychotherapie-Patienten und wurde von Schulte (2005) veröffentlicht. Herr Dietmar Schulte erteilte mir per Email die Erlaubnis, den Patientenfragebogen bei dieser Studie einsetzen zu dürfen. Der reliable und valide Kurzfragebogen mit 11 Items weist eine dreifaktorielle Struktur auf. Die Faktoren sind „Hoffnung auf Besserung“ ($\alpha = .89$), „Furcht vor Veränderung“ ($\alpha = .73$) und „Passung“ ($\alpha = .82$) (Schulte, 2005). Auch diese Skalen korrelieren mit dem Therapieerfolg und bestätigen somit ihren Zusammenhang. Es kommt jedoch nur zwischen der Erwartung des Patienten und der retrospektiven Erfolgsbeurteilungen bzw. der Restsymptomatik (Postwerte) zu signifikanten Zusammenhängen (Schulte, 2005). Vier der Items sind negativ formuliert, um den Klienten die Zustimmung zu erleichtern und

zusätzliche Varianz innerhalb der Items zu bekommen. Die Klienten müssen die Aussagen (z.B. „Diese Beratung schien mir für meine Probleme angemessen zu sein.“) auf einer fünfstufigen äquidistanten Likertskala einschätzen (1 = „stimmt überhaupt nicht“, 2 = „stimmt eher nicht“, 3 = „stimmt zur Hälfte“, 4 = „stimmt weitgehend“, 5 = „stimmt vollkommen“). In Folge der Einpunktmessung mussten die Items für diese Studie in die Vergangenheitsform umformuliert werden. Zudem wurde die Bezeichnung „Therapie“ durch „Beratung“ ersetzt. Der Klient schätzt zum Zeitpunkt der Erhebung retrospektiv seine Erwartung an die Beratung zu Beratungsbeginn ein. In der *Tabelle 11* sind die 11 Items des PATHEV aufgeführt.

Tabelle 11

Items des Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation

Itemzahl	Itembeschreibung
1	Ich habe befürchtet, dass mir auch durch Beratung nicht geholfen werden kann.
2	Ich habe geglaubt, dass meine Probleme jetzt endlich gelöst werden können.
3	Ich habe gedacht, dass sich auch durch eine Beratung wohl an meinen Problemen nicht viel ändern wird.
4	Genaugenommen war ich eher skeptisch, ob die Beratung mir helfen kann.
5	Ich hatte Angst davor, mich zu verändern.
6	Manchmal habe ich befürchtet, dass ich mich durch eine Beratung mehr verändere als ich will.
7	Gelegentlich habe ich mir auch etwas Sorgen gemacht, was sich alles ändern wird, wenn meine Probleme einmal verschwunden sind.
8	Ich hatte die passende Beratung gefunden.
9	Diese Beratung schien mir für meine Probleme angemessen zu sein.
10	Im Vergleich zu dem, was ich früher versucht habe, hatte ich das Gefühl, jetzt das Richtige zu tun.
11	Vielleicht wäre mir durch eine andere Behandlung besser geholfen worden.

4.3.4 Operationalisierung der Werthaltung/Einstellung

Bei der Operationalisierung der Werthaltung von Berater und Klient wird der Fokus auf die christlichen Werte gelegt. Das Vorhandensein dieser Werte auf Seiten der IPBS-Berater wird aufgrund der persönlichen Aussage und durch zwei weitere Referenzen vorausgesetzt (siehe Kapitel 2.6.2.2). Die

Operationalisierung der christlichen Werthaltung seitens des Klienten findet mit Hilfe eines Items statt. Auf die Frage „Sind Sie ein wiedergeborener Christ?“ können die Klienten eine der dichotomen Antwortmöglichkeiten wählen; entweder „Ja, ich bin ein wiedergeborener Christ“ oder „Nein, ich bin kein wiedergeborener Christ“.

4.3.5 Weitere subjektive Beurteilungen

Darüber hinaus beinhaltet der Fragebogen drei offene Fragen: „Welche Beratungskomponente empfanden Sie am wirksamsten?“, „Welche Komponente könnte Ihrer Meinung nach noch hinzugefügt werden, um den Beratungserfolg zu optimieren?“ und „Welche Kritik/Verbesserungsvorschläge haben Sie an der Beratung?“. Durch die erste Frage soll die Möglichkeit geschaffen werden besonders akzeptierte und auch wirksame Elemente der Individualpsychologischen Beratung aufzudecken. Mit der zweiten und dritten Frage soll das Verbesserungspotenzial aufgedeckt werden, um somit die Weiterentwicklung zu fördern.

4.4 Kritische Beleuchtung der Methode

4.4.1 Direkte vs. indirekte Veränderungsmessung

Es kann bei der Messung des Therapieerfolgs zwischen zwei Verfahren unterschieden werden, der direkten vs. der indirekten Veränderungsmessung. Die direkte Veränderungsmessung zeichnet sich dadurch aus, dass lediglich zu einem Zeitpunkt gemessen wird (Einpunkterhebung). Die Messwerte werden durch die direkte subjektive Einschätzung erhoben und der Messvorgang erfolgt retrospektiv (Stieglitz & Baumann, 2001). Somit wird das Ausmaß der Veränderung nicht über eine Differenz zweier Statusmessungen (zu Therapiebeginn (Prä) und am Therapieende (Post)), wie bei der indirekten Veränderungsmessung, konkretisiert, sondern es erfolgt eine unmittelbare Einschätzung der Veränderung. Die direkte Veränderungsmessung stellt eine einfache und ökonomische Erfolgsmessung dar und stimmt oft mit der subjektiven Einschätzung des Patienten besser überein als die errechnete Differenz von zwei Statusmessungen (Stieglitz & Baumann, 2001). Dieses Verfahren ist jedoch auf die Gedächtnisleistung der Person angewiesen, die besonders bei psychischer Belastung eingeschränkt sein kann. Zudem kann es

zu unerwünschten Antworttendenzen kommen, wie bspw. Recency-Effekte, Generalisierungseffekte, soziale Erwünschtheit bzw. eine systematisch erhöhte Zustimmung in Richtung Verbesserung. Dies kann die Reliabilität sowie die Validität der Messung einschränken (Stieglitz & Baumann, 2001). Die Validität kann weiterhin eingeschränkt werden, weil es möglich ist, dass die Klienten unterschiedliche Beurteilungskriterien hinsichtlich der Verbesserung anlegen (Reineckert-Hecht & Baumann, 2005).

Michalak, Kosfelder, Meyer und Schulte (2003) haben in ihrer Studie untersucht, ob sich direkte Veränderungsmaße empirisch von indirekten Veränderungsmaßen unterscheiden und wie deren prognostische Vorhersagekraft ist. Sie fanden signifikante negative Korrelationen zwischen den direkten Veränderungsmaßen und den Postwerten (Restsymptomatik) und geringe Korrelationen mit den Präwerten. Dieses Ergebnis zeigt, dass die direkten Veränderungsmaße weniger stark mit vom Zustand des Patienten vor der Therapie zusammenhängen, als mit dem Ausmaß der Zielerreichung zu Therapieende. Die indirekte und direkte Veränderungsmessung unterscheiden sich somit in dem gewählten Kriterium für die Beurteilung des Erfolgs. Bei der direkten Veränderungsmessung wäre eine Veränderung „demnach nicht dann befriedigend, wenn der Postzustand sich weit vom Ausgang entfernt hat, sondern wenn er sich dem (impliziten) Ziel weitgehend angenähert hat“ (Michalak et al., 2003, S. 101). Dieses Ergebnis kann durch weitere Studien gestützt werden (z. B. Kastner & Basler, 1997). „Umfangreiche Symptomreduktion bedeutet nicht notwendigerweise eine relativ zufriedenstellende Lebenssituation oder eine klinisch relevante Heilung oder Besserung, denn der erreichte Zustand kann immer noch unbefriedigend sein. Umgekehrt stellt sich ein befriedigender Lebenszustand eventuell schon nach einer geringen Symptomreduktion ein“ (Michalak et al., 2003, S. 102). Weiterhin kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass Klienten mit höheren Werten bei den direkten Veränderungsmaßen im Vergleich zu Klienten mit niedrigen Werten sich seltener zum Katamnesezeitpunkt in Behandlung befinden und Medikamente einnehmen. Die Empfehlung der Studie ist beide Erfolgsmaße (direkte und indirekte Veränderungsmessung) in der Praxis sowie in der Theorie zu berücksichtigen (Michalak et al., 2003).

Auch bei dem eingesetzten Instrument BVB-2000 zeigen sich hinsichtlich der Konstruktvalidität statistisch signifikante Zusammenhänge zu

allen herangezogenen Erfolgsmaßen (indirekte Veränderungsmessung mittels Brief Symptom Inventor (Franke, 2000), dem Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger, Basler, Woran & Keller, 1995) und dem Inventar Interpersonaler Probleme (Horowitz, Strauß & Kordy, 200), Zielerreichung wurde mittels Globalurteil der Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis (Meyer & Schulte, 2002) und dem Goal Attainment Scaling (Kiresuk & Sherman, 1968) erfasst) (Willutzki et al., 2013). Jedoch fällt der Zusammenhang mit den zwei erhobenen Maßen zur Zielerreichung deutlich höher aus im Vergleich zu dem statistisch signifikanten Zusammenhang mit den indirekten Veränderungsmaßen. Ebenfalls zeigen die indirekten Veränderungsmaße hohe negative Korrelationen zwischen den Psychotherapieerfolgswerten und den Post-Werten der Statusmessungen. Ein großer Vorteil des BVB-2000 ist die Tatsache, dass er sowohl mit indirekten als auch direkten Veränderungsmaßen korreliert und kann deswegen als „stand-alone“ Lösung angesehen werden (Willutzki et al., 2013).

4.4.2 Fragebogen

In dieser Studie wurde ein Onlinefragebogen eingesetzt. Das Erhebungsinstrument *Fragebogen* bringt einige Vorteile wie auch Nachteile mit sich, die bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden müssen. Zum einen ist die Methode sehr ökonomisch (kann gleichzeitig von großen Gruppen durchgeführt werden, Materialaufwand ist gering, Durchführung ohne großen Schulungsaufwand) und sie weist aufgrund von standardisierten Instruktionen eine hohe Durchführungsobjektivität auf (Eid, Gollwitzer, Schmitt, 2013). Oft erfolgt die Auswertung maschinell oder mit einer Schablone und führt deswegen zu einer ausgeprägten Auswertungsobjektivität. Aufgrund dieser Vorteile ist der Fragebogen in der Psychologie und den Sozialwissenschaften die am meisten verwendete Methode. Trotz der größeren Anzahl an Vorteilen hat diese Methode auch Nachteile. Die Standardisierung kann auch ein Nachteil sein, weil die Probanden an die Antwortmöglichkeiten gebunden sind. Somit könnte es sein, dass wichtige Informationen nicht erfasst werden und verloren gehen. Ebenso können Verfälschungen, wie soziale Erwünschtheit oder Verzerrungen aufgrund von Erinnerungseffekten schwer aufgedeckt werden (Eid et al., 2013).

4.5 Auswertungen

Die erste Fragestellung wird mithilfe deskriptiver Statistiken beantwortet. Bei den Hypothesen eins bis drei erfolgt zuerst eine deskriptive Auswertung. Um den Zusammenhang zu testen wird eine Pearson-Korrelation gerechnet. Dafür müssen jedoch die Variablen normalverteilt sein. Dies wird anhand des Kolmogoroff-Smirnov-Test geprüft. Wenn keine Normalverteilung der Variablen vorliegt, kann auf die Spearman-Korrelation ausgewichen werden. Die vierte Hypothese wird mittels eines t-Testes überprüft. Die Voraussetzung hierbei ist, dass die Varianzen zwischen den Gruppen gleich sind. Dies kann mit Hilfe des Levene-Test überprüft werden.

5 Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Datenauswertung nach Fragestellung bzw. Hypothese dargestellt (Kapitel 5.1). Basierend auf den Ergebnissen kommt es entweder zu einer Annahme oder einer Ablehnung der Hypothese. Daran schließen sich die Antworten der offenen Fragen an (Kapitel 5.2).

5.1 Fragestellung und Hypothesen

Zuerst wird deskriptiv aufgezeigt, wie Klienten ihren Beratungserfolg einschätzen. Der Beratungserfolg wurde, wie im Methodenteil aufgeführt, mit dem BVB-2000 gemessen. Die Klientenstichprobe zeigt einen Gesamtwert im Mittel von $M = 4.85$ ($SD = .45$; $Min = 4.04$; $Max = 5.88$). 11 (30,6%) Klienten berichten keine Veränderung im Erleben und Verhalten seit Beratungsbeginn. Jedoch zeigen 25 (69,7%) der Klienten eine Verbesserung durch die Beratung. Die einzelnen Items des BVB-2000 zeigen eine Spannweite von $M = 2.86$ bis 5.50 auf. Das Item fünf („Ich fühle mich ruhiger bzw. unruhiger, wenn ich an die Zukunft denke.“) mit einem Mittelwert von 2.86 zeigt die höchste Zustimmung in Richtung der negativen Ausprägung. Das heißt, dass die Klienten sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Vergleich zum Therapiebeginn im Mittel unruhiger fühlen, wenn sie an die Zukunft denken. Ein weiteres Item, bei dem die Klienten im Mittel eher dem negativen Pol des Items zustimmen, ist Item sechs ($M = 3.14$) („Ich nehme unerwartete Ereignisse gelassener/ weniger gelassen hin.“). Demnach nehmen die Klienten unerwartete Ereignisse zu Beratungsende im Durchschnitt weniger gelassen hin als zu Beratungsbeginn. Bei allen anderen Items liegt der Mittelwert über dem Wert 4.30, d. h., dass die Klienten bei diesen Items im Mittel eine positive Veränderung angeben. Die Items zwei und sieben zeigen die höchsten Mittelwerte mit je 5.50. Die Klienten sind nach der Beratung somit im Durchschnitt mit sich zufriedener und fühlen sich freier im Vergleich zum Beratungsbeginn. Es schließt sich die *Abbildung 5* an, mit den Mittelwerten der Items des BVB-2000.

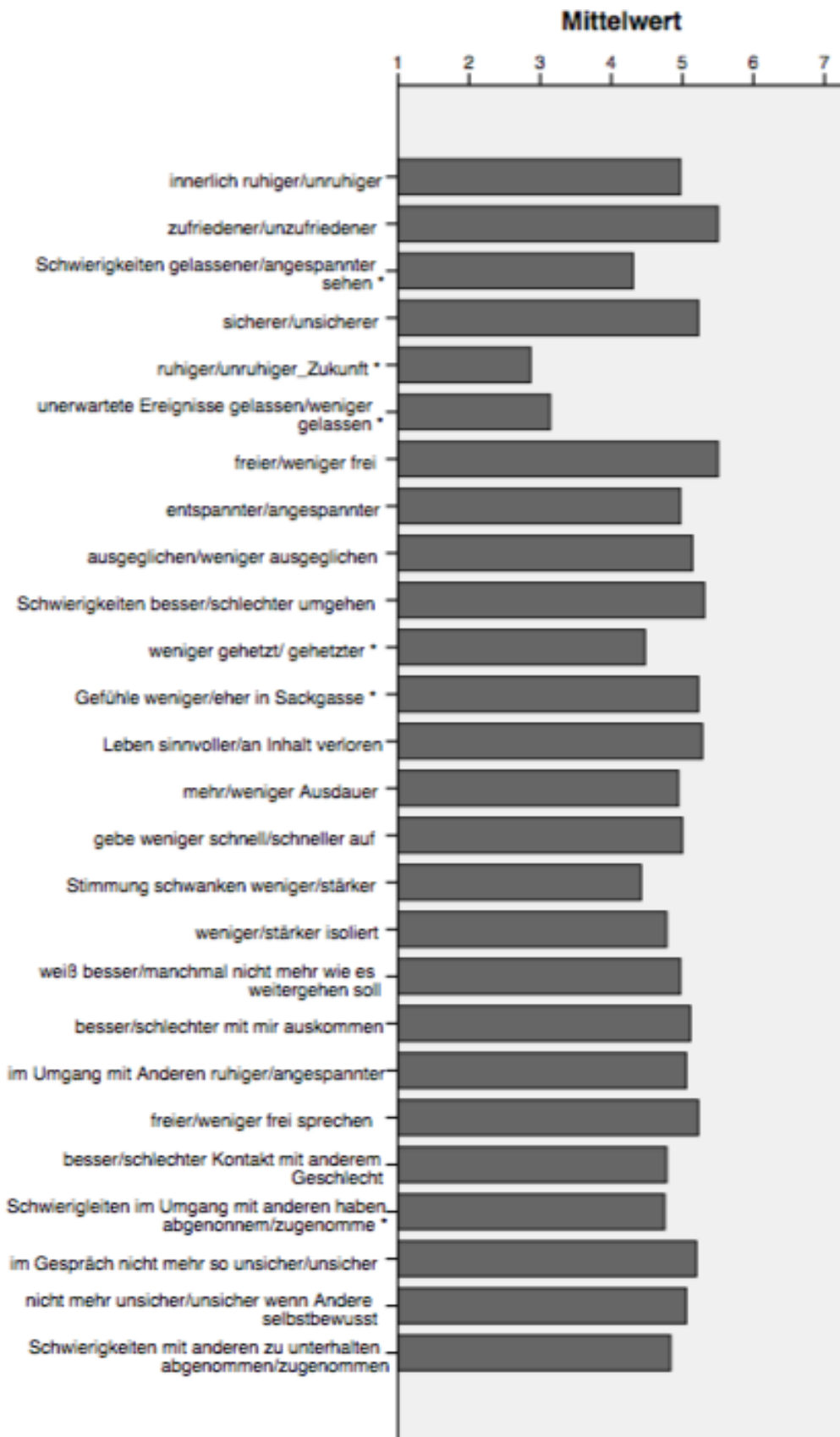


Abbildung 5. Gesamtüberblick zu den Mittelwerten der BVB-2000 Items. Die Itembeschriftungen wurden in dieser Abbildung abgekürzt. Die Antwortmöglichkeiten gehen von 1-7, wobei 1 eine Verschlechterung und 7 eine Verbesserung darstellt, Items mit * wurden für die Auswertung umgepolt.

In einem nächsten Schritt der Analyse wurde überprüft, ob ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter der Klienten und dem Beratungserfolg vorliegt. Der Kolmogoroff-Smirnov-Test ist für die gesamten Variablen des BVB-2000 und für die Variable Alter nicht signifikant ($p > 0.05$). Das heißt, dass die empirische Verteilung nicht von der Normalverteilung abweicht. Die Voraussetzung für die Pearson-Korrelation ist somit erfüllt. Es konnte jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und dem eingeschätzten Beratungserfolg nachgewiesen werden ($r = .10$; $p = .478$). Das bedeutet, der Beratungserfolg wird unabhängig vom Alter eingeschätzt und die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen Alter und Beratungserfolg besteht, bestätigt sich nicht.

In der zweite Hypothese wird angenommen, dass die Ausprägung der Berater-Klienten-Beziehung positiv mit dem Beratungserfolg zusammenhängt. Dazu werden zuerst die Daten der HAQ-Skala deskriptiv analysiert. Die Stichprobe zeigt bei dem HAQ einen Gesamtwert im Mittel von $M = 5.26$ ($SD = .60$, $Min = 4$; $Max = 6$). Dies zeigt, dass die Berater-Klienten-Beziehung sehr hoch eingeschätzt wird. Die anschließende *Abbildung 6* zeigt die Ausprägungen der Items hinsichtlich ihres Mittelwertes.

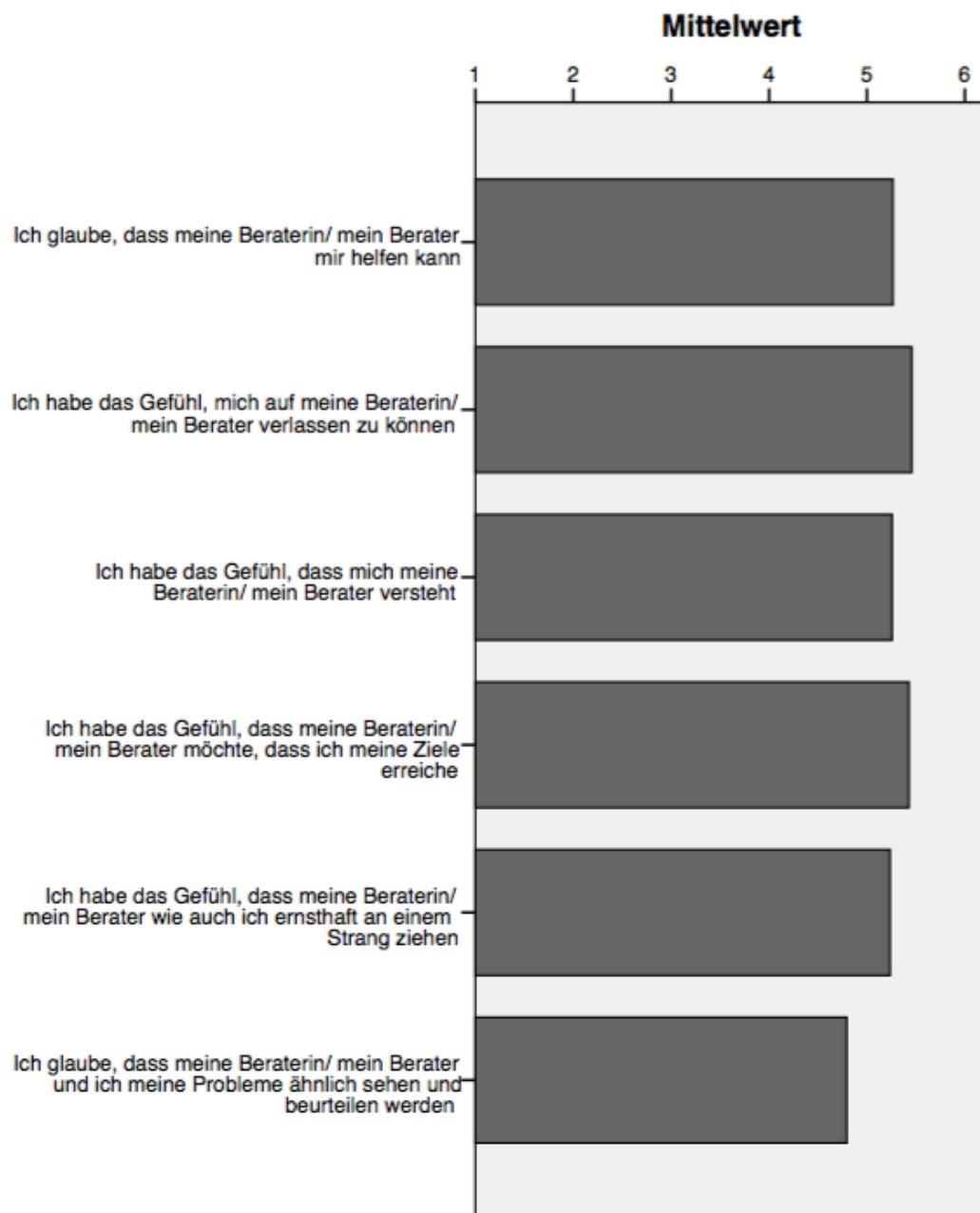


Abbildung 6. Gesamtüberblick zu den Mittelwerten der HAQ-Items. Die Antwortmöglichkeiten gehen von 1 = „sehr unzutreffend“, 2 = „unzutreffend“, 3 = „eher unzutreffend“, 4 = „eher zutreffend“, 5 = „zutreffend“, 6 = „sehr zutreffend“.

Der Kolmogoroff-Smirnov-Test ist für die sechs Items des HAQ nicht signifikant ($p > 0.05$). Deswegen kann die Normalverteilung der Items angenommen werden. Die Berater-Klienten-Beziehung und der eingeschätzte Beratungserfolg korrelieren signifikant ($r = .311$, $p < .05$). Nach Cohen (1988) ist dies eine mittlere Korrelation.

Weiterhin wird die Erwartung an die Beratung in Bezug auf den Beratungserfolg näher beleuchtet. Die dritte Hypothese nimmt an, dass

zwischen der Erwartung an die Beratung und dem eingeschätzten Beratungserfolg ein positiver Zusammenhang besteht. Die deskriptive Auswertung der Variable „Erwartung an die Beratung“, welche durch den PATHEV operationalisiert wurde, zeigt einen Mittelwert von $M = 3.49$ ($SD = .38$; $Min = 1$; $Max = 5$). Das heißt, dass die Klienten die Erwartung an die Beratung mittelmäßig einschätzen. 34 Teilnehmer beantworteten alle Items des PATHEV. Die Mittelwerte der Items werden in der *Abbildung 7* veranschaulicht.

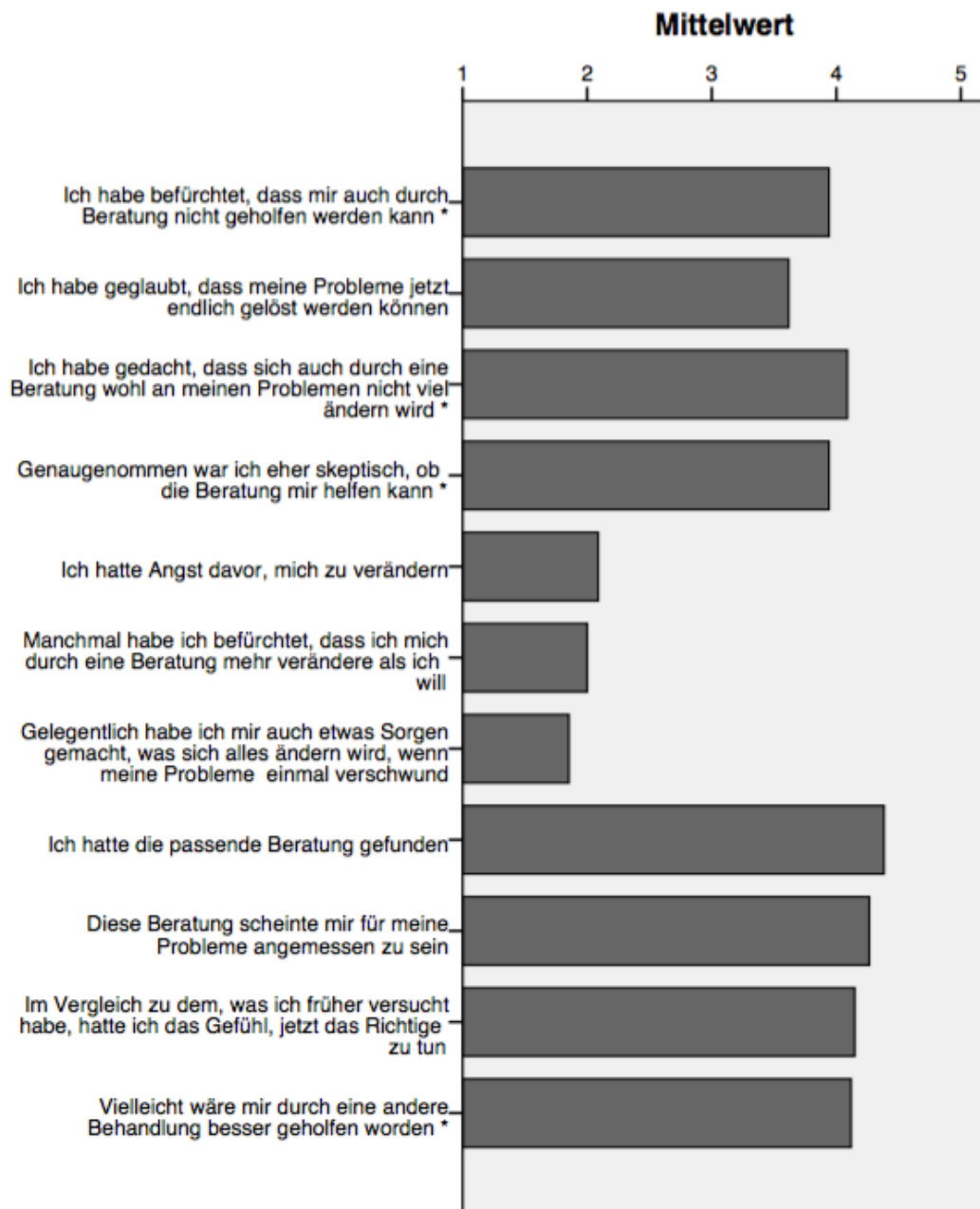


Abbildung 7. Gesamtüberblick zu den Mittelwerten der PATHEV-Items

Die Antwortkategorien gehen von 1 = „stimmt überhaupt nicht“, 2 = „stimmt eher nicht“, 3 = „stimmt zur Hälfte“, 4 = „stimmt weitgehend“, bis 5 = „stimmt vollkommen“, Items mit * wurden für die Auswertung umgepolt.

Auch bei den Variablen des PATHEV ist der Kolmogoroff-Smirnov-Test nicht signifikant ($p > 0.05$), sodass die Variablen normalverteilt sind. Die Variablen „Beratungserwartung“ und „Beratungserfolg“ zeigen eine nicht signifikante geringe Korrelation ($r = .238$; $p = .238$). Der Zusammenhang zwischen Beratungserwartung und Beratungserfolg wird dadurch nicht bestätigt.

Die letzte Hypothese nimmt an, dass Klienten, die angeben ein wiedergeborener Christ zu sein, ihren Beratungserfolg höher einschätzen als Klienten, die sich selbst nicht als wiedergeborenen Christen sehen. Zur Analyse dieser Hypothese wird ein t-Test herangezogen. Zuerst werden die Gruppen (wiedergeborene Christen vs. nicht wiedergeborene Christen) auf Varianzhomogenität mittels des Levene Test geprüft. Der Test liefert einen nicht signifikanten p-Wert ($p = 0.337$), was auf Varianzhomogenität in beiden Gruppen hinweist. Der t-Test für unabhängige Stichproben zeigt keinen signifikanten Unterschied im eingeschätzten Beratungserfolg zwischen Klienten, die angeben wiedergeborene Christen zu sein, und Klienten, die angeben keine wiedergeborene Christen zu sein, $t(30) = 0.56$; $p = .553$. Die Klienten, die angeben ein wiedergeborener Christ zu sein, haben im Mittel einen Gesamtwert im BVB-2000 von 4.91. Die andere Gruppe zeigt einen Mittelwert von 4.78. D.h., dass es einen minimalen, nicht zu beachtenden, Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich des eingeschätzten Beratungserfolges gibt.

5.2. Offene Antworten

Weiterhin wurden von den Probanden drei offene Fragen beantwortet, deren Antworten wörtlich übernommen wurden. Die Angaben der ersten Frage (Welche Beratungskomponente empfanden Sie am wirksamsten?) werden zu den Beratungsmethoden der IPBS-Berater, wie sie im Theorieteil (siehe Punkt 2.6.3) erläutert wurden, zugeordnet (siehe *Tabelle 12*).

Tabelle 12

Beratungskomponenten, die von den Klienten als wirksam empfunden werden

Nr.	Wirksame Beratungskomponenten	Methoden
1	Aufstellungen	Familienkonstellation
2	Das emphatische Verständnis ist die Grundlage um die nachfolgende Herangehensweise erfolgreich zu gestalten. Dinge von einem anderer Standpunkt zu betrachten ist enorm wichtig und hilfreich.	Gesprächsführung
3	Bis jetzt fand ich alle Behandlungskomponenten gleich wirksam.	-

4	Meine tatsächlichen Ziele zu verstehen, den Berater als Stellvertreter des verlorenen Menschen anzusprechen, ansehen der frühkindlichen Erinnerungen.	Lebensstil Frühkindliche Erinnerung
5	Aufschaffung der Vergangenheit. Dadurch wurde mir Bewusst, dass vieles aus der Vergangenheit der Grund ist für meine heutigen Probleme. Überhaupt mit einer neutralen Person über meine Probleme zu sprechen. Christlicher Hintergrund.	Gebetsseelsorge Sonstiges
6	Das Reflektieren mittels der Lebensstilaspekt-Fragen.	Lebensstil
7	Der Blick auf mich selbst.	Lebensstil
8	Aufrichtige Anteilnahme und aktive Unterstützung	Gesprächsführung
9	Verhaltensmuster erkennen und beginnen die Sichtweise zu ändern.	Lebensstil Lebensstilkorrektur
10	Ursachenforschung, Behandlung durch Meditation	Sonstiges
11	Traumaberatung, Ich bin ein Tier/ich bin ein Boot.	Sonstiges, Projektion in Objekte
12	unterschiedliche Ansätze, Einladung des Heiligen Geistes, dass er auch Dinge im Gebet aufzeigt.	Gebetsseelsorge
13	Konkrete Situationen besprechen und analysieren.	Lebensstil
14	Herkunfts familie und Charakterstruktur halfen mir sehr, mich besser kennen zu lernen und mich mit mir zu versöhnen.	Familienkonstellation Charakterstrukturen
15	innere Heilung (inneres Kind), nachfragen z.B. das WOZU!!!, Gebet!!!	Sonstiges Lebensstil Gebetsseelsorge
16	Auf Fragen zu meinen geschilderten Probleme Antworten mit meinen Worten zu suchen und zu geben.	Lebensstil
17	innere Kind-Heilung	Sonstiges
18	Die Gespräche und die damit verbundenen Situationsanalysen wann ich wo wie reagiere und das Aufzeigen von alternativen Handlungsmöglichkeiten.	Gesprächsführung Lebensstil Lebensstilkorrektur
19	Ich konnte einfach mal alles von der Seele reden.	Sonstiges

20	Bis jetzt war für mich am aufschlussreichsten, die Herkunftsfamilie.	Familienkonstellation
21	Die Besinnung auf meine Identität als Kind Gottes.	Gebetsseelsorge
22	Positives sehen, Partner wahrnehmen, Leitbild, Hausaufgaben, christl. Komponente.	Sonstiges Lebensstil Gebetsseelsorge
23	Gefühle und Verhaltensweisen hinterfragen.	Lebensstil
24	Sich in bestimmte Situationen zurückversetzen und aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten.	Lebensstil
25	Das Entdecken der versteckten Ziele.	Lebensstil
26	Gespräch und Analysen meines Verhaltens in bestimmten Situationen.	Lebensstil
27	Die gesamte Behandlung hat mich sehr angesprochen.	-
28	Gesprächsführung, Traumaberatung	Gesprächsführung Sonstiges
29	Mich aussprechen können, gemeinsames Gebet, aufdecken von Lebenssätzen, Feedback aus Supervision der Beraterin.	Sonstiges Gebetsseelsorge Lebensstil

Anmerkung. Sechs Personen haben zu dieser offenen Frage keine Angaben gemacht. Eine Person gab „weiss nicht“ an.

In der folgenden *Tabelle 13* sind die Beratungsmethoden und die Anzahl der Nennungen aufgeführt.

Tabelle 13

Beratungsmethoden und die Anzahl der Nennungen

Beratungsmethode	Anzahl der Nennungen
Lebensstil	14
Lebensstilkorrektur	2
Familienkonstellation	3
Charakterstrukturen	1
Gebetsseelsorge	6

Projektion in Objekte	1
Gesprächsführung	4
Frühkindliche Erinnerung	1
Sontiges	9

Die Antworten zur zweiten Frage: Welche Komponente könnte Ihrer Meinung noch hinzugefügt werden, um den Beratungserfolg zu optimieren? wurden ebenfalls wörtlich übernommen. Die Antworten der Klienten sind in *Tabelle 14* aufgeführt und kategorisiert. Eine tabellarische Übersicht zu den Kategorien zeigt *Tabelle 15*.

Tabelle 14

Beratungskomponenten, die laut Klienten noch hinzugeführt werden können um den Beratungserfolg zu optimieren

Nr.	Beratungskomponenten die Erfolg optimieren würde	Kategorien
1	Keine. Die Behandlung führt bei jedem Thema zu Verständnis und Erkenntnis meinerseits, um daraus mein Verhalten fast schon spielerisch zu ändern ...durch die Erkenntnisse verändert sich nahezu automatisch die Sichtweise, der Blickwinkel dadurch ändert sich auch die Einstellung	-
2	Das weiß ich nicht.	-
3	Keine mir bekannte	-
4	Keine Ahnung	-
5	In meinem speziellen Fall die Traumatherapie.	Beratung um Traumatherapie ergänzen
6	Keine	-
7	weis ich nicht	-
8	Häufigere Termine vorallem am Beginn der Beratung, Termine im 4-Wochenrythmus sind zu lange, anfangs sollte man jede Woche einen Termin bekommen	mehr Sitzungen zu Beratungsbeginn
9	In der Beratungsstunde jeweils den Heiligen Geist einladen und fragen was heute dran ist	Heiligen Geist in Beratung einladen
10	Hilfestellung für Ideen zur Umsetzung im Alltag	Hilfestellung, persönliche Tipps

11	Die Dauer eines Gespräches ist auf 1 1/2 h beschränkt- das empfinde ich immer als zu kurz. Also eine Gesprächsdauer von 2 h wäre für mich idealer.	Längere Sitzungsdauer
12	Manchmal wünschte ich mir persönliche Tipps aber ich habe gelernt dass ich mit Gottes Hilfe auch selbst weiß wann dran ist.	Hilfestellung, persönliche Tipps
13	Das kann ich im Momentanen Anfngerstatus noch zu wenig beurteilen...	-
14	Das Frage/Antwort Muster der individual-Beratung n. Alfred-Adler ist oft ein wenig kompliziert. Vermutlich wird man durch nicht so stark Muster gebundene Fragen eines Psychologen schneller ans Ziel kommen und flexibler dort hin geführt werden können.	Frage/ Antwort Muster in Beratung oft kompliziert
15	weiß momentan nicht	
16	klare verhaltenstherapeutische Zielsetzung und Planung der weiteren Handlungsweise, damit hab ich mich etwas alleingelassen gefühlt	Hilfestellung, persönliche Tipps
17	weiss nicht	-
18	Vielleicht kleine Übungen, um neues Verhalten einzuüben	Hilfestellung, persönliche Tipps
19	Fällt mir im Moment nichts ein.	-
20	Gabe der Erkenntnis von Seiten der Beraterin? Bin nicht sicher, ob es bei meiner Fragestellung darum ging, Verhaltensmuster neu zu trainieren oder ob eine augenblickliche Befreiung durch Schuldbekenntnis und Erlangen von Vergebung hilfreicher gewesen wäre.	Sonstiges

Tabelle 15

Kategorien der Verbesserungsvorschläge und die Anzahl der Nennungen

Verbesserungsvorschläge	Nennungen
Beratung um Traumatherapie ergänzen	1
mehr Sitzungen zu Beratungsbeginn	1
Längere Sitzungsdauer	1
Hilfestellung, persönliche Tipps	4
Heiligen Geist in Beratung einladen	1
Frage/ Antwort Muster in Beratung oft kompliziert	1
Sonstiges	1

Die Angaben der letzten Frage: Welche Kritik haben Sie an der Beratung? wird in *Tabelle 16* dargestellt. Auf Basis der sieben Angaben ist keine Kategoriebildung möglich.

Tabelle 16

Kritik an der Beratung von Seiten der Klienten

Nr. Kritik

1	Das ich sie nicht über meine Krankenkasse angeboten bekomme sondern selber zahlen muss.
2	Manchmal kommen wir erst gegen Ende konkret an verschiedene Problematiken heran (meine Geschichte ist sehr komplex, kompliziert und weitgefächert dadurch dauert es einige zeit, konkrete Problematiken herauszuarbeiten), und dann ist die Beratungszeit schnell zu ende und wir können erst in der nächsten Behandlung am Thema anknüpfen. Das ist manchmal etwas schade.
3	Nur positive, meine Beraterin hat mir gut geholfen. Dies aber nur bis zu einem bestimmten Punkt. Sie erkannte ihre eigenen Grenze, und schickte mich weiter zu einer Trauma-Therapeutin. Dort befinde ich mich noch aktuell in Behandlung.
4	Mir wurde in verschiedenen Bereichen geholfen, das eigentliche Problem aber nicht
5	Sie wirkt manchmal etwas statisch, nach Schema eben.
6	Manchmal ist die Thematik sehr offen stehen geblieben, also schön nun habe ich dies oder jenes erkannt, aber was mache ich fortan damit.
7	Positiv: es ist für mich ein Privileg, an meiner Persönlichkeit arbeiten zu können und dass sich eine Beraterin mir ihre Fähigkeiten und Zeit zur Verfügung stellt.

Anmerkung. 13 Teilnehmer haben explizit geschrieben, dass es keine Kritik gibt. 14 Klienten haben sich zu dieser Frage nicht geäußert.

6 Diskussion und Ausblick

In diesem Abschnitt werden zuerst die Ergebnisse der Datenanalyse diskutiert, sowie auf Kritikpunkte, Verbesserungsvorschläge und auf die als wirksam empfundenen Beratungskomponenten näher eingegangen (Kapitel 6.1). Daraufhin werden die Schwächen und Einschränkungen der eingesetzten Methodik aufgezeigt (Kapitel 6.2). Abschließend werden die Optionen für mögliche Folgeuntersuchungen dargestellt (Kapitel 6.3).

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Zielsetzung dieser Studie ist es, einen ersten Schritt in Richtung eines empirischen Nachweises für die Wirksamkeit der Methoden des ICL's zu machen. Dazu wurde der subjektiv erlebte Beratungserfolg von Seiten der Klienten erhoben und der Zusammenhang einiger ausgewählter Beratungskomponenten mit dem Beratungserfolg getestet. Des Weiteren wurde ein Gruppenvergleich mithilfe eines t-Tests vorgenommen. Die statistischen Analysen zeigen, dass die Klienten durch die Beratung eine subjektive Verbesserung des Befindens erleben. Knapp 70% der Stichprobe bewerten ihr Erleben und Verhalten im Vergleich zum Beratungsbeginn positiv verbessert. Die Klienten machen bei der offenen Frage zur Kritik an der Beratung nur sehr wenige Angaben: 13 Klienten geben an, dass es explizit keine Kritik gibt, was auf eine hohe Zufriedenheit hinweist. Als einzelner Kritikpunkt wurde beispielsweise genannt, dass die Beratung nicht von der Krankenkasse übernommen wird (siehe *Tabelle 16*).

Bei Betrachtung der ausgewählten Beratungskomponenten bestätigt sich zum einen der angenommene positive Zusammenhang zwischen Berater-Klienten-Beziehung und Beratungserfolg. Damit werden bisherige Untersuchungsergebnisse unterstützt. Der Mittelwert aller Items des HAQ's weist eine hohe Zufriedenheit mit der Berater-Klienten-Beziehung auf. Entgegen der Erwartung ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Beratungserfolg sowie zwischen der Erwartung an die Beratung und dem Beratungserfolg.

Mit der letzten Hypothese soll die Besonderheit des ICL's aufgegriffen werden. Das Institut fußt nicht ausschließlich auf der IP sondern auch auf dem christlichen Glauben. Jeder Absolvent des Institutes hat auf mehrfache Art

bestätigt, nach dem christlichen Glauben zu leben. Deswegen erschien es als eine sehr interessante Frage, ob Klienten die auch nach dem christlichen Glauben leben mehr von der Beratung profitieren. Es wurde angenommen, dass wiedergeborene Christen eine bessere Passung zwischen dem Berater und sich als Klienten erleben als Klienten, die nicht dem christlichen Glauben angehören. Diese Annahme hat sich auf Basis des t-Tests nicht bestätigt.

Insgesamt wurden nur wenige Anmerkungen von den Klienten zu Verbesserungsvorschläge bezüglich der Beratung gemacht. Einer der wenigen Verbesserungsvorschläge war z. B. mehr Sitzungen zu Beratungsbeginn und eine längere Sitzungsdauer anzubieten. Es ist allerdings fraglich, ob diese nicht zu einer Überlastung der Klienten führen würde. Außerdem sollte dem Klienten zwischen den Sitzungen ausreichend Zeit zur Selbstreflexion und zur Verarbeitung zur Verfügung stehen, um das in der Beratungssituation Erarbeitete im Alltag umsetzen zu können. Einige Klienten wünschen sich Hilfestellungen und persönliche Tipps, wie z. B. neues Verhalten durch kleine Übungen einzuüben, was sich positiv auf die Umsetzung im Alltag auswirken könnte.

Bei der offenen Frage, welche Beratungsmethoden als wirksam empfunden werden, wurden am häufigsten die Methode des Lebensstils (14 Nennungen) und die Gebetsseelsorge (6 Nennungen) genannt. Dies liefert einen Hinweis darauf, dass der Schwerpunkt der methodischen Vorgehensweise des ICL's als wirksam eingeschätzt wird. Die Kategorie „Sonstiges“ beinhaltet neun Nennungen, die nicht den Einschlusskriterien hinsichtlich der Methode entsprechen. Trotz der expliziten Aufforderung nur genannte Methoden in der Beratung zu verwenden, scheinen manche Berater andere Methoden (z. B. Innere-Kind-Heilung) verwendet zu haben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die meisten Klienten von der Beratung profitieren und das Ausmaß der Berater-Klienten-Beziehung positiv mit dem Beratungserfolg zusammenhängt. Das Alter des Klienten, seine Erwartung, wie auch das Vorhandensein oder nicht Vorhandensein des christlichen Glaubens wirken sich nicht auf den Beratungserfolg aus. Es scheint kein Zusammenhang zwischen diesen Variablen und dem Beratungserfolg zu bestehen.

6.2 Schwächen und Einschränkungen der eingesetzten

Methode

Es können einige Einschränkungen hinsichtlich der Erhebung vermerkt werden, auf die nun näher eingegangen werden soll. Ein möglicher Grund, dass die Hypothesentestung keine signifikanten Ergebnisse erbracht hat, könnte an der kleinen Stichprobe liegen. Die Teststärke beeinflusst die Wahrscheinlichkeit, dass ein Signifikanztest zugunsten der Alternativhypothese ausfällt. Sie ist neben dem Signifikanzniveau und der Effektstärke auch von dem Stichprobenumfang abhängig. Je größer die Stichprobe, desto kleiner ist der Standardfehler und desto höher die Teststärke (Bortz & Döring, 2006). Aufgrund der kleinen Stichprobe in dieser Erhebung liegt somit eine geringe Teststärke vor. Die sehr geringe subjektiv erlebte Verschlechterungen bei den Items fünf und sechs des BVB-2000's, könnte ebenfalls an der geringen Stichprobe liegen. Bei einer größeren Stichprobe ist es wahrscheinlicher, dass diese Verschlechterungen nicht auftreten.

Bei den Ergebnissen hinsichtlich den Variablen Beratungserfolg, Berater-Klienten-Beziehung und Beratungserwartung zeigen sich Deckeneffekte. Dadurch kann es zu Verzerrungen der Zusammenhangsschätzungen kommen. Mögliche Erklärungen für die gefundenen Deckeneffekte sind, dass die Klienten die Beratung privat bezahlen müssen und dadurch bereits in die Beratung investiert haben, was in einem subjektiv besser eingeschätzten Beratungsergebnis münden könnte.

Ein weiterer Stichprobenfehler könnte durch die Selektion der Klienten durch die Berater zustande gekommen sein, trotz der Ermutigung, ihre Klienten konsekutiv in die Studie einzuschließen. Ebenso kann es in der Stichprobe der Berater und Beraterinnen zu Verzerrungen gekommen sein, da wahrscheinlich eher die engagierten Berater und Beraterinnen sich bereit erklärt haben, die Studie zu unterstützen. Ein Berater bzw. eine Beraterin hat trotz Zusage nicht an der Studie teilgenommen. Dies könnte daran gelegen haben, dass sich die Einschlusskriterien der Klienten, aufgrund der Rücksprache mit der Institutsleitung und meiner Betreuerin, nochmals geändert haben.

Zudem haben drei Klienten als Anlass der Beratung, die Eigenreflexion im Rahmen der ICL-Ausbildung angegeben. Diese Klienten sollten in kommenden Studien ausgeschlossen werden, da sie sich bereits entschlossen

haben, die Ausbildung bei ICL zu absolvieren und deswegen eine positive Überzeugung gegenüber dem Beratungskonzept aufzeigen.

Weiterhin beruhen die Daten ausschließlich auf subjektiven Einschätzungen. Empfehlenswert ist in kommenden Untersuchungen weitere Quellen heranzuziehen, um die Validität der Beratungsergebnisse zu erhöhen. Zum Beispiel könnte als weitere Erhebungsquelle der Berater einbezogen werden oder externe Kriterien wie bzw. die Krankheitstage des Klienten. Darüber hinaus ist es wichtig, verschiedene Datenebenen, Untersuchungsverfahren und verschiedene Konstrukte bzw. Funktionsbereiche zu berücksichtigen (Reinecker-Hecht & Baumann, 2005).

6.3 Ausblick

Diese Arbeit soll das ICL sowie andere Ausbildungsinstitute im Beratungssektor motivieren, ihre empirische Wirksamkeit zu belegen. Dadurch soll die Seriosität von Beratungsangeboten fundiert und die Transparenz über die Wirksamkeit der Beratung für die Klienten erhöht werden. Durch den wissenschaftlich empirischen Beleg der Wirksamkeit ist der Vergleich zwischen Beratungsangeboten überhaupt möglich und bildet die Basis eine Kassenzulassung für Beratungsangebote in Zukunft zu ermöglichen.

Zukünftige Untersuchungen im Rahmen von Bachelor- und Masterarbeiten, sowie von Beratungsinstituten, sollten alle Berater und deren Klienten in die Evaluation einschließen, um den Selektionsbias gering zu halten und dadurch ein repräsentatives Ergebnis zu bekommen. Zudem sollte bei einer Replikation darauf geachtet werden, dass die Stichprobe ein Gleichgewicht zwischen männliche und weibliche Klienten sowie Berater aufzeigt. Dies konnte in dieser Studie leider nicht realisiert werden, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse verringert. Ebenso wären mehrere Erhebungszeiträume zur Datenerfassung zu empfehlen z.B. vor Beratungsbeginn, zu Beratungsende und ein Follow-up nach sechs Monaten. Eine multimethodale und multimodale Erhebung würde die Validität des Ergebnisses stärken. Der Einsatz von Kontrollgruppen wäre ebenfalls dringend erforderlich, um den Nutzen der Beratung tatsächlich auf die Beratung zurückführen zu können.

Literaturverzeichnis

- Adler, A., Furtmüller, C., & Wexberg, E. (1922). *Heilen und Bilden: Grundlagen der Erziehungskunst für Ärzte und Pädagogen* (2. Aufl.). München: Verlag von J.F. Bergmann.
- Adler, A. (1927 a). Individualpsychologie und Wissenschaft. *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie*, 5, 401–409.
- Adler, A. (1927 b). Zusammenhänge zwischen Neurose und Witz. *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie*, 5, 94–96.
- Adler, A. (1928 a). Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn. In H.L. Ansbacher & R.F. Antoch (Hrsg.), *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze* (Bd. 1, S. 224-231). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Adler, A. (1928 b). *Nervöse Charakter* (4. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Adler, A. (1930). *Praxis und Theorie der Individualpsychologie: Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer* (4. Aufl.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Adler, A. (1931). Symptomwahl beim Kind. In H.L. Ansbacher & R.F. Antoch (Hrsg.), *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze* (Bd. 2, S. 173-191). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Adler, A. (1932). Technik der Behandlung. In H.L. Ansbacher & R.F. Antoch (Hrsg.), *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze* (Bd. 2, S. 253-262). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Adler, A. (1933). *Der Sinn des Lebens*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Adler, A. (1935). Typologie der Stellungnahmen zu den Lebensproblemen. In H.L. Ansbacher & R.F. Antoch (Hrsg.), *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze* (Bd. 3, S. 70-74). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Adler, A. (1966). *Menschenkenntnis*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Adler, A. (1978). *Lebenskenntnis*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

- Adler, A. (1979). *Wozu leben wir?*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Ansbacher, H. L. & Ansbacher, R. R. (Hrsg.) (2004). *Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften* (5. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bassler, M., Potratz B. & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23-32.
- Bleidick, U. (1959). *Die Individualpsychologie in ihrer Bedeutung für die Pädagogik* (Bd. 4). Mülheim (Ruhr): Verlag I. Setzkorn-Scheifhacken.
- Boeger, A. (2009). *Psychologische Therapie-und Beratungskonzepte: Theorie und Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Brähler, E., & Scheer, J. W. (1995). *Der Gießener Beschwerdebogen* (GBB) (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Brandl, Y., Bruns, G., Hau, S., Janssen, P. L., Kächele, H. & Leichsenring, F. et al. (2004). Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 20 (1), 13-125.
- Bruder-Bezzel, A. (1995). Gibt es eine individualpsychologische Technik? Zur Therapie in der Frühzeit der Individualpsychologie. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 20(4), 259-272.
- Bruder- Bezzel, A. (1999). *Geschichte der Individualpsychologie* (2 Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2012). *BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit, Psychische Erkrankungen und Burnout*. Zugriff am 23.03.2016 unter http://www.bptk.de/uploads/media/20120606_AU-Studie-2012.pdf
- Carroll, L. (1865). *Alice´s adventures in wonderland*. Mineola, New York: Dover.
- Castonguay, L.G. & Grosse Holtforth, M. (2005). Change in Psychotherapy: A Plea for No More „Nonspecific“ and False Dichotomies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 198-201.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis oft he nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 174-183.

- DGB-Index Gute Arbeit (2016). *Arbeiten ohne Ende -Wie verbreitet sind überlange Arbeitszeiten?*. Zugriff am 23.03.2016 unter <http://www.index-gute-arbeit.dgb.de/>
- Duden Online (o.J.). Zugriff am 23.03.2016 unter <http://www.duden.de>
- Dreikurs, R. (2000). Grundbegriffe der Individualpsychologie (9. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dreikurs, R. (1932). Einige wirksame Faktoren in der Psychotherapie. *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie*, 10, 161-176.
- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2013). *Statistik und Forschungsmethoden* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Franke, G. H. (2000). Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90- R). Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Gelso, C.J. & Carter, J.A. (1994). Components of the Psychotherapy Relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306.
- Gelso, C.J. & Carter, J.A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-244.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Gehring, A. & Blaser, A. (1983). *MMPI, Deutsche Kurzform für Handauswertung, Handbuch*. Bern: Huber.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grencavage, L. M. & Norcross J. C.(1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378.
- Gstach, J. (1991). Die psychoanalytische Identität der Individualpsychologie im Spiegel der Literaturangaben individualpsychologischer Autoren. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 16, 39-53.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.

- Heisterkamp, G. (1985). Geschwisterkonstellation. In R. Brunner, R. Kausen & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (2. Aufl., S. 178-180). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hellgardt, H. (1982). Grundbegriffe des individualpsychologischen Menschenbildes. In R. Schmidt (Hrsg.), *Die Individualpsychologie Alfred Adlers* (S. 43-78). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hellgardt, H. (1995). Schöpferische Kraft. In R. Brunner, R. Kausen & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (2. Aufl., S. 416-419). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hellgardt, H. (1985). Überlegenheitskomplex/Überlegenheitsstreben. In R. Brunner, R. Kausen & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (2. Aufl., S. 464-466). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme*. Göttingen: Beltz.
- Horvath, A. O. & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions responsiveness to patients* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C, Flückinger C. & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. In J.C. Norcross(Ed.), *Psychotherapy relationship that work: Evidence-Based Responsiveness* (2nd ed, pp. 25-69). New York: Oxford University Press.
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu?. *Report Psychologie*, 34, 2009.
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 47(8), 736-744.
- Jacob, G. & Bengel, J. (2000). Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48(1), 280-301.
- Jacoby, H. (1974). *Alfred Adlers Individualpsychologie und dialektische Charakterkunde*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

- Kastner, S. & Basler, H.-D. (1997). Messen Veränderungsfragebögen wirklich Veränderungen? *Schmerz*, 11, 254-262.
- Kiresuk, T. I. & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.
- Klar, F.J. & Schleissner, D. (2003). Wirksamkeit individualpsychologisch-psychoanalytischer Psychotherapie: eine Langzeitstudie zur Psychotherapieforschung. PhD thesis, Universität Duisburg-Essen.
- Kretschmer, W.(1985a). Organminderwertigkeit. In R. Brunner, R. Kausen & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (2. Aufl., S. 321-323). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kretschmer, W.(1985b). Minderwertigkeitsgefühl. In R. Brunner, R. Kausen & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (2. Aufl., S. 285-286). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Levitt, J.T., Seligman, D.A., Berman, J.S. & Krause E. D., et al. (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5(4), 455-460.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, K.M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta analytic review. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, 438-450.
- Meyer, F. & Schulte, D. (2002). Zur Validität der Beurteilung des Therapieerfolgs durch Therapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 53-61.
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F. & Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs: Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(2), 94-103.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy Relationships That Work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8.
- Nußbeck, S. (2006). *Einführung in die Beratungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Orlinsky, D. E. (2009). The „Generic Model of Psychotherapy“ After 25 Years: Evolution of a Research-Based Metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319-339.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1984). *A generic model of psychotherapy*. Paper presented at the 1st annual meeting of the society for the exploration of psychotherapy integration (SEPI), Annapolis, MD.
- Pfammatter, M., Junghang, U. M. & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkagoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie*, 17(1), 17-31.
- Pongratz, L.J. (1985). Neurose. In R. Brunner, R. Kausen & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (2. Aufl., S. 309-315). München: Ernst Reinhardt Verlag: München.
- Presslich-Titscher, E. & Datteln W. (1994). Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie und öffentlicher Legitimationsdruck: Eine Stellungnahme aus der Sicht der Österreichischen Individualpsychologie. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 19, 203-213.
- Rechtien (2004). *Beratung. Theorien, Modelle und Methoden* (2. Aufl.). München: Profil.
- Reinecker-Hecht, C. & Baumann, U. (2005). Klinische-psychologische Diagnostik: Allgemeine Gesichtspunkte. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie- Psychotherapie* (3. Aufl., S. 128-146). Bern: Huber.
- Reisner, A. D. (2005). The common factors, empirically validated treatments, and recovery models of therapeutic change. *The Psychological Record*, 55, 377-399.
- Riemand, F. (1979). *Grundformen der Angst: eine tiefenpsychologische Studie*. (14. Aufl.). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Robert-Koch-Institut (2015). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland*. Zugriff am 23.03.2016 unter <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>
- Ruthe, R. (1998). *Typen und Temperamente: die vier Persönlichkeitsstrukturen*. Moers: Brendow-Verlag.

- Sasse, H. (2014). Die DGIP und ihre Stellung im Kreis der psychoanalytisch und beraterisch tätigen Fach- und Berufsgesellschaften. In A. Fuest, F. John, & M. Wenke (Hrsg.), *Handbuch der individualpsychologischen Beratung in Theorie und Praxis* (S. 455-458). Münster: Waxmann Verlag.
- Schmidt, R. (1982) (Hrsg.). *Die Individualpsychologie Alfred Adlers*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, R. (1985). Männliche Protest. In R. Brunner, R. Kausen & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (2. Aufl., S. 271-274). München: Ernst Reinhardt Verlag: München.
- Smith, M.L., Glass, G.V. (1977). Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 176-187.
- Seidenfuß, J. (1985 a). Finalität/Kausalität. In R. Brunner, R. Kausen & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (2. Aufl., S. 136-144). München: Ernst Reinhardt Verlag: München.
- Seidenfuß, J. (1985 b). Gemeinschaftsgefühl. In R. Brunner, R. Kausen & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (2. Aufl., S. 159-165). München: Ernst Reinhardt Verlag: München.
- Stenzel, N. & Berking, M. (2012). Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band II: Therapieverfahren. Lesen, Hören, Lernen im Web* (S. 149-164). Berlin: Springer.
- Stephenson, T. (2011). Die Entwicklung der Individualpsychologie. In B. Rieken, B. Sindelar & T. Stephenson (Hrsg.), *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis: Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft* (S. 31-53). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Stieglitz, R.-D. & Baumann, U. (2001). *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. Stuttgart: Enke.
- Strauß, B. (2001). Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 425-429.

- Studienführer des ICL's (2016). Studienführer Individualpsychologischer Lebens- und Eheberatung (9. Aufl.).
- Titze, M. (1979). *Lebensziele und Lebensstil. Grundzüge der Teleoanalyse nach Alfred Adler*. München: Verlag J. Pfeiffer.
- Titze, M (1985). Krypto-Adlerianer. In R. Brunner, R. Kausen & M. Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (2. Aufl., S. 247-248). München: Ernst Reinhardt Verlag: München.
- Tschuschke, V., Heckrath, C. & Tress, W. (1997). *Zwischen Konfusion und Makulatur: zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wengler, B. (1995). Betrachtungen zu Alfred Adlers Behandlungstechnik. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 20(4), 273-287.
- Wexberg, E. (Hrsg.) (1926). *Handbuch der Individualpsychologie* (2 Bde.). München: Bergmann.
- Wexberg, E. (1974). *Individualpsychologie: eine systematische Darstellung* (2. Aufl.). Stuttgart: Verlag von S. Hirzel.
- Wexberg, E. (1966). Die Psychologische Struktur der Neurose. In E. Wexberg (Hrsg.), *Handbuch der Individualpsychologie* (Bd. 1, S. 419-459). Amsterdam: Bonset.
- Willutzki, U., Ülsmann, D., Veith, A. & Schulte, D. (2013). Direkte Veränderungsmessung in der Psychotherapie: Der Bochumer Veränderungsbogen-2000 (BVB-2000). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 42(4), 256-268.
- Wissenschaftlicher Beirat (2004). *Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen*. Zugriff am 23.03.2016 unter <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.131.132>
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV*. Weinheim: Beltz.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (2001). 22 Jahre wissenschaftliche und klinische Erfahrungen mit dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 53, 3-6.

Anhang

Anhang A: Referenzbogen für den Abschluss

Individualpsychologische/r Berater/in & Seelsorger/in

Antragsteller/in: aus

Referenzgeber/in: aus

Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie den ausgefüllten Referenzbogen uns oder dem/der Beantragenden zurückgeben/zurücksenden würden. Gerne können Sie auch eine formlose Referenz schreiben.

1. Wie lange kennen Sie die oben genannte Person?
2. In welcher Beziehung stehen Sie zu ihm/ihr? (Pfarrer/in, Gemeindeleitung, Jugendgruppenleiter/in, Arbeitgeber/in, Hauskreisleiter/in, anderweitige Personen in Verantwortung)
3. Sind Sie überzeugt, dass er/sie nach biblisch ethischen Werten lebt? Ja/Nein
4. Besucht er/sie eine Gemeinde regelmäßig/unregelmäßig?
5. Arbeitet er/sie in der Gemeinde verbindlich mit?
6. Welche Beziehung hat er/sie zu anderen?
7. Sind Ihnen außergewöhnliche Probleme bekannt? Ja/Nein. In welcher Art?
8. Welche besonderen Fähigkeiten haben Sie beobachtet?
9. Hat er/sie schon seelsorgerliche Aufgaben übernommen? Mit welchem Resultat?
10. Beschreiben Sie seine/ihre Reaktion auf Schwierigkeiten
11. Würden Sie ihn/sie jemandem als Berater/in empfehlen? ja/nein
12. Gibt es weitere Informationen, die Ihrer Meinung nach für uns wichtig sind?

Ort, Datum

Unterschrift

Straße

PLZ/Ort

Mit einem herzlichen Dank für Ihre Mühe und mit freundlichen Grüßen

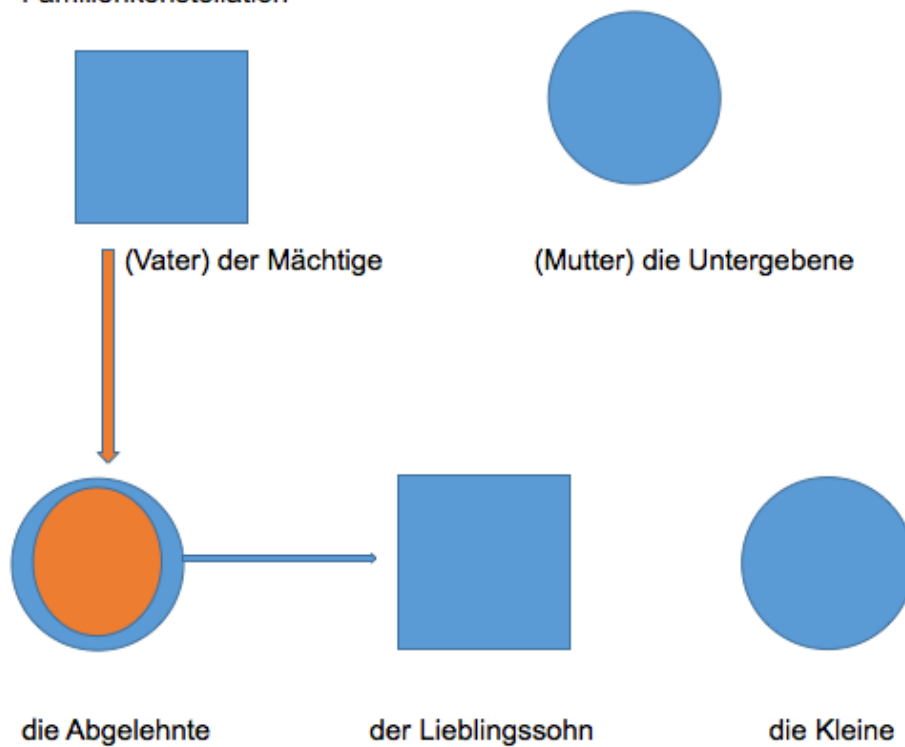
Katharina Schmidt

Institutsleitung Stand 2015

Unterschrift

Anhang B: Familienkonstellation

Familienkonstellation



Erklärung Symbole:

Kreis: weiblich

Quadrat: Männlich

Doppelkreis: Klientin

Roter Pfeil: schlechteste Beziehung

Blauer Pfeil: beste Beziehung

Anhang C: Anschreiben 1

Liebe individualpsychologische BeraterInnen und SeelsorgerInnen,
ich benötige Ihre tatkräftige Unterstützung!

Meine Mutter (Andrea Günther) wird oft auf den Einführungsseminaren nach empirischen Beweisen zur Wirksamkeit der individualpsychologischen Beratung nach der Vorgehensweise des ICL's angesprochen. Obwohl das Institut für christliche Lebens- und Eheberatung schon über 25 Jahre besteht, gibt es ebenso wie in der Individualpsychotherapie, im Vergleich zur Verhaltenstherapie wenige wissenschaftliche Studien, die die Wirksamkeit der Methoden untersucht haben. Deswegen ist dies für mich eine interessante Fragestellung, der ich im Rahmen meiner Masterarbeit in Psychologie gerne nachgehen würde. Untersuchungen zur Wirksamkeit von Methoden könnte folgende Vorteile mit sich bringen, beispielsweise das Ansehen und die Glaubwürdigkeit des Institutes sowie der Beratung könnte gesteigert werden, die Wahrscheinlichkeit der Übernahme der Therapiekosten könnte durch die Krankenkassen erhöht werden und die Diskussionsbasis könnte evidenzbasiert sein. Um dies untersuchen zu können, brauche ich jedoch Ihre engagierte Unterstützung.

Um die Wissenschaftlichkeit der Studie zu wahren, ist es dringend erforderlich, dass möglichst viele IPBSler an der Studie teilnehmen. Diese Unterstützung wird dahingehend benötigt, dass:

- Klienten benötigt werden, die im Beratungsprozess am Anfang stehen und Klienten die bereits die Beratung kürzlich bzw. vor einigen Monaten bis zu einem Jahr abgeschlossen haben.
- nur die Klienten in die Studie eingehen, die strikt nach dem Vorgehen von ICL beraten/therapiert werden (L1-L5, Herkunftsfamilie, Projektion und Träume). Wenn Klienten mit anderen Methoden beraten/therapiert werden, sind diese von der Studie ausgeschlossen.
- Klienten nach vorab festgelegten Intervallen befragt werden (z.B. nach jeder vierten Woche).
- ich die Emailadresse des bereitwilligen Klienten für die Onlineerhebung benötige, um die Anonymität des Klienten und IPBSler zu gewährleisten. Somit sind keine Rückschlüsse auf den Klienten und auf den BeraterIn/SeelsorgerIn möglich.
- um einen Erhebungszeitraum der Klientendaten über einen überschaubaren Zeitraum von ca. 4 Monate zu erzielen.

Aus den oben genannten Gründen bräuchte ich Ihre verbindliche Zusage zur Mitwirkung an der Studie. Des Weiteren ist es für mich wichtig zu wissen, wie viele Ihrer Klienten Sie potenziell für die Studien gewinnen könnten. Um meine Masterarbeit und somit die Studie planen zu können, ist es erforderlich, dass Sie mir diese Informationen per Email bis zum 20. Juni 2015 zukommen lassen (johanna.krucker@web.de).

Wenn Sie noch Fragen, Anregungen oder Bedenken haben, bitte ich Sie mich anzuschreiben bzw. mich telefonisch zu kontaktieren (0151 56056051).

Ich bedanke mich im Voraus für Ihre Mühe. Über Ihre Rückmeldung freue ich mich sehr.

Mit freundlichen Grüßen
Johanna Krucker

Anhang D: Anschreiben 2

Liebe IPBSler,

erstmal herzlichen Dank, dass sich 14 IPBSler bereit erklärt haben diese Studie zu unterstützen.

Nach Rücksprache mit meiner Betreuerin und Katharina Schmidt haben sich folgende Änderungen ergeben:

Es findet eine einmalige Onlineerhebung der Klientendaten statt. Der Fragebogen beinhaltet 52 Fragen und dauert ca. 30 Minuten.

Klienten, die sich mindestens seit drei Monaten in dem Beratungsprozess befinden, sowie Klienten, die den Beratungsprozess abgeschlossen haben, sind für die Studie relevant. Das Beratungsende kann bis zu einem Jahr zurück liegen.

Ich hab Ihnen den Fragebogen im Anhang als PDF-Dokument eingefügt, damit Sie sich einen Überblick über die Fragen verschaffen können.

Damit die Anonymität gewährleistet ist, senden Sie als Berater den Fragebogenlink an Ihre Klienten. Die Klienten öffnen den Link (bitte nicht in Ihrer Anwesenheit) am besten Zuhause und können dann den Fragebogen ausfüllen.

Um eine zuverlässige Einschätzung der Klienten zu dem Beratungserfolg zu erhalten ist es wichtig, dass Sie nicht ausschließlich Klienten ermutigen den Fragebogen auszufüllen, die die Beratung in Ihren Augen "erfolgreich" durchlaufen haben, sondern auch solche, die beispielsweise die Beratung abgebrochen haben oder nicht mit ihrem Endergebnis zufrieden waren. Es ist auf Basis der Klientendaten kein Rückschluss auf einzelne Berater möglich.

In den einzelnen Beratungssitzungen soll das Hauptaugenmerk auf der Finalität liegen. Folgenden Methoden können verwendet werden:

- Ermutigung
- Lebensstil erarbeiten

- Frühkindliche Erinnerungen
- Lebensstilkorrektur
- Familienatmosphäre
- Familien- und Geschwisterkonstellation
- Charakterstrukturen
- Erziehungsfragen
- Gebetsseelsorge
- Projektion in Objekte
- Gesprächsführung nach Carl R. Rogers

In der Beratung werden somit nur die Methoden aus den Pflichtkursen und nicht aus den Wahlseminaren verwendet. Falls andere Methoden in den Beratungssitzungen verwendet werden, sind diese Klienten nicht für die Studie geeignet.

Sie als BeraterInn füllen auch einen kurzen Fragebogen mit vier Fragen aus. Diese Daten dienen allein dazu, Sie als BeraterInnenstichprobe zu beschreiben (z. B. wie lange sind Sie bereits als BeraterInn tätig? Führen Sie die Beratung in Voll- bzw. Teilzeit aus?)

Der Erhebungszeitraum beginnt ab heute und geht bis einschließlich 31. Januar 2016. Das heißt, dass die Klienten den Fragebogen einmalig in diesem Zeitraum ausfüllen müssen.

Um ein wissenschaftlich verwertbares Ergebnis zu erhalten ist es wichtig, dass mindestens 30 verwertbare Datensätze von Klienten vorliegen.

Hier ist der Link zum Fragebogen für Ihre Klienten:

Hier ist der Link zum Fragebogen für Sie als BeraterInnen:

Haben Sie Fragen zu dem Vorgehen? Bitte kontaktieren Sie mich bei Unklarheiten.

Herzlichen Dank für Ihr Mitwirken und viel Erfolg bei der Klientenrekrutierung.

Liebe Grüße
Johanna Krucker

Anhang E: Erhebungsinstrument

Fragebogen für Klienten

Seite 1:

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

herzlichen Dank für Ihre aktive Unterstützung dieser Studie, die im Rahmen meiner Masterarbeit an der Universität Koblenz-Landau stattfindet. Es geht

dabei um Ihre subjektive Einschätzung des Beratungserfolgs und die Untersuchung ausgewählter Wirkfaktoren.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird online erfolgen und etwa 30 Minuten in Anspruch nehmen.

Die Teilnahme an dieser Untersuchung ist selbstverständlich freiwillig.

Ihre Daten werden streng anonym erfasst und ausgewertet. Es ist keine Zuordnung der Daten zu Personen bzw. Beraterinnen/ Beratern möglich.

Bitte antworten Sie möglichst spontan auf die nachfolgenden Fragen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Falls Sie Fragen haben oder an dem Ergebnis der Studie interessiert sind, dann kontaktieren Sie mich gerne unter folgender Emailadresse: guen4191@uni-landau.de

Mit freundlichen Grüßen
Johanna Krucker

Seite 2

Bitte stellen Sie sich nun den Zeitpunkt direkt vor Beginn der Beratung vor.

Überlegen Sie, was Sie zu diesem Zeitpunkt machten und wie Sie sich gefühlt haben.

Überblicken Sie nun den Zeitraum seitdem bis heute.

Prüfen Sie bei den nachfolgenden Aussagen immer, ob sich bei Ihnen innerhalb dieses Zeitraumes, also seit Beginn der Beratung, eine Änderung in die eine oder andere Richtung vollzogen hat. Geben Sie durch Eingabe der entsprechenden Zahl das Ausmaß der Änderung an.

Hier ein Beispiel:

Wenn Sie innerhalb des Zeitraumes keine Änderung erlebt haben, wenn Sie also weder innerlich ruhiger noch unruhiger geworden sind, geben Sie eine "4" ein.

Wenn die Aussage, dass Sie innerlich ruhiger geworden sind, auf Sie voll zutrifft, geben Sie eine "7" ein.

Wenn die Aussage, dass Sie seit Beginn der Beratung innerlich unruhiger geworden sind, voll zutrifft, geben Sie eine "1" ein.

Generell gilt, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

Bearbeiten Sie jede Aussage, auch wenn Sie sich bei einer oder mehreren Aussagen unsicher sein sollten. Wählen Sie die Antwortmöglichkeit, die am ehesten auf Sie zutrifft.

...bin ich innerlich unruhiger geworden.	1 2 3 4 5 6 7	...bin ich innerlich ruhiger geworden.
...bin ich mit mir unzufriedener.	1 2 3 4 5 6 7	...bin ich mit mir zufriedener.
...sehe ich Schwierigkeiten gelassener entgegen.	1 2 3 4 5 6 7	...bin ich angesichts von Schwierigkeiten angespannter.
...fühle ich mich jetzt unsicherer.	1 2 3 4 5 6 7	...fühle ich mich jetzt sicherer.
...fühle ich mich ruhiger, wenn ich an die Zukunft denke.	1 2 3 4 5 6 7	...fühle ich mich unruhiger, wenn ich an die Zukunft denke.
...nehme ich unerwartete Ergebnisse gelassener hin.	1 2 3 4 5 6 7	...nehme ich unerwartete Ereignisse weniger gelassen hin.
...fühle ich mich weniger frei.	1 2 3 4 5 6 7	...fühle ich mich freier.
...bin ich angespannter.	1 2 3 4 5 6 7	...bin ich entspannter.
...fühle ich mich weniger ausgeglichener.	1 2 3 4 5 6 7	...fühle ich mich ausgeglichen.
...kann ich mit den Schwierigkeiten des alltäglichen Lebens schlechter umgehen.	1 2 3 4 5 6 7	...kann ich mit den Schwierigkeiten des alltäglichen Lebens besser umgehen.
...fühle ich mich weniger gehetzt.	1 2 3 4 5 6 7	...fühle ich mich gehetzter.
...habe ich jetzt weniger das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.	1 2 3 4 5 6 7	...habe ich jetzt eher das Gefühl in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.
... hat das Leben für mich an Inhalt verloren.	1 2 3 4 5 6 7	...erscheint mir das Leben sinnvoller.
... habe ich weniger Ausdauer	1 2 3 4 5 6 7	... habe ich mehr Ausdauer.
...gebe ich schneller auf.	1 2 3 4 5 6 7	...gebe ich weniger schnell auf.

...schwanken meine Stimmungen jetzt stärker.	1 2 3 4 5 6 7	...schwanken meine Stimmungen jetzt weniger.
...fühle ich mich stärker isoliert als früher.	1 2 3 4 5 6 7	...fühle ich mich weniger isoliert als früher.
...weiß ich jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll.	1 2 3 4 5 6 7	...weiß ich jetzt oft besser, wie es weitergehen soll.
...komme ich mit mir selbst schlechter aus.	1 2 3 4 5 6 7	...komme ich mit mir selbst besser aus.
...bin ich im Umgang mit anderen Menschen jetzt angespannter.	1 2 3 4 5 6 7	...bin ich im Umgang mit anderen Menschen jetzt ruhiger.
...kann ich jetzt weniger frei sprechen.	1 2 3 4 5 6 7	...kann ich jetzt freier sprechen.
...kann ich mit Personen des anderen Geschlechts schlechter Kontakt aufnehmen.	1 2 3 4 5 6 7	...kann ich mit Personen des anderen Geschlechts besser Kontakt aufnehmen.
...haben meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen abgenommen.	1 2 3 4 5 6 7	...haben meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen zugenommen.
...fühle ich mich im Gespräch mit anderen unsicher.	1 2 3 4 5 6 7	...fühle ich mich im Gespräch mit anderen nicht mehr so unsicherer.
...macht es mich jetzt unsicher, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewusst gibt.	1 2 3 4 5 6 7	...macht es mich nicht mehr so unsicher, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewusst gibt.
...haben meine Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten zugenommen.	1 2 3 4 5 6 7	...haben meine Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten, abgenommen.

Seite 3

Im Folgenden finden Sie sechs Aussagen, die mehr oder weniger auf Sie zutreffen können.

Nehmen Sie zu jeder dieser Aussagen Stellung, indem Sie angeben, in welchem Ausmaß Sie der Aussage zustimmen bzw. ablehnen.

Dazu stehen Ihnen sechs Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: von "sehr unzutreffend" bis zu "sehr zutreffend". Wählen Sie immer die Antwortmöglichkeit, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Wenn Sie sich mitten im Beratungsprozess befinden, dann geben Sie an, wie Sie derzeit die Beziehung zwischen Ihrer Beraterin/ Ihrem Berater wahrnehmen. Haben Sie jedoch den Beratungsprozess schon abgeschlossen, dann beurteilen Sie, wie Sie die Beziehung wahrgenommen haben.

1. Ich glaube, dass meine Beraterin/ mein Berater mir helfen kann.
2. Ich habe das Gefühl, mich auf meine Beraterin/ mein Berater verlassen zu können.
3. Ich habe das Gefühl, dass mich meine Beraterin/ mein Berater versteht.
4. Ich habe das Gefühl, dass meine Beraterin/ mein Berater möchte, dass ich meine Ziele erreiche.
5. Ich habe das Gefühl, dass meine Beraterin/ mein Berater wie auch ich ernsthaft an einem Strang ziehen.
6. Ich glaube, dass meine Beraterin/ mein Berater und ich meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen werden.

Seite 4

Bei den nachfolgenden Aussagen ist es wichtig, dass Sie sich auf den Anfang des Beratungsprozesses konzentrieren. Welche Erwartungen hatten Sie zu diesem Zeitpunkt gegenüber der Beratung? Im Folgenden sollen Sie von "stimmt überhaupt nicht" bis "stimmt vollkommen" Aussagen einschätzen und dadurch Ihre anfängliche Erwartung gegenüber der Beratung aufzeigen.

1. Ich habe befürchtet, dass mir auch durch Beratung nicht geholfen werden kann.
2. Ich habe geglaubt, dass meine Probleme jetzt endlich gelöst werden können.
3. Ich habe gedacht, dass sich auch durch eine Beratung wohl an meinen Problemen nicht viel ändern wird.
4. Genaugenommen war ich eher skeptisch, ob die Beratung mir helfen kann.
5. Ich hatte Angst davor, mich zu verändern.
6. Manchmal habe ich befürchtet, dass ich mich durch eine Beratung mehr verändere als ich will.
7. Gelegentlich habe ich mir auch etwas Sorgen gemacht, was sich alles ändern wird, wenn meine Probleme einmal verschwunden sind.
8. Ich hatte die passende Beratung gefunden.
9. Diese Beratung schien mir für meine Probleme angemessen zu sein.
10. Im Vergleich zu dem, was ich früher versucht habe, hatte ich das Gefühl, jetzt das Richtige zu tun.
11. Vielleicht wäre mir durch eine andere Behandlung besser geholfen worden.

Seite 5

In dem letzten Abschnitt geht es um Ihre persönlichen Angaben und Einschätzungen.

1. Bitte geben Sie im Folgenden an, ob Sie ein wiedergeborener Christ sind beziehungsweise ob Sie kein wiedergeborener Christ sind.

Ja, ich bin ein wiedergeborener Christ.

Nein, ich bin kein wiedergeborener Christ.

2. Bitte tragen Sie hier die Anzahl ein, wie viele Beratungssitzungen Sie bisher hatten.

3. In welchem Stadium der Beratung befinden Sie sich derzeit?

Ich habe die Beratung bereits abgeschlossen.

Ich befinden sich mitten im Beratungsprozess.

Ich haben die Beratung abgebrochen.

4. Was war der Anlass beziehungsweise der Grund, dass Sie die Beratung aufgesucht haben?

5. Welche Beratungskomponente empfanden Sie am wirksamsten?

6. Welche Komponente könnte Ihrer Meinung noch hinzugefügt werden, um den Beratungserfolg zu optimieren?

7. Welche Kritik/ Verbesserungsvorschläge haben Sie an der Beratung?

8. Wie alt sind Sie?

Ich bin ____ Jahre alt.

9. Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich männlich