

Evaluation of OPEN DIALOGUES.....	1
-----------------------------------	---

Evaluation of OPEN DIALOGUES

Helsinki, 9. – 11.1. 2014
Hotel Arthur, Vuorikatu 19

Das Jahr 2014 fängt vielversprechend an. Jedenfalls wenn wir an den Schwung der Bewegung im Umfeld der Entwicklung neuer Initiativen rund um den Open Dialogue denken. Nach einer gewissen "Verschnaufpause" in den zurückliegenden Jahren im Internationalen Netzwerk, deren Mitglieder den Tod des Mitbegründers Tom Andersen als bestimmende Leitfigur im Jahre 2007 zu verkraften hatten und einer langsamen aber stetigen Erholung durch die Beteiligung neuer Gruppen aus Deutschland, USA, Österreich und zuletzt Polen und England gibt es neuen Schwung, der auch die Bereitschaft, sich der wissenschaftlichen Seite der Entwicklung zu stellen, erfasst hat. Viele Jahre – zum Leidwesen von Jaakko Seikkula- hatten sich die Mitglieder des Netzwerkes einer wissenschaftlichen Aufarbeitung verweigert und den Austausch über die Praxis vorgezogen. Nachdem 2013 auf Initiative von Regina Bisikiewicz aus Polen nunmehr 9 Arbeitsgruppen aus 6 Ländern aus dem EU- Leonardo Fund beim Austausch von Erfahrungen im Umsetzen einer neuen Methode finanziell attraktiv unterstützt werden, hat sich aus der Notwendigkeit, das Projekt mit Inhalt und damit Leben zu füllen auch die Möglichkeit eröffnet, einen Anlauf zu unternehmen, über eine wissenschaftliche Evaluation von Prozessen und Ergebnissen, die eigenen Anschauungen und Überzeugungen zu fundieren. Das ist sicher auch begünstigt durch die Tatsache, daß nunmehr mehrere universitäre Einrichtungen an der Entwicklung interessiert sind (Jyväskylä, Tromsø, University of Masschusetts, Ulm, Bristol, Birmingham).

Ca 50 Teilnehmer aus Norwegen, Dänemark, Finnland, Polen, USA, England, Österreich und Deutschland fanden sich bei milden winterlichen Temperaturen und regnerischem Wetter in der finnischen Metropole ein, mit einem Hauch des Anfluges eines "Familientreffens" der üblichen Aktivisten und Engagierten des Internationalen Netzwerkes. **J. Seikkula** hatte die Planung übernommen und ein sehr kompaktes Programm im straffen Zeitplan erarbeitet.

Er selbst eröffnete das Treffen- diesmal in eher traditioneller Weise monologisch- mit einer Einführung zu den Zielen des Treffens und den Besonderheiten, die man bei der Forschung zu Fragen des Open Dialogue zu gewärtigen hat. Vorangestellt war eine kurze Vorstellung der Arbeitsgruppen aus den jeweiligen Ländern.

Er resümierte die für ihn so enttäuschende wissenschaftliche Entwicklung im Netzwerk in den zurückliegenden Jahren, verwies auf den Gegenentwurf der Verhaltenstherapeuten, die sehr früh vielerlei Anstrengungen unternahmen um einen wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit ihrer Behandlungsmethode zu erbringen. Er sieht, mit Leonardo im Hintergrund, eine neue Chance, doch noch einen anderen Weg zu beschreiten. Er bezieht sich auf die Ergebnisse der Studien in West- Lappland, die gezeigt haben, daß es sehr wohl möglich ist, mit vertretbarem Aufwand Praxis und Wissenschaft zu verbinden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Validität der Ergebnisse angezweifelt werden kann, wenn ein System sich selbst erforscht, daß es aber um so wichtiger ist, Ergebnisse anderswo zu replizieren und die Instrumente für eine qualitative und quantitative Messung von Ergebnissen zu entwickeln oder zu verfeinern. Inwieweit man sich den Kriterien der evidenzbasierten Medizin unterwerfen will oder hier eher kritisch bleibt, mag dahingestellt sein.

Er beschreibt 3 verschiedene Bereiche, die man bei der Beschäftigung mit dem Thema im Auge behalten muß:

1. Entwicklung in der Praxis- wie eine Organisation sich auf die Auswertung der eigenen Praxis einstellt.
2. Information von Nutzern, Angehörigen, Verwaltungen, Geldgebern und Politikern
3. Die Wissenschaftsgemeinde

Die besonderen Kennzeichen eine Naturalistischen Designs:

- Was passiert in der tatsächlichen Umgebung? Wie sehen die üblichen realen Prozesse aus, wie gestalten sie sich?
- Keine laborähnliche Situation herstellen
- Besondere Beachtung der externen Validität- Einbeziehung der Nutzer
- Das Design der Studie muß den Kontext und die Methode berücksichtigen
- Es bietet sich ein "Mix" aus qualitativen und quantitativen Methoden an.

Übliche Themen sind :

- Verlaufsstudien
- Vergleich von einzelnen Fällen
- Betrachtung besonders schlechter oder besonders guter einzelner Verläufe
- Statistische Auswertung der gesammelten Verläufe/ Fälle

Es gibt einen Spannungsbogen zwischen beschreibenden und erklärenden Verfahren
Die Variablen des Behandlungsprozesses müssen bedürfnisangepaßt erfasst und beurteilt werden.

Beurteilung von Sitzungsergebnissen und therapeutischer Allianz/ Beziehung

Die Ergebnisvariablen sind die gleichen wie in anderen Formen

Katamnestic Interviews als "lernende Form"

Herausforderung: Wie gestalte ich die Vergleichbarkeit

Wie handhabe ich etwas wie Einzigartigkeit?

Dann trat **Jukka Aaltonen** auf und sprach über sein Thema der Bedeutung von Vertrauen und sozialem Kapital für die Verlaufsforschung.

Eine Grundfrage sei die Herausforderung, ab wann sollte im Verlauf einer Krise die Intervention beginnen und diese Frage hänge mit dem Komplex des Vertrauens und der sozialen Gleichheit untrennbar zusammen.

Warum muß es der open Dialogue- und nicht etwas anderes- sein?

Er beschreibt ein Dilemma des psychisch erkrankten Menschen, was darin läge daß er selbst seiner Wirksamkeit dadurch enthoben sei, daß er keinem anderen mehr helfen könne, nicht mehr nützlich, also wertlos sei. Grundsätzlich müßte auch er/ sie sich wieder als jemand erfahren, der etwas zurückgeben könne.

Eine Behandlung ohne Vertrauen wäre unmöglich, aber wie kann das erworben werden, wenn doch eigentlich von ihm erwartet wird zu vertrauen, bevor er die Erfahrung gemacht habe, dass es tatsächlich möglich sei.

Es gäbe eine

- transaktionale Ebene
- einen Möglichkeitsraum
- basales Vertrauen

- Sinn für Kohärenz, Teilhabe am Leben (grip of life)

Hier zeige sich die Frage des sozialen Kapitals, die Frage der Multiplicität und die Frage nach starken oder schwachen Bindungen

Und wieder die Frage: Wofür Open Dialogue?

Er zitiert Martha Nussbaum: Es gehe um die Stärkung menschlichen Könnens, Vermögens, als Ziel von Therapie.

Und es gehe darum dieses menschliche Vermögen(basic trust) zu fördern, wenn es/er verloren gegangen ist

Der nächste Tagesordnungspunkt wird von den **Dänen** bestritten, allen voran Jaana Castella und Bjarne Vind- Sørensen, die die Situation in Dänemark beschreiben. Dort gebe es seit 15 Jahren eine Bewegung um den Open Dialogue herum, der in verschiedenen Regionen praktiziert würde und in einem 2- Jahreskurs gelehrt wird. Als Dilemma ihrer Situation wird die 2- Teilung des Finanzierungssystems beschrieben, da die Krankenhäuser von der Region bezahlt und gesteuert werden, während ambulante Behandlung/ Betreuung Aufgabe der Kommunen sei. Während die Gesundheitspolitik der Regionen relativ rückständig und biologisch sei, gäbe es ein programmatisches Papier der Kommunen, in denen Open Dialogue als Behandlungsprinzip ausdrücklich angestrebt wird, weshalb für sie die Lage sehr günstig wäre und eine Ausweitung bevorstünde.

5 Gemeinden hätten sich zu einem Forschungsprojekt bereit erklärt , in dem auch eine Evaluation vorgesehen ist. Es gibt auch eine Expertengruppe die sich eine Manualisierung des Vorgehens vorgenommen hat.

Das DODN (Danish Open Dialogue Network) besteht aus 5 Zentren, die nach OD behandeln und in die auch die Universitäten von Århus und Roskilde einbezogen sind, was zu einer vielversprechenden Ausgangslage beitrage.

Probleme der tatsächlichen Situation sind damit umrissen, dass es schwer zu bestimmen sei, ob tatsächlich überall nach den "7 Prinzipien" behandelt würde, wobei jedes Prinzip durch 2 -5 Marker verdeutlicht werden sollte. Für

Abweichungen müsste plädiert werden, hier soll eine Manualisierung erfolgen, die aber besonders schwierig in Bezug auf Toleranz von Unsicherheit und Dialogizität sei.

Pernille Jensen und Niels Aagaard(Danish Institute for Social research SFI) berichten von einer Studie mit gemischter Methodik zu folgenden Fragen:

- Wer wird mit OD behandelt
- Wem hilft die Methode
- Was sind hilfreiche Elemente der Methode

Durchführung erfolgt durch eine Studie an 20 Fällen, die über 3 Jahre verfolgt werden. Dazu gehöre eine Analyse des Kontextes bezogen auf leitende Institutionen und Personen (Struktur, Kenntnis, Unterstützung, Teilhabe, Entwicklung, Delegation) Merkmale der beteiligten Organisationen (Werte, Kultur, Kommunikation, Flexibilität)

Da im Zeitalter der Technik fast alles möglich ist, wurde eine transatlantische Skype-Konferenz eingerichtet, die **Mary Olson** und ihren Chef **Doug Zidonis**, beide an der University of Massachusetts in Boston, USA auf der Leinwand vor dem Publikum visualisierte und das auch noch gleichzeitig, echt abgefahren. Die beiden trugen in ihrer amerikanisch glatten Art und Weise, von allen Selbstzweifeln befreit und doch immer wieder auf "uns" als wirkliche Experten im Raum zurückweisend, ihre Vorstellungen von den sog Fidelity- Scales , Check- Listen zur Frage, was alles zur Therapieform des

Open Dialogue gehört und was eine Organisation vorweisen muß, die von sich sagt, nach diesem Prinzip zu arbeiten. Das sind dann 12 Elemente, die sie zusammen mit Jaakko aus ihren Erfahrungen- trotz aller Einzigartigkeit jeder Sitzung- herausgefiltert hat. Sie sollen auch Grundlage für die weiteren Forschungen z.B. Auswertung der Video- Tapes, sein. Hier handelt es sich um folgende Merkmale:

- Es müssen 2 oder mehr Therapeuten im Raum sein um Reflektionen zu ermöglichen
- Teilnahme von Familien- oder Netzwerkangehörigen
- Initiale offene Frage
- Beantworten der Klienten durch den Gebrauch ihrer Worte/Sprache, zuhören ohne eigene Absicht, und das Zulassen von Schweigepausen
- Betonung des gegenwärtigen Moments
- Förderung der inneren und äußeren Vielstimmigkeit
- Reagieren auf/Beantworten der vorgebrachten Probleme oder Verhalten als bedeutungsvoll in normalisierender Art und Weise sowie unter Beachtung der möglichen Einzigartigkeit des Ergebnisses
- Einen Schwerpunkt auf die Beziehungen zwischen den Teilnehmern legen (zirkuläre Fragen)
- Die Betonung der Narrative, Geschichten, Konstruktionen anstatt der Symptome
- Reflektionen des Teams am Ende der Sitzung, Antworten der Teilnehmer ermöglichen.
- Selber transparent , berechenbar, verlässlich bleiben
- Nonverbale Einstimmung, Joining

Dazu gab es Fragen z.B.

- hinsichtlich des Haltungsmerkmals der Toleranz von Unsicherheit, die nicht explicit genannt wurde mit der Anforderung, die Expertenrolle aufzugeben oder auch der Bedeutung der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Netzwerk
- inwieweit nicht die Frage nach der nächsten Sitzung in welcher Zusammensetzung am Ende dazugehöre.

Im zweiten Abschnitt(am nächsten Tag) ging es um die Qualitätsmerkmale der Institution

- Stand des Wissens und Anwendung des ODA Ansatzes in der Institution
- Struktur des Behandlungsprogramms
- Milieu im Behandlungssetting
- Klinische Dokumentation der Fertigkeiten im Zusammenhang mit der Nicht(mehr) Expertenrolle, dem Gleichheitsgesichtspunkt, und dem vielfachen Dialog, (Checklisten geprüft)
- Dokumentation der Treffen im Behandlungsplan(?) und der Treffen sowie anderweitiger Behandlung
- Betrachtung des "Patientenflusses?" oder -weges unter Beachtung der Kontinuität innerhalb der Behandlung und der Weiterbehandlung in der Gemeinde
- Gezielte Rückmeldung/ Feedback durch Patienten und Familien/- Netzwerkmitglieder
- Eine Liste der verschiedenen Behandlungsformen in der Einrichtung/ Gemeinde
- Teambildung
- Schulung
(näheres s. Abzüge und Folien)

Ich verstehe das als Anregung, sich mit der Frage einer Qualifizierung oder gar Zertifizierung zu beschäftigen. Es kann auch der Auseinandersetzung oder einer Diskussion wenn nicht einem Dialog zugrunde gelegt werden, um sich über etwas wie einen Kern des Verfahrens im Sinne unverzichtbarer oder minimaler Voraussetzungen im Netzwerk zu verständigen.

Aus England, hier Leeds, berichtet **Val Jackson** Familientherapeutin mit Netzwerk und Familienorientierung i.S. des Open Dialogue (www.developingopendialogue.co.uk), die zusammen mit Nick Putnam Workshops mit den Kollegen aus Tornio organisiert, berichtet von ihrer Arbeit im Rahmen von Frühintervention (EIP) und early network response (ENR). Es besteht ein enger Kontakt zu Intentional Peer Support (IPS www.intentionalpeersupport.com) hinsichtlich Zusammenarbeit und Ausbildung (Ähneln sehr den Grundprinzipien des Open Dialogue)

Sie arbeiten dort in einem CBT dominierten Gebiet, und die Versorgung der ambulanten bzw. Der stationären Patienten erfolgt getrennt voneinander.

Es erfolgt eine Evaluation von 2 Verläufen ohne Einsatz von Neuroleptika, ein Familienmitglied wird mindestens eingeschlossen, bei mittlerem Gesamtrisiko.

Sie benutzen folgende Instrumente: SCORE- family relations EFTA, SWEMWBS social well being scale, Star/ activity, Sofa/ relations mit einem Leitfadens zu Hoffnung und Plänen.

Dann sind es **Pablo Sadler** (Mental Health Medical Director, City of NY) und **Kim Hopper** (Medical Anthropologist, Columbia U, School of Public Health, NY), die über die Situation in New York, speziell das Parachute Project sprechen.

Es gäbe eine starke Nutzerbewegung, die eine Entwicklung mit prägen. Und insbesondere nach Alternativen zur vollstationären Behandlung suche. Begünstigt seien Veränderungen durch Obamacare, einen Erneuerungsfond der Bundesregierung und die Medicaid – Reform in New York. Dabei erwähnt Pablo auch die auftauchenden Probleme, die durch die besondere Organisation zusammen mit Nutzern erwachse. (Z.B. Bezahlung, wem "gehört" die Reformentwicklung- Autorenschaft, Veränderungsresistenz uam.)

Forschung und Implementation sollen aber von Anfang an zusammen gedacht und gemacht werden. Durch zeitnahe Dokumentation, Erkennen von Kernelementen der Veränderung, Quantifizierung mithilfe gemischter Methoden (mixed methods) der Evaluation von Prozessen und Ergebnissen. (s.a. Interimreport Implementation Analysis of Parachute NYC)

Asko Tolvanen, Statistiker der Universität Jyväskylä gab sich Mühe uns vorzumachen, wie die statistischen "Nüsse" von Wachstumskurvenanalysen, latenten Wachstumsmodellen und Multilevel Modelling geknackt werden könnten.

Danach referierte **Reinhold Kilian**, LKH Günzburg und Uni Ulm über die Möglichkeiten z. B. Empowerment zu messen. Dazu warf er Fragen auf wie: Was ist mit empowerment gemeint? Wie kann man dazu ein Ergebnis messen? Welche Theorie liegt dem Konstrukt zugrunde? Worin besteht die Verbindung zwischen Aktion und Ergebnis bei empowerment? Er legte das Konzept der erlernten Hilflosigkeit dar (Martin E.P. Seligman) sprach von der Bedeutung der Persönlichkeitszüge (personal traits) und lieferte eine Definition von Rapaport zum Empowerment: Die Kontrolle im eigenen Leben zurückgewinnen. Die andere Seite bestünde in der erlernten Hilflosigkeit, die dann die Basis für eine Depression werden kann. Psychiatrie mißachte die Kompetenzen der Patienten systematisch, was dann in der Behandlung in einen Teufelskreis münde. Er bezieht sich auf Faktoren, die auf Rogers zurückgehen und Paarungen bilden wie
-Selbstwert - Selbstwirksamkeit
-Energie – Energielosigkeit

- Aktivität in der Gemeinde – Autonomie
- Optimismus- Kontrolle über Zukünftiges
- Rechtmäßiger Zorn.

Hierfür gäbe es seine gute Validität, allerdings fehle in diesem Konstrukt soetwas wie das Alltagsleben, die sozialen Beziehungen und Teilhabe an Behandlungsformen. Er stellt eine neue Skala vor angelehnt an HoNOS und WHOQOL-Bref, die auf Unterschiede zwischen Stadt und Land hin untersucht werden muß. Dazu gibt es Fokusgruppen, in denen Antworten auf Fragen gesucht warden wie: Wie wirkt sich empowerment auf Einflußmöglichkeiten und Kontrolle im Leben aus? Wie nehmen sie das Leben wieder in die eigene Hand? Was bedeutet empowerment für Sie ?

Er stellt die Dimensionen des EPOQ

- Selbstwert im Alltagsleben (Neu) (Geld, tägliche Aufgaben, Beruf, Haushalt etc.)
- Hoffnung und Selbstwirksamkeit
- Beziehungen/ Sexualität
- Berufsleben
- Elternschaft
- Teilnahme an Behandlung(neu)

EPAS: weitere neue Form, angepaßt an unterschiedliche Populationen (z.B. Eltern)

Mihał Kłapczinski aus Breslau hatte zusammen mit Bogdan de Barbaro aus Krakow einen Forschungsbeitrag aus Polen vorbereitet, der sich mit der Evaluation von Training befasst. Dazu bat er alle Teilnehmer, die auch unterrichten, nach Vorne und stellte Ihnen die Frage, was sie als Ergebnis ihrer Bemühungen in den Kursen erwarten. Eine glänzende Idee, selbst wenn die Frage nicht so einfach zu beantworten ist und die möglichen Antworten schwankten zwischen der nüchternen Erwartung, am Ende eines Grundkurses die Teilnehmer in der Lage zu sehen, ein Netzwerktreffen zu moderieren und dem Wunsch, die Teilnehmer möchten die Herausforderung der persönlichen Entwicklung und Reifung angenommen haben, um sich die Themen, die zum Open Dialogue gehören, zu eigen zu machen.

Hypothesen zu möglichen Parametern :

Sensibilität

Dialogische Fähigkeiten

Toleranz von Unsicherheit

diese könnten für effektive Veränderung sorgen

- 1.Und woher weiß der Trainer, ob die Gruppe das Ziel erreicht hat? Einer "sieht" es, andere merken es an den Fragen, oder wenn sie anfangen mit Hometreatment,, große Unterschiede in Gruppen)
2. und welche Fähigkeiten sollen entwickelt werden?
3. Werden am Ende neue Fähigkeiten erworben?
4. Was für eine Veränderung (Metamorphose) wird vom Teilnehmer erwartet und wenn ja, wie könnte sie gemessen werden?

Nachmittags fanden dann einzelne Arbeitsgruppen statt, die am nächsten Morgen ihre Ergebnisse vortrugen:

1. AG Horizon 2020

Fragen zur möglichen Finanzierung von Forschung durch EU

Es steht Geld zur Verfügung für die Entwicklung und neuer Modelle und den Vergleich zwischen sicheren, effizienten, präventiv ausgerichteten Strategien im Gesundheits- und Hilfesystem. Teilnehmer mind 3 versch. EU- Länder. Dabei sei Verschiedenheit erwünscht, die Beziehung zur Hilfsorganisation soll teil der Projektabsichten sein. Wenn möglich, sollten auch Auswirkungen über das Projekt hinaus erfaßt werden.

Forschung als:

- Prozeßorientiert (action oriented)
- Verlaufsindikatoren
- Langzeiteffekte

2. Ergebnisvariable und ihre Messung

Aus Perspektive der Politik, Geldgeber:

- Krankenhauseinweisungen
- Lebensqualität
- Empowerment
- BPRS

Aus "unserer" Perspektive:

- Narrative von Recovery- Prozessen durch Open Dialogue- Verfahren
- Veränderungen an den Professionellen

Was machen wir aktuell gerade?

- Definitionen finden von :Was ist OD, was verstehen wir darunter?
- Weiter benennen, was wir gerade machen.
- Was passiert, wenn wir das Versprechen auf Beteuung nicht weiter einlösen können?

Thema Vertrauen:

- Patienten haben üblicherweise mehr Vertrauen ins System
- Professionelle müßten lernen auf den Prozeß ihrer Klienten zu vertrauen, dazu brauchen sie den Mut, abzuwarten , um nicht zu schnell Vorschläge zu unterbreiten

Wir sollten uns darüber im Klaren sein, was für Ergebnisse für den Klienten wichtig sind, was dafür spricht, sie an der Planung zu beteiligen.

3. Training und Forschung

Wichtig: intensive Fallstudien hinsichtlich des unterschiedlichen outcome (gut-schlecht)

Das wichtigste passiert in den ersten 5 Minuten

Risikoabschätzung im Dialog

Videoanalysen

Zum Thema Vertrauen:

Welche Vorerfahrungen spielen eine Rolle

Wie erhebe ich etwas wie eine "baseline" ?

Wie läßt sich Vertrauen entwickeln und messen?

Wann nehmen Klienten Kontakt mit dem Hilfesystem auf?

Inwieweit läßt sich peer-group involvieren?

Weiterhin: Wie kann die Implementierung forschend begleitet werden?

Wie läßt sich eine Veränderung der professionellen Haltung messen?

4. AG Was ist Open Dialogue : Definition

Bleibt es bei 12 Kernelementen oder 7 Prinzipien?

Für ein Manual wäre zu klären:

- Gibt es Prinzipien oder Elemente?
- Beschreibung dessen, was es bedeutet (OD)
- Was ist an dahinterliegender Theorie wichtig?
- Beispiel: wenn es "aufgeführt" wird, was bedeutet es?
- Gibt es seine formalisierte "Gebrauchsanweisung" oder "Beschreibung" für die Patienten?
- Evaluation eines solchen Instrumentes
- Evaluation durch die Nutzer?
- Rückmeldung an Überweiser- Forscher?
- Reliabilitäts-/ Validitätsmessung?

Zusammenfassung:

Es hat sich um ein , im Vergleich mit den üblichen Sitzungen im Netzwerk, völlig anderes Treffen gehandelt. Es gab ein fertiges Programm, an das sich gehalten wurde und auf seine Art durchaus anregend und ergiebig war, auf der anderen Seite war nicht zu überhören, daß über weite Strecken vielfach monologisiert wurde und für mich die Frage auftauchte, inwieweit damit ein Schritt zurück hinter Erreichtes gemacht wird oder ob Übereinstimmung darin besteht, daß für Forschung in der beschriebenen Art ein solches Vorgehen akzeptierter oder gar effizienter ist.

Mir kam auch die Idee, ob es gut wäre, unsere Philosophen einzuladen , um ihre Meinung dazu zu hören.

Inhaltlich scheint ja der Kern, um den die Überlegungen kreisen, in den Vorarbeiten von Mary Olson und Doug Zidonis zu liegen, was dann gemeinsam durchgearbeitet werden muß, um zu einer Einschätzung zu kommen, inwieweit es doch noch fruchtbarer sein könnte, wenn man zuläßt, daß es seine US- amerikanische, eine englische, finnische, deutsche oder polnische Version von ODA geben wird und man es den

Ländern überläßt, wie die dort jeweils aktiven Mitglieder sich selbst verstehen, wenn sie bereit sind sich unter dem "Dach" von Open Dialogue zu treffen.

Vor kurzem sah ich einen Beitrag über die Entwicklung der Logotherapie weltweit und mit eben der Frage, ob es sich tatsächlich festlegen ließe, was "Logotherapie" im Kern sei.

Das Beforschen des eigenen Handelns bleibt etwas Unersetzliches, und müßte das nicht immer im Lichte dessen geschehen, was wir schon wissen? Hat uns nicht die Psychotherapieforschung gelehrt, daß es die Person ist und keinesfalls die Methode? Glauben wir den wirklich, daß es bei uns anders sein würde? Also müßten wir uns folgerichtig mindestens ebenso auf die Person des Moderators konzentrieren, wie wir seinen Prozeß unterstützen können, der dann wieder (meßbare? Auswirkungen zeigen könnte.

Letzte Korrekturen 22.3.14

