

Sylvia Keil, Jürgen Kroemer, Brigitte Pelinka, Johanna Swoboda

Entwurf für ein Handlungsmodell zur ethischen Reflexion in der Klientenzentrierten Psychotherapie

Erstveröffentlichung in „PERSON“ 2/2012

Abstract:

Psychotherapeutisches Handeln enthält immer eine ethische Dimension. Diese wird jedoch außerhalb von speziellen Dilemma-Situationen kaum reflektiert. Ethik-Kodizes, Supervision und die in der Ausbildung erfahrene und gelernte klientenzentrierte Haltung sensibilisieren für ethische Probleme. Dies reicht aber nicht aus, Praktiker und Praktikerinnen in ihrem Anliegen zu unterstützen, berufliches Handeln nach allgemein-ethischen Kriterien zu überprüfen. Auf Basis des *begründungsorientierten, ethischen Kohärentismus* wird ein Modell vorgestellt, mit dessen Hilfe die ethische Reflexion von komplexen Praxissituationen strukturiert werden kann. In Form einer Matrix berücksichtigt das Modell auf den horizontalen Achsen persönliche, klientenzentriert-ethische, empirisch-fachliche und allgemein-ethische Bereiche. Auf den vertikalen Achsen leitet die Matrix dazu an, implizite Normen, Werte und Prinzipien, die aus den genannten Bereichen abgeleitet werden, zu explizieren. Als Indikator für eine moralisch richtige Entscheidung wird ein *felt shift* betrachtet, der durch den Reflexionsprozess entlang der Matrix ausgelöst wird. Ein zusätzliches Qualitätskriterium wird dann erfüllt, wenn sich die Handlungsoptionen, die sich aus dem *felt shift* heraus ergeben, mit Normen und Werten nachvollziehbar begründen lassen.

Schlüsselwörter: Ethik, Kohärentismus, professionelles Handeln

Abstract:

Psychotherapeutic action always contains an ethical dimension. However, this is hardly reflected outside of specific dilemma situations. Codes of ethics, supervision and the client-centered attitude experienced and learned during apprenticeship sensitize to ethical issues.

This is hardly enough to support practitioners in their request to review professional conduct by general ethical criteria. Based on the *justification-oriented, ethical coherentism* a model is presented that shows how ethical reflection of complex practical situations can be structured.

In matrix form on the horizontal axes, the model takes into account the personal, client-centered, ethical, empirical professional and general ethical areas. The vertical axes of the matrix allow to expatiate on implicit norms, values and principles, which are derived from the above areas. The felt shift, which is caused by the reflection process along the matrix, is considered an indicator of a morally correct decision. An additional quality criterion is met if the options for action arising from the felt shift are in comprehensible accord to standards and values.

Keywords: ethics, coherentism, professional action

Immer wieder gibt es Nachrichten, die das Ausmaß der moralischen Verantwortung von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erschreckend eindrücklich ins Bewusstsein rufen, wie z.B. eine solche: „... Der 17-Jährige, der laut Staatsanwaltschaft in psychiatrisch-psychologischer Behandlung stand, soll seinen Schulkameraden mit 20 Messerstichen getötet haben, anschließend unternahm er einen Selbstmordversuch.“¹ Wer möchte hier Behandler oder Behandlerin gewesen sein? Auch wenn in einem solchen Fall überhaupt keine Kunstfehler vorliegen, drängen sich belastende Fragen, Schuldgefühle und Selbstzweifel auf. Wir hoffen zwar, dass solche dramatischen Verläufe Einzelfälle bleiben, sie weisen aber auf die Problematik der moralischen Verantwortlichkeit in der Psychotherapie hin, die weit über die Einhaltung von rechtlichen Vorschriften oder berufsethischen Richtlinien hinausreicht.

Wir wollen in diesem Artikel den spezifischen Problemen nachgehen, die auftreten, wenn wir den Anspruch an uns stellen, in der Psychotherapie ethisch kompetent zu handeln. Dies setzt eine Auseinandersetzung mit dem Begriff „Ethische Kompetenz in der Klientenzentrierten Psychotherapie“ voraus. Es stellen sich die Fragen: Woran erkennen wir, dass wir ethisch kompetent gehandelt haben? Was müssen wir tun, um ethische Kompetenz in der Psychotherapie qualifiziert umzusetzen?

Ziel dieses Artikels ist, einen Entwurf für ein Handlungsmodell vorzulegen und zur Diskussion zu stellen, das bei der Umsetzung von ethisch-verantwortlichem Handeln in der Klientenzentrierten Psychotherapie und Supervision helfen soll. Es ist ein Entwurf, den wir vor dem Hintergrund unserer praktischen Erfahrungen in intensiven Diskussionen in der Ethik-Kommission der ÖGwG entwickelt haben.

Einleitend folgt eine kritische Analyse der Ausgangssituation, um darzustellen, auf welchen Überlegungen das vorgestellte Modell aufbaut.

1 Analyse der Ausgangssituation

Wir gehen davon aus, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den meisten Situationen ethisch kompetent handeln. Sie tun dies jedoch, ohne speziell auf die ethische Dimension des Handelns zu achten. Sie machen ihre „Arbeit“. Als Klientenzentrierte Therapeutinnen und Therapeuten konzentrieren sie sich auf das empathische Verstehen. Sie reflektieren ihr Erleben in der Beziehung vor dem Hintergrund des Klientenzentrierten Theoriemodells und von Gendlins Experiencing-Konzept. Aus ihrer Resonanz heraus kreieren sie Interventionen, die für den Prozess hilfreich erscheinen.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit erfüllen sie damit gleichzeitig auch die ethischen Ansprüche an die Profession. Denn das Klientenzentrierte Konzept enthält selbst anspruchsvolle Moralprinzipien, wie z.B. das *need for positive regard* oder die therapeutische Beziehungsqualität. Es inkludiert - wie Leijssen (2003) feststellt - die wichtigsten Qualitäten, wie Respekt, Mitgefühl, Integrität und Vertrauenswürdigkeit. Die konsequente Orientierung am klientenzentrierten Menschenbild scheint daher jede ethische Reflexion darüber hinaus abzudecken. Nur relativ selten – in Ausnahmesituationen – werden Probleme als spezifisch-ethische identifiziert. Wenn beispielsweise die Frage auftritt, wie beim Vorlegen eines ausführlichen Therapieplanes gegenüber der Krankenkasse die Verschwiegenheitspflicht eingehalten werden kann. Es handelt sich in der Regel um ethische Dilemma-Situationen, für die Lösungen gesucht werden, meist indem Supervision genommen wird oder Anfragen an eine Ethik-Kommission gestellt werden. Psychotherapeutisches Handeln enthält aber immer – nicht nur im Ausnahmefall - *auch* eine ethische Dimension, für deren kontinuierliche Reflexion in der gegenwärtigen Praxis noch zu wenig Konzepte zur Verfügung stehen.

1.1 Fehler, Schäden und Verantwortung

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen gehören neben Ärzten bzw. Ärztinnen oder Priestern und Priesterinnen zu der Berufsgruppe, von der in unserer Gesellschaft wohl die höchste ethische Kompetenz erwartet wird. Werden ihnen doch intime Bedürfnisse und Probleme anvertraut in der Hoffnung, Hilfe zu bekommen. Menschen haben oft einen jahrelangen Entscheidungsprozess hinter sich, bevor sie bereit sind, psychotherapeutische Hilfe anzunehmen. Denn die therapeutische Beziehungskonstellation erfordert von den Hilfesuchenden die Bereitschaft, in einem verletzlichen Bereich ihrer Persönlichkeit Macht abzugeben, der aufgesuchten Person einen Vertrauensvorschuss entgegenzubringen und sich in eine emotionale Abhängigkeit zu begeben. Oftmals fühlen sich Menschen erst durch extremen Leidensdruck oder Krisen gezwungen, psychotherapeutische Hilfe zu suchen und sind auch von daher in ihren Selbstbestimmungsfähigkeiten eingeschränkt.

Aus dieser Beziehungssituation, in der wir grundsätzlich davon ausgehen müssen, dass Klienten und Klientinnen oftmals nicht sagen können, wenn wir ihnen schaden, ergibt sich ein hoher moralischer Anspruch (vgl. Holzbecher & Wittrahm, 2008). Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sind verantwortlich für den therapeutischen Prozess, in

1 Österreich-Chronik: Mord an Mitschüler: Opfer hatte Abwehrverletzungen, derStandard.at 25. 10. 2011

den sie selbst als Person mit ihren Stärken und Schwächen involviert sind. Von dieser Verantwortung können sie sich nicht lossagen, auch nicht mit dem Verweis auf die Expertenschaft von Klienten und Klientinnen, die „selbst am besten wissen, wo der Schuh drückt“ (Rogers, 1961/1976, S. 27). In der direkten Arbeit mit den Klienten und Klientinnen ist dies eine wichtige emanzipatorische Einstellung. Sie sollte jedoch nicht das Faktum der Verantwortlichkeit verdecken, das mit der Übernahme der Funktion als Therapeut oder Therapeutin einhergeht.

Wer jedoch Verantwortung übernimmt in einem komplexen Beziehungsprozess wie Psychotherapie, kann auch Fehler machen. Er oder sie kann im Nachhinein feststellen, dass sein oder ihr Handeln nicht „richtig“ oder „schlecht“ war. Oder – was viel häufiger der Fall ist – er oder sie wird oft handeln müssen ohne Sicherheit, jetzt „richtig“ zu handeln. Damit ist ein hohes Schadensrisiko gegeben, das wir emotional in der täglichen Arbeit wohl ausblenden müssen. Immerhin beantworten aber 70% von insgesamt 102 befragten Gesprächspsychotherapeuten und -therapeutinnen die Frage: „Können PatientInnen durch GT Schaden nehmen?“ mit „Ja“ (Frohburg, 2002, S. 80).

Wir erkennen daher ein Spannungsfeld zwischen der notwendigen professionellen Verantwortlichkeit auf der einen Seite und der Unmöglichkeit auf der anderen Seite, im therapeutischen Beziehungsgeschehen zu jedem Moment mit Sicherheit zu wissen, was das fachlich und moralisch gute und richtige Handeln ist. Wir haben es hier mit einer der vielen Paradoxien zu tun, die generell mit professionellem Handeln einhergehen. Schütze (1992) beschreibt sechs Paradoxien, die professionelles Handeln bestimmen, unabhängig davon, ob es sich um eine medizinische, juristische, psychologische oder pädagogische Profession handelt:

- Prognosen nur auf schwankender empirischer Basis möglich
- Geduldiges Zuwarten versus sofortiger Intervention
- Professionelles Mehrwissen versus Aufklärungspflicht
- Ordnungs- und Sicherheitsaspekte versus Entscheidungsfreiheit der Klienten und Klientinnen
- Biografische Ganzheitlichkeit versus Notwendigkeit rascher Intervention
- Gefahr der Entmündigung durch Hilfe

In der Psychotherapie, insbesondere der Klientenzentrierten Psychotherapie, kommt eine weitere Paradoxie hinzu, die in obigen Dimensionen noch nicht inkludiert erscheint. Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen müssen sich im professionellen Rahmen auf einen - situativ adäquaten - intensiven persönlichen Beziehungsprozess einlassen, um hilfreich zu sein (vgl. Swildens, 1991, S. 52ff). Wie kann jedoch in einer persönlichen, echten und intensiven Beziehung dennoch der professionelle Anspruch auf ethisch bzw. moralisch korrektes Handeln aufrecht erhalten werden?

Die Studie der Donau-Universität Krems über „Risiken, Nebenwirkungen und Schäden in der Psychotherapie“ (vgl. Leitner et al., 2012) kommt zum Schluss, dass es in Psychotherapien sehr wohl unerwünschte Wirkungen, Fehler, aber auch Schäden gibt, die mit dem allgemeinen Risikopotential in Psychotherapien zusammenhängen (vgl. Enk, 2010). Die Studie unterscheidet das Risikopotential hinsichtlich Strukturqualität (Setting, Ausbildung, Persönlichkeit der Therapeuten und Therapeutinnen), Prozessqualität (Beziehung, therapeutischer Prozess) und Ergebnisqualität.

Werden Risiken nicht gut bewältigt, kann dies zu Fehlern führen. Fehler-Machen bedeutet aber noch nicht, dass auch Schaden entsteht. Denn entscheidend ist, wie Patienten bzw. Patientinnen und Therapeuten bzw. Therapeutinnen mit dem Fehler umgehen. Erst der weitere Umgang mit dem Fehler führt zu schädlichen, aber in vielen Fällen auch zu nützlichen Therapieprozessen. Ob es zur positiven oder negativen Wirkung kommt, hängt vom Faktor des Problembewusstseins, der Reflexionsbereitschaft sowie der Besprechbarkeit ab. „Wenn ein Fehler nicht bemerkt oder reflektiert wird, ist seine Integration in den Prozess nicht möglich, die Gefahr für einen Schaden und das Wiederholungsrisiko erhöhen sich“ (Enk, 2010, S. 4). Fehler-Machen ist demnach zum Unterschied von eindeutigen Regelübertretungen im Sinn des Berufskodexes per se noch kein Widerspruch zur Berufsethik.

Wir befürchten jedoch, dass die Grenzen zwischen dem unvermeidlichen Fehlermanagement in Psychotherapien und dem Auftreten von gravierenden Regelübertretungen fließend sind. Denn solche treten in den meisten Fällen nicht plötzlich auf, sondern resultieren bzw. eskalieren aus Einstellungen, Haltungen, Beziehungsdynamiken, diagnostischen Fehleinschätzungen oder dem Einsatz von belastenden Methoden und Praktiken, die den betroffenen Klienten bzw. Klientinnen und Therapeuten und Therapeutinnen noch nicht als ethisch problematisch bewusst sind.

1.2 Gegenwärtige Richtlinien und Praktiken

Die Psychotherapie-Aus- und -Fortbildungen bereiten zwar auf den verantwortlichen Beruf vor, in der Praxis sind wir jedoch alleine mit den Patienten und Patientinnen. Auch regelmäßige Supervision kann unser Handeln nicht kontrollieren. Denn es hängt von den Einzelnen ab, welche Fallsituationen sie in die Supervision einbringen. Des Weiteren müssen Supervisoren bzw. Supervisorinnen auf die psychische Verletzlichkeit der Therapeuten und Therapeutinnen Rücksicht nehmen, was offene Kritik bzw. offene Auseinandersetzung mit der Kritik verhindern kann (vgl. Auckenthaler, 1995). Ein supervisorischer Hinweis auf ethisch problematisches Handeln bekommt außerdem leicht den Charakter einer Maßregelung, wenn nicht entsprechende Reflexionshilfen zur Verfügung stehen.

Wir dürfen also auch als Klientenzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen nicht sicher sein, dass Selbsterfahrung,

Lehrtherapie, Ausbildung und Supervision vor ethisch problematischem Handeln schützen.

Die Richtlinien aus dem Berufskodex und gesetzliche Bestimmungen geben nur bedingt Handlungssicherheit. Sie stecken zwar generelle Rahmenbedingungen ab, es hängt jedoch von unserer Kompetenz ab, wann und wie wir diese Richtlinien nach eigenverantwortlicher Güterabwägung in der konkreten Situation umsetzen. Oftmals stehen wir vor Problemsituationen, die von diesen Richtlinien und Vorschriften noch gar nicht berührt sind. In anderen Fällen – etwa in Krisensituationen oder im Umgang mit persönlichkeitsgestörten Patienten und Patientinnen – kann eine strenge Auslegung der Regeln den Therapieprozess behindern.

In der Präambel des Berufskodexes wird extra darauf hingewiesen, dass die Umsetzung von Richtlinien noch keine „ethische Kompetenz“ bewirke: „Die Tatsache, dass sich ethisch verantwortungsvolles Handeln durch Gesetze und Richtlinien letztlich nicht bewirken lässt, steht nicht im Widerspruch dazu, dass Auseinandersetzung, Verständigung und Vereinbarung über verbindliche Gesichtspunkte ethisch verantwortlichen professionellen Verhaltens in konkreten Fragen sinnvoll und notwendig sind.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 3) Der Berufskodex in der derzeitigen Fassung muss daher als aktuelles Resultat der ethischen Reflexion der gesamten Berufsgruppe begriffen und respektiert werden. Er erspart jedoch keineswegs die eigenständige Auseinandersetzung mit der ethischen Dimension psychotherapeutischen Handelns.

Wie kann nun ethische Kompetenz erworben werden? Genügt die Selbsterfahrung im Rahmen von Ausbildung und Supervision, wie es der Feststellung von Leijssen (2003) zu entnehmen ist? "Selbsterkenntnis und Selbstrespekt sorgen für einen besseren Schutz vor unethischen Verhaltensweisen als die vollständigste und detaillierteste Regelaufstellung jemals wird erreichen können" (ebd., S. 96). Dem ist entgegenzuhalten, dass professionelles Handeln generell – nicht nur in der Psychotherapie – eigenständige Problemlösungskompetenz erfordert und von daher niemals durch das Befolgen von „Regelaufstellungen“ durchgeführt werden kann. Nur über kontinuierliche Reflexion *vor, während* und *nach* der Handlung sind theoretische Konzepte zur Bewältigung von Problemstellungen in der Praxis umsetzbar (vgl. Schön, 1983). Dennoch sind Konzepte wichtig, die bei der reflexiven Arbeitsweise zur Orientierung dienen.

Wir meinen daher, dass in der Klientenzentrierten Psychotherapie über berufsethisches Wissen, Selbsterkenntnis und Selbstrespekt hinaus spezifische Konzepte zum Erwerb der ethischen Kompetenz erarbeitet werden müssen. Die bisherigen Ansätze dazu greifen unseres Erachtens zu kurz. So geht aus einschlägigen Veröffentlichungen hervor, dass die Reflexion von Fallskizzen in Aus- und Fortbildungsveranstaltungen – ohne persönliche Betroffenheit und Handlungsdruck - die ethische Sensibilität für die Praxis erhöhen soll (Arnold et al., 2006). Nach dem Problemlösungsansatz von Eberlein (1987, zit. in Arnold 2006) sollen Fallvignetten entlang folgender Fragen analysiert werden:

1. „Welche Handlungsalternative(n) stehen in der beschriebenen Situation zur Auswahl?
2. Welche Personen bzw. Personengruppen sind von Konsequenzen betroffen, die diese Handlungsweisen nach sich ziehen?
3. In welcher Weise könnten Rechte dieser Personen durch die Entscheidung für oder gegen diese Handlungsalternativen beeinträchtigt werden?
4. Welche Handlungsalternative(n) halten Sie aufgrund dieser Überlegungen unter ethischen Gesichtspunkten für gerechtfertigt?
5. Unter welchen Umständen würden Sie Ihre Entscheidung revidieren und eine andere Handlungsalternative für angemessener halten?“ (ebd., S. 56)

Die Reflexion von Fallsituationen nach diesem Schema schult sicherlich das Problembewusstsein für ethische Aspekte in der Praxis. Problembewusstsein allein fördert aber kaum die Handlungssicherheit, die gerade in der Praxis besonders vonnöten ist, wenn unter oft intensiver persönlicher Betroffenheit und Rechtfertigungsdruck gehandelt werden muss (vgl. Arnold 2006, S. 57). Wenn Holzbecher (2006) meint, dass es außer der Schulung zu erhöhter Sensibilität keine generellen Handlungsrichtlinien geben kann, drückt sie damit eine gängige Überzeugung innerhalb der klientenzentrierten Community aus:

„Hilfreich wäre es an dieser Stelle, wenn allgemeingültige Regeln und 'Gebrauchsanleitungen' für therapeutische Kontakte erstellt und vermittelt werden könnten. Doch ebenso wenig, wie es eine Rezeptur für das Gelingen von Ehen und Partnerschaften gibt, auch wenn dies in den populärwissenschaftlichen Ratgebern immer wieder versprochen wird, lassen sich therapeutische, professionelle Beziehungen in starre Verhaltensgerüste pressen. Und diejenigen, die dies dennoch versuchen, begeben sich in Gefahr, im Bemühen um die Verhinderung von Grenzverletzungen ebensolche zu produzieren, indem der Beziehung ein künstlicher Rahmen aufgezwungen wird, bei dem nicht das Gegenüber mit seinen Empfindungen im Mittelpunkt der Erkundung steht, sondern die Struktur den Kontakt bestimmt“ (ebd., S. 40).

Es mag jedoch genau dieser Mangel an praxistauglichen, flexiblen Konzepten sein, der unserer Beobachtung nach dazu führt, dass das Thema Ethik als „Querschnittsmaterie“ in der Ausbildung trotz all der Aufforderungen durch Ethik-Kommissionen in den letzten 20 Jahren nach wie vor zu kurz kommt. Denn bislang fehlt im Rahmen der

Klientenzentrierten Psychotherapie ein geeignetes Handlungsmodell, das hilft, die ethische Dimension unseres Handelns kontinuierlich zu reflektieren. Im Folgenden soll daher der theoretische Rahmen für so ein Reflexionsmodell dargestellt werden.

2 Der theoretische Rahmen des Handlungsmodells zur ethischen Reflexion

Die Begriffe Ethik und Moral werden im Alltag oft synonym verwendet. Im wissenschaftlichen Diskurs ist es jedoch üblich, die Begriffe zu differenzieren. Während Ethik die Theorien der Moral umfasst, bezeichnet Moral die subjektiven, konkreten Werthaltungen und Regeln von Menschen und Gesellschaften unabhängig davon, ob und wie sie sich wissenschaftlich erklären oder begründen lassen (zur differenzierten Begriffsklärung vgl. Düwell, Hübenthal & Werner 2011 oder Pieper 2007).

Als Teilgebiet der Philosophie untersucht Ethik menschliches Handeln, Gewohnheiten und Sitten. Im Gegensatz zu einer rein empirischen Wissenschaft, beschäftigt sie sich mit der Problematik, dass empirische Sachverhalte und Prozesse auf leidensfähige Wesen (Menschen und Tiere) wirken, d.h. Wohlbefinden oder eben auch Leiden verursachen können. Ethik bezieht sich auf die Fähigkeit von vernunftbegabten Wesen, Entscheidungen zu treffen bzw. das eigene Handeln zu reflektieren und zu steuern. Denn solche Entscheidungen können für sich selbst mehr oder weniger „gut“ sein (*deontologische Ethik*), sie können aber auch mehr oder weniger „gut“ sein hinsichtlich der Auswirkungen und Folgen (*teleologische Ethik*). Desgleichen befasst sich Ethik mit der Problematik, dass Haltungen und Handlungsleitlinien, die bereits als „gut“ erkannt wurden, in komplexen Praxissituationen gelebt werden sollen. Konkrete Handlungen können daher danach beurteilt werden, ob sie auch „moralisch richtig“ umgesetzt werden. Ethik hat also immer mit den Kardinalfragen zu tun: Was ist ein „gutes“ Leben? Welches Handeln ist angesichts einer Situation moralisch gut/schlecht bzw. welches Handeln ist moralisch falsch/richtig?

Die *deskriptive* Ethik beschreibt, wie Werturteile zu Stande kommen, insbesondere aus welchen theoretischen Hintergründen Werturteile gebildet werden und wie diese begründet werden können. Die *normative* Ethik setzt sich zum Ziel, Prinzipien, Werte und Maximen der Moral sowie allgemein gültige Normen und Standards auf Basis von philosophischer Untersuchung festzulegen. Demnach lassen sich verschiedene Ethiken nach deren höchsten Moralprinzipien unterscheiden. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien hier exemplarisch einige Ansätze angeführt:

- Pflichtethik: Würde als oberster Wert, kategorische Imperative (Kant)
- Utilitarismus: Nutzenmaximierung als oberstes moralisches Ziel (Bentham)
- Diskursethik: moralische Urteile sollen im Diskurs gefällt werden (Habermas)
- Wertethik: allgemein-gültige Werte können über Wertfühlen erschlossen werden (Scheler)
- Pragmatismus: Reflexion soll zur klaren Überzeugung/zur Beruhigung in der Praxis führen (Dewey)
- Care-Ethik: Fürsorge-Prinzip (Gilligan)

Die *angewandte* Ethik versucht allgemein gültige ethische Werte und Normen für bestimmte Bereiche zu erarbeiten, z.B. Technik, Medizin, Wirtschaft etc.

2.1 Berufsethik und Klientenzentrierter Ansatz

Eine Bereichsethik hat immer zum Ziel, das Handeln und das Arbeitsfeld der Berufsgruppe unter allgemein ethischen Moralprinzipien zu analysieren und Richtlinien und Standards für typische Problemsituationen zu entwickeln. Denn nicht alles, was fachlich oder technisch möglich ist, wird auch als ethisch gut betrachtet, denken wir etwa an die Debatten im Bereich Gentechnik oder Atomkraft. Hier berufen sich alle Kontrahenten darauf, etwas Gutes für die Menschheit zu intendieren. Es stellt sich also das Problem, dass sich wegen des hohen Abstraktionsgrades die meisten, auch gegenteiligen Standpunkte jeweils mit obersten Moralprinzipien rechtfertigen lassen.

Berufsethiken orientieren sich daher in der Regel nicht an einem höchsten Moralprinzip, sondern sie favorisieren einen Theorienpluralismus, indem sie aus den vorhandenen philosophischen Moralsystemen pragmatisch-selektiv Prinzipien auswählen. So benennt die Prinzipienethik (principlism) von Beauchamp und Childress (2009) für den Bereich der Biomedizin „Prinzipien der mittleren Ebene und Reichweite“ und verzichtet auf eine Letztbegründung. Die auch für die Psychotherapie relevanten Maximen *Autonomie*, *Nicht-Schaden*, *Nutzenvermehrung*, *Gerechtigkeit* werden in der Prinzipienethik gleichrangig behandelt und müssen für den Einzelfall abgewogen und gewichtet werden. Allfällige weitere Regeln, wie z.B. die Verschwiegenheitspflicht oder die Aufklärungspflicht, können bzw. sollen aus den vier Prinzipien abgeleitet werden (vgl. Wiesing & Marckmann 2011, S. 275).

Eine Berufsethik für die Klientenzentrierte Psychotherapie hat jedoch zu berücksichtigen, dass das Klientenzentrierte Konzept mit seiner „*way of being*“ bereits selbst – in der Terminologie der Moralphilosophie ausgedrückt – ein Moralsystem darstellt, dem sich Klientenzentrierte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen verpflichtet fühlen. Wozu also brauchen wir überhaupt ein spezifisches Handlungsmodell für die Reflexion ethischer Probleme? Genügen nicht die Handlungsmodelle und Standards, die schon bisher für die Umsetzung des abstrakt-formulierten

Therapiemodells in der Praxis entwickelt wurden, z.B. die Hermeneutische Empathie (Keil, 1997), die störungsspezifischen Ansätze (Binder, 1991), oder die vielfältigen methodischen Explikationen z.B. bei Finke (2005) und Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz (2003)? Lässt sich die ethische Beurteilung unseres Handelns nicht einfach daran messen, mit welcher Fachkenntnis, Sorgfalt und Achtsamkeit die Orientierung und Reflexion nach dem Klientenzentrierten Modell erfolgt?

Demgegenüber ist festzuhalten, dass das Klientenzentrierte Konzept allein noch keine Psychotherapie darstellt, so betont Wood (1996):

The person-centered approach is not a psychology, a psychotherapy, a philosophy, a school, a movement nor many other things frequently imagined. It is merely what its name suggests, an **approach**. It is a psychological posture, a way of being, from which one confronts a situation².

(Wood, 1996, S. 163)

Wir machen Psychotherapie mit einer klientenzentrierten *Haltung*, die Durchführung einer Psychotherapie verlangt jedoch zusätzliches Wissen und Können (vgl. Keil, 2002). Zu diesen zusätzlichen Kenntnissen gehört auch die Fähigkeit, das eigene Handeln unter allgemein gültigen ethischen Werten und Normen zu überprüfen und gegebenenfalls rechtfertigen zu können. Eine spezifisch klientenzentrierte Berufsethik hat also in einem ersten Schritt die Moralprinzipien des Klientenzentrierten Konzepts sowie die damit verbundenen Normen deutlich zu machen. In einem zweiten Schritt sollte ein Bezug zu moralphilosophischen Konzepten hergestellt werden. Dies gerade deshalb, um spezifisch klientenzentrierte, ethische Positionen gegenüber schulfremden Richtlinien abzusichern. Dies ist gerade bei Beschwerdefällen wichtig.

Die Interpretation von dem, was eine ethisch korrekte, klientenzentrierte Vorgehensweise ist, soll nicht externer Beurteilung überlassen werden.

Des Weiteren ist zu bedenken, dass auch eine sorgfältige Umsetzung des Klientenzentrierten Konzepts häufig mit Unsicherheiten einhergeht, Unsicherheiten, die immer auch eine ethische Dimension enthalten. Diese ethischen Dimensionen sollen bewusst gemacht werden. Für den Umgang mit den erkannten Wert- und Norm-Konflikten braucht es spezifische Konzepte.

Außerdem gibt es bezüglich der korrekten Umsetzung auch zwischen Klientenzentrierten Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen kontroverse Interpretationen, z.B. ob körperliche Berührungen in der Therapie stattfinden dürfen, welche Methoden integriert werden dürfen, aber auch hinsichtlich der Gestaltung der Rahmenbedingungen, wie Therapiedauer und Bezahlungsmodalitäten. Diese Unklarheiten sind vom ethischen Aspekt her bedenklich. Besonders deutlich manifestiert sich die Schwierigkeit im Beschwerdefall: Um vor einer Ethikkommission oder einem Schiedsgericht ein Verfahren unter rechtsstaatlichen Bedingungen grundrechtskonform durchführen zu können, ist die Bezugnahme auf konkrete und allgemein bekannte ethische Kriterien unabdingbar. Es gilt das Prinzip: Keine Strafe ohne Gesetz (EMRK, Art. 7) und das Recht auf ein faires Verfahren (EMRK, Art.6)³.

Die ethische Begründung klientenzentrierter Praxis ist aber auch für die Weiterentwicklung des Klientenzentrierten Ansatzes selbst von Interesse. Denn die radikale Subjektivität als Markenzeichen Klientenzentrierter Psychotherapie stellt einen hohen Wert dar. Viele kreative und entscheidende, therapeutische Anstöße tauchen spontan aus dem aktuellen Erleben in der Beziehung auf und weichen gelegentlich von üblichen Handlungsmustern ab. Alle kennen in solchen Situationen die bange Frage: „Bin ich noch klientenzentriert?“ Praktiker und Praktikerinnen brauchen dann ein Instrumentarium, mit dem sie ihre Handlungen auch unter ethischen Gesichtspunkten überprüfen können. Damit jedoch bei der radikal subjektiven Praxis nicht der Eindruck der Beliebigkeit entsteht, ist es gleichzeitig notwendig, nach außen hin auszuweisen und nachvollziehbar darzustellen, wie sich im Rahmen der Klientenzentrierten Psychotherapie konkrete Vorgehensweisen nach allgemein gültigen ethischen Kriterien überprüfen lassen.

Ein Handlungsmodell zur ethischen Reflexion sollte daher nicht nur auf Kriterien Bezug nehmen, die dem Theorierahmen des Klientenzentrierten Konzepts entnommen sind, sondern auch Kriterien berücksichtigen, die an allgemein-psychotherapeutische und ethische Diskurse anschließen. Auf der Suche nach einem solchen philosophischen Rahmenkonzept, das mit klientenzentrierten Werthaltungen kompatibel ist und das der Komplexität psychotherapeutischer Problemsituationen Rechnung trägt, sind wir auf den *begründungsorientierten Kohärentismus* gestoßen, der im folgenden Kapitel erklärt wird.

2 „Der Person-zentrierte Ansatz ist weder eine Psychologie, noch eine Psychotherapie, noch eine Philosophie, noch eine Schule, noch eine Bewegung, noch vieles anderes, was gelegentlich behauptet wird. Er ist lediglich das, was sein Name sagt, ein Ansatz. Er ist eine psychologische Einstellung, eine Seins-Weise, mit der man an eine Situation herangeht“ (Übers. d. Verf.).

3 Die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK). Verfügbar unter <http://conventions.coe.int/Treaty/ger/Treaties/Html/005.htm> [1.2.2014]

2.2 Begründungsorientierter Kohärentismus als normativ-ethische Basis

Der *begründungsorientierte Kohärentismus* wird als einer von vielen Ansätzen dem *ethischen Kohärentismus* zugeordnet. Diese moralphilosophische Theorie sieht zum Unterschied von anderen (z.B. Kantianismus oder Wertethik) ihre Begründungsaufgabe nicht mehr darin, *letztgültige normative Fundamente* festzulegen, aus denen dann sämtliche moralische Urteile und Normen abgeleitet werden. Vielmehr soll das, was „gut“ und „richtig“ ist, am konsistenten argumentativen *Zusammenhang* (d.h. an der *Kohärenz*) gemessen werden, in dem moralische aber auch nicht-moralische (fachliche oder empirische) Überzeugungen in der ethischen Beurteilung einer bestimmten Situation verknüpft werden.

Die konzeptuellen Wurzeln des *ethischen Kohärentismus* gehen auf den Pragmatismus, insbesondere bei John Dewey, zurück (vgl. Badura, 2011). Von daher lassen sich Bezüge zum Klientenzentrierten Ansatz herstellen. Rogers wurde von Dewey indirekt via Kilpatrick beeinflusst, der im Studium sein Lehrer war und ihn in seiner Maxime bestärkte: „Erfahrung ist die höchste Autorität“ (Rogers, 1961/1976, S. 39). Ein moderner Vertreter des *Kohärentismus* ist John Rawls (1971), der im Rahmen seiner *Theory of Justice* das Konzept des „Überlegungsgleichgewichts“ (reflective equilibrium) eingeführt hat.

Den Ausführungen von Badura (2011, S. 200) ist zu entnehmen, dass dieses Konzept nicht nur für die Beurteilung von Gerechtigkeitsfragen herangezogen werden kann, sondern generell eine Anleitung für den Umgang mit ethischen Praxisproblemen darstellt. Mit der Methode des *reflective equilibrium* können situationsadäquate moralische Urteile gefällt werden, indem versucht wird, ein Gleichgewicht zwischen intuitiven Alltagsurteilen, Ableitungen aus empirischen Erkenntnissen und allgemein-anerkannten Moralprinzipien herzustellen. Wie ein Seiltänzer, der ebenfalls kontinuierlich sein Gleichgewicht austariert, sollen auch praktikable moralische Urteile immer wieder durch neu hinzukommende Informationen modifiziert werden.

Auf diese Weise zustande gekommene Urteile sind nicht beliebig. Denn subjektive Urteile müssen begründet werden und systematisch mit objektiven Sachverhalten und allgemein anerkannten Moralprinzipien in einen logisch-konsistenten Zusammenhang gebracht werden. Der *begründungsorientierte Kohärentismus* überwindet auf diese Weise die Spaltung zwischen Ethik und Empirie und berücksichtigt damit die enge Verflechtung zwischen ethischer und fachlicher Dimension in Praxiskontexten.

Normativen Prinzipien, Standards und Regeln kommt in diesem Prozess der Urteils- und Entscheidungsfindung keine höherrangige Bedeutung zu. Sie sollen lediglich die Sensibilität für den Problemzusammenhang erhöhen. „A moral principle, then, is not a command to act or forbear acting in a given way: it is a tool for analyzing a special situation in its entirety and not by the rule as such“ (Dewey 1996/1908, zit. in Badura 2011, S. 202).

Die ethische Qualität einer individuellen und situativen Entscheidung ist demnach im *begründungsorientierten Kohärentismus* umso höher, je dichter die logisch-konsistente Einbettung der Entscheidung im Gesamtzusammenhang von relevanten Sachverhalten und anerkannten Normen, Standards und Werten erklärt werden kann. Der *Kohärentismus* erscheint als Basis für unser Handlungsmodell besonders geeignet, weil er der Subjektivität einen ebenbürtigen Platz bei der moralischen Beurteilung einräumt und außerdem die Prozesshaftigkeit von Entscheidungen im Rahmen von Psychotherapie berücksichtigt. Es sei jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich „kohärentistische Begründungen dem Einwand ausgesetzt [sehen], dass die Verbindlichkeit ihrer Ergebnisse von Voraussetzungen abhängig ist, die nicht von allen geteilt werden müssen“ (Düwell et al., 2011, S. 14). Wir vernachlässigen diese Kritik, weil wir meinen, dass ethische Kompetenz in ausreichendem Ausmaß erfüllt ist, wenn konkrete Praxissituationen im Sinn des *Kohärentismus* analysiert werden und die professionelle Vorgehensweise nachvollziehbar begründet werden kann.

3 Entwurf für ein Handlungsmodell ethischer Reflexion

Klientenzentrierte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sind daran gewöhnt, Interventionen kontinuierlich zu reflektieren. Ziel dieser üblichen Reflexion ist, die kongruente, empathisch wertschätzende Haltung zu überprüfen oder wieder zu erlangen. Dabei ist es in der Regel wichtig, die Inkongruenz bzw. die Störung der Klienten oder Klientinnen hermeneutisch zu verstehen. Ethische Reflexion hat hingegen zum Ziel, das professionelle Handeln auf seine moralische Richtigkeit hin zu überprüfen bzw. zu rechtfertigen. Dies setzt natürlich ein Verstehen der Problematik der Klienten und Klientinnen voraus, geht aber einen Schritt weiter, indem die ethische Dimension des therapeutischen Handelns in den Blick genommen wird. Es stellen sich Fragen wie: Ist das, was ich hier als Psychotherapeutin oder als Psychotherapeut tue oder tun will, auch gut für meine Klientin bzw. meinen Klienten? Ist es gut für die Förderung des Therapieprozesses? Ist es gut für mich selbst und gut in Hinblick auf die Profession in ihrer Außendarstellung? Wie kann ich begründen, dass die Strategie ethisch korrekt ist? Wie könnte eine Kritik daran lauten? Wie lässt sich das Handeln rechtfertigen?

Das Handlungsmodell zur ethischen Reflexion besteht aus einer Matrix, in der drei Ebenen (implizite Ebene, normative

4 „Ein Moralprinzip ist also kein Gebot, in einer bestimmten Weise zu handeln oder nicht zu handeln: es dient zur Analyse einer speziellen Gesamtsituation, nicht als Regel, die als solche angewendet werden soll“ (Übers. d. Verf.).

Ebene und Werte-Ebene) unterschieden werden. Jede der Ebenen enthält drei sich überlappende Felder (persönliches, klientenzentriertes und allgemeines Feld), die bei jedem ethischen Reflexionsprozess zu beachten sind. Eingerahmt wird die Matrix von zwei Spalten, in denen auf der linken Seite Stationen des experientiellen sowie auf der rechten Seite die Stationen des kognitiven Entscheidungsprozesses markiert werden. Das komplex-strukturierte Modell wird in den folgenden Unterkapiteln stufenweise beschrieben, erklärt und aufgebaut.

3.1 Implizite Ebene

Während wir psychotherapeutisch handeln, treffen wir implizit bereits eine Fülle von ethischen Entscheidungen, die sich in unserem intuitiven Vorgehen und Erleben zeigen. Dieses intuitive Vorgehen ist jedoch nicht „theoriefrei“, obwohl es einem Bewertungsprozess folgt, der im Kern organismisch ist. Die bewertende Entscheidung ist keinesfalls eine rein emotionelle sondern bezieht alle intellektuellen und kognitiven Komponenten mit ein (vgl. Gendlin 1967, S. 199). Sie sind in der gefühlten Bedeutung (*felt meaning*) quasi eingefaltet (impliziert) und werden nicht immer bewusst. Eine *felt meaning* enthält implizit auch alles, was ein Mensch gelernt hat, was ihm intellektuell zugänglich ist, was seine Kultur ihm mitgegeben hat und was bereits zuvor entschieden wurde.

Der bewertende Entscheidungsprozess wird nicht immer von Null gestartet, also nur von einer *felt meaning* aus, sondern oft auch von einem vorgegebenen Wert (einer früheren oder fremden Bewertung), der im Bewertungsprozess weiter differenziert wird (vgl. Gendlin 1967, S. 196). Ethische Reflexion soll in Praxissituationen daher aus zwei Gründen starten: Entweder immer dann, wenn wir verunsichert sind oder in solchen Momenten, wenn wir unser Handeln stichprobenartig überprüfen, da schädliche Prozesse oft lange nicht bemerkt werden.

Der Entscheidungs- und Bewertungsprozess beginnt also in der Regel bei einem körperlichen Erleben (*felt sense*) der Art: „Der Fluss meiner Handlungen stockt, ich muss eine Entscheidung für eine bestimmte Handlung treffen. Die Entscheidung ist bedeutsam, es geht darum zu bewerten, was hier fachlich und moralisch gut und richtig ist.“ Die Entscheidung ist nun in einer *felt meaning* impliziert: „Ich tendiere zu einer bestimmten Richtung, einer möglichen Entscheidung, die ich mir bewusst machen kann.“

Wir gehen davon aus, dass in diesen impliziten Bewertungsprozess Werthaltungen aus drei Bereichen einfließen: 1. persönliche, 2. fachlich und ethisch-klientenzentrierte und 3. Wert- und Normvorstellungen, die fallbezogen aus sämtlichen Wissensbeständen abgeleitet werden, also aus human- und sozialwissenschaftlichem Wissen, aus rechtlichem Wissen, aus Störungswissen aber auch aus Praxiswissen, von berufsethischen Geboten und Verboten, sowie von informellen Standards.

Der *erste*, der persönliche Bereich bezieht sich auf folgende Tatsache: Auch wenn sich Klientenzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen am Personzentrierten Ansatz orientieren, sind sie primär Mensch bzw. Person mit biografisch-persönlichen Werthaltungen, die eng mit Fragen der Identität verbunden sind, z.B.: Wer bin ich, als Mann oder Frau? Wie will ich leben? Wie stehe ich zur Welt und in der Welt? Warum bin ich Therapeut oder Therapeutin geworden? Aus diesen Werthaltungen heraus entwickeln sich individuelle Gewohnheiten, Einstellungen, Strategien und Normvorstellungen, die in der Therapiepraxis wirksam werden. *Wo* arbeiten Therapeuten bzw. Therapeutinnen (z.B. Institution, Praxismgemeinschaft, Einzelpraxis, aufsuchend)? *Wie* gestalten sie den Praxisraum? Mit welchen Zielgruppen bzw. Störungsbildern arbeiten sie? *Welche* Settings, Methoden und Techniken bevorzugen sie? Wie stehen sie zu Fragen nach der Sitzungsfrequenz und Therapiedauer? Wie gestalten sie ihre Arbeitszeiten, das Arbeitsausmaß und welches Honorar verlangen sie? Von all diesen Faktoren ist das Beziehungsangebot an die Klienten und Klientinnen bestimmt. Bei einer Reflexion der ethischen Dimension sollte daher immer auch der nicht unerhebliche Einfluss beachtet werden, der sich aus solchen persönlichen Kriterien ergibt.

Der *zweite* zentrale Bereich bezieht sich auf Werte und Normen, die sich aus dem hoch abstrakt formulierten Klientenzentrierten Konzept für die ethische Reflexion ableiten lassen. Bei der Ausarbeitung dieses Modells ist uns aufgefallen, dass es auf niederen Abstraktionsebenen eine Fülle von praxeologischen Normen gibt, die zwar nicht befolgt werden *müssen*, an denen aber eine ethische Reflexion ansetzen kann, z.B.: Vertraue der Aktualisierungstendenz; achte auf eine wertschätzende Haltung; sei fehlerfreundlich; sei empathisch; mache Verstehenshypothesen, wenn du merkst, dass du nicht wertschätzen kannst; sei bereit, dich durch Verstehen selbst verändern zu lassen; unterstütze den Selbstexplorationsprozess; bleibe mit deinem *felt sense* in Kontakt; konfrontiere Klienten und Klientinnen mit deinem Erleben in der Beziehung, um den Selbstexplorationsprozess anzuregen; etc.

Dem *dritten* Reflexionsbereich haben wir sämtliche fachlich-empirischen, rechtlichen, sozialen, ethischen und praktischen Wissensbestände zugeordnet, die neben den persönlichen und klientenzentrierten Kriterien die Situationsanalyse und damit das empathische Verstehen bestimmen oder bestimmen sollten. Es handelt sich um eine sehr breites und komplexes Wissensspektrum, das zwar in jeder Praxissituation mit angesprochen ist, bei dem es aber klar ist, dass dieses Wissen nicht automatisch zur Verfügung steht. Lebenserfahrung, Quellberufe, Psychotherapie-Ausbildung und Praxis haben zwar dazu geführt, dass relevantes Wissen aus diesem Bereich inkorporiert wurde, aber oftmals macht erst eine Analyse die relevanten Wissensbestände deutlich oder zeigt Widersprüche und Wissenslücken auf, die noch geklärt bzw. gefüllt werden müssen.

In den einzelnen Interventionen verdichten sich also Werthaltungen aus allen drei Bereichen. Sie bestimmen das aktuelle Erleben, den *felt sense* der Therapeuten bzw. der Therapeutinnen, aus dem heraus sie implizit bewerten, reagieren und handeln. Ein Fallbeispiel mag diese komplexe Situation verdeutlichen, obwohl die Realsituation, von der das Beispiel abstrahiert wurde, noch einen weit höheren Komplexitätsgrad aufweist.

Fallbeispiel - Teil 1/implizite Ebene

Eine Klientin mit einer komplex-traumatischen Störung, die seit Jahren keiner Berufstätigkeit mehr nachgeht und gravierende Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung hat, berichtet in der Sitzung verzweifelt, dass sie vom Arbeitmarktservice einem 6-wöchigen Bürokurs zugeteilt wurde, mit einer Anwesenheitsverpflichtung von 38 Stunden/Woche. Es sei eine Katastrophe, ohne Psychotherapie hielte sie diese Zeit nicht durch. Ihr Jobcoach habe ihr geraten, ihre Psychotherapeutin zu fragen, ob sie ihr nicht eine Bestätigung schreiben könnte, dass der Besuch der Psychotherapie während der Kurszeiten aus Gesundheitsgründen [*sic!*] notwendig sei.

Felt sense: ein mulmiges Gefühl, tendiert zur Ablehnung des Ansinnens.

Felt meaning: „In der Rolle der Therapeutin bin ich keine Gutachterin.“- „Ich will nicht beim Kurs-Schwänzen mitspielen.“- „Klientin könnte mit einigem Aufwand meinerseits auch außerhalb der Kurszeiten in die Therapie kommen.“- „Klientin soll sich von mir nicht abgewiesen fühlen.“- „Der Kurs ist eine Überforderung zum aktuellen Zeitpunkt.“

Spontane Entscheidung: Therapeutin erklärt ihr Dilemma mit der Rolle als Therapeutin, in der sie nicht ein „objektives Urteil“ über die gesundheitliche Notwendigkeit abgeben möchte. Sie bietet der Klientin an, für Therapiestunden während der Kurszeiten eine Zeitbestätigung geben zu können. Aber das mulmige Gefühl bleibt, obwohl die Klientin mit dem Angebot einverstanden ist.

In diese spontane Entscheidung fließen Kriterien aus allen drei Bereichen ein, die bewusst gemacht werden können bzw. die bewusst gemacht werden sollten:

Persönliche Kriterien: Abneigung gegen den neoliberalen Trend in der Arbeitsmarktpolitik. Daraus ergibt sich eine ambivalent kritische Einstellung zum Kurs. Ärger über die Einmischung in den Therapieprozess.

Klientenzentrierte Kriterien: Klienten und Klientinnen sollen sich wertgeschätzt fühlen. Eine Therapeutin bzw. ein Therapeut soll ihnen zutrauen, mit Anforderungen des Lebens fertig zu werden.

Allgemeine Kriterien: Rolle als Therapeut bzw. als Therapeutin soll gewahrt werden. Komplex traumatisierte Patienten und Patientinnen brauchen Schutz, weil sie sehr verletzlich sind.

Das Fallbeispiel steht für viele Therapiesituationen, in denen das Setting durch äußere Einflüsse gestört wird. Da die spontane Handlungsentscheidung im Fallbeispiel keine körperlich spürbare Erleichterung (*felt shift*) erzeugt hat, ist der ethische Reflexionsprozess auf der impliziten Ebene nicht vollständig geglückt. Die eingeschlagene Handlungsstrategie hat daher ein hohes Fehlerpotential. Dies wahrzunehmen und zu reflektieren wird durch die „fehlerfreundliche Haltung“ in der Klientenzentrierten Psychotherapie erleichtert. Die Therapeutin reagiert verunsichert, vermittelt aus dieser Haltung heraus vermutlich wenig Schutz, auch wenn die Klientin dies noch gar nicht bewusst wahrnimmt. Es handelt sich um eine kleine Weichenstellung, die in der Folge die therapeutische Beziehung gefährden kann, etwa weil die Klientin „sich – wie schon so oft in ihrem Leben - im Stich gelassen“ fühlt.

Als Baustein in der Reflexionsmatrix des Handlungsmodells lässt sich die implizite Ebene daher folgendermaßen darstellen:

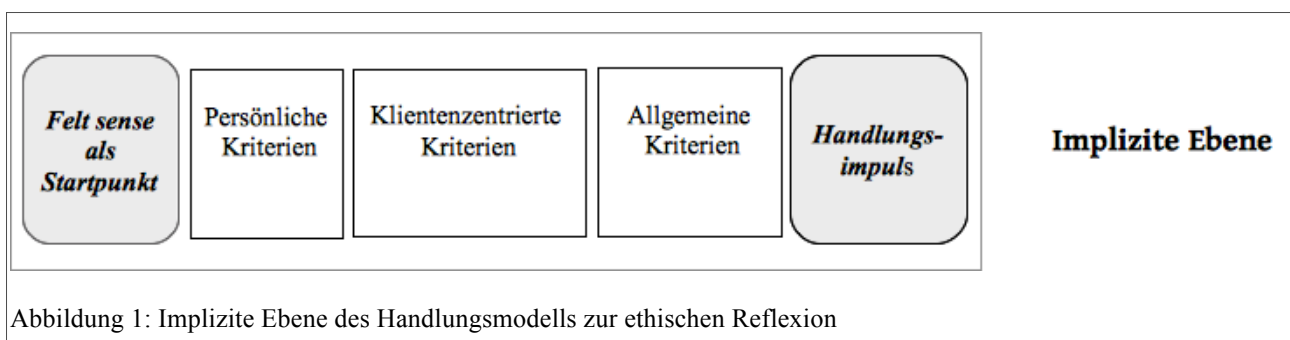


Abbildung 1: Implizite Ebene des Handlungsmodells zur ethischen Reflexion

Die Grafik weist darauf hin, dass der erste Schritt bei einer ethischen Reflexion darin besteht, ausgehend von einem *felt sense* (einem Unbehagen, einer Unsicherheit) implizite Handlungsimpulse danach zu untersuchen, welche Kriterien (Normen, Werte) darin enthalten sind.

3.2 Normative Ebene

Normen sind Verhaltensregeln, die dabei helfen sollen, Werte zu realisieren. Die Einhaltung von Normen garantiert jedoch nicht, dass angestrebte Werte auch tatsächlich erfüllt werden. Normverletzungen sind aus demselben Grund nicht per se als moralisch schlecht zu bewerten, da das ethische Urteil nur in Bezug auf die dahinter stehenden Werte zu fällen ist. Normen sind des Weiteren danach zu unterscheiden und zu gewichten, ob es sich um Verbote, Gebote, Leitlinien oder Standards handelt, die formalisiert (z.B. Berufskodex) bzw. legislativ (z.B. Strafrecht) festgelegt sind oder ob es um solche Normen geht, die sich eher informell in der Profession etabliert haben (z.B.: Es gibt Sozialtarife). Bei der Übertretung von Verboten müssen Therapeutinnen und Therapeuten mit Sanktionen rechnen, wenn ein Schaden festgestellt wird. Bei der Nicht-Einhaltung von Geboten, Leitlinien und Standards ist ein Fehlverhalten oftmals nicht deutlich festzustellen. Dennoch bleibt das Schadensrisiko bestehen. Hier ist weiter zu bedenken, dass Normen einander oftmals widersprechen, dass ethische Probleme aber auch dadurch auftreten können, dass Normen fehlen (z.B.: Ist das Erstgespräch kostenpflichtig?).

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sollen mit einem Verweis auf Kohlbergs Stufen der moralischen Entwicklung auf *postkonventionellem Niveau* handeln (vgl. Kohlberg, 1981). Sie sollen Normen nicht nur beachten aus „Angst vor Strafe“ oder „um ein konfliktfreies Miteinander zu ermöglichen“ sondern aus einer ethischen Überzeugung heraus.

Wir haben daher die normative Ebene in der Reflexionsmatrix nicht deshalb eingefügt, weil wir den Anspruch vertreten, dass Normen unreflektiert befolgt werden sollten, sondern weil das ethische Dilemma einer Situation präziser identifiziert werden kann, wenn es gelingt, die relevanten Normen zu erkennen und zu benennen, die auf den Fall zutreffen. Auch Holzbecher & Wittrahm (2008) weisen darauf hin, dass ethische Reflexion die Kompetenz braucht, „allgemeine Prinzipien auf konkrete Handlungssituationen zu beziehen und gerade in Zweifelsfällen und im Widerstreit verschiedener ähnlich wichtiger Prinzipien in einer transparenten Weise zu entscheiden“ (Holzbecher & Wittrahm, 2008).

Nachdem die Reflexion auf der „impliziten Ebene“ dazu geführt hat, implizite Kriterien bewusst zu machen, sollen also auf der normativen Ebene des Handlungsmodells diese explizierten Kriterien mit allgemeinen relevanten Normen aus allen drei Bereichen kontrastiert werden. Die Gegenüberstellung der „eigenen spontanen Werthaltungen“ mit allgemeinen Normen soll die Sensibilität für das ethische Problem oder Dilemma der Situation erhöhen. Als expliziter Input sollen sie den Entscheidungsprozess vorantreiben, bestärken und vervollständigen.

Die nächste Runde der Bewertung lautet also etwa: „Wenn ich diese (hinzugekommene) Norm betrachte, mit einbeziehe, wie beeinflusst das die Richtung meiner Entscheidung. Wie verändert sich dadurch meine *felt meaning*?“ Wenn es ein bedeutsamer Aspekt war, wird sich die *felt meaning* verändern, was als körperlich spürbare Erleichterung (*felt shift*) wahrnehmbar ist. Der Entscheidungsprozess ist beendet, wenn die Symbolisierung der *felt meaning* eine Qualität hat wie: „... one finds that the matter is 'resolved'. One feels 'whole' or 'clear' or whatever poetic words one wishes to use for this condition“ (Gendlin 1967, S. 186)⁵. Die Entscheidung ist umso besser abgesichert, je vollständiger die in Frage kommenden Normen berücksichtigt wurden.

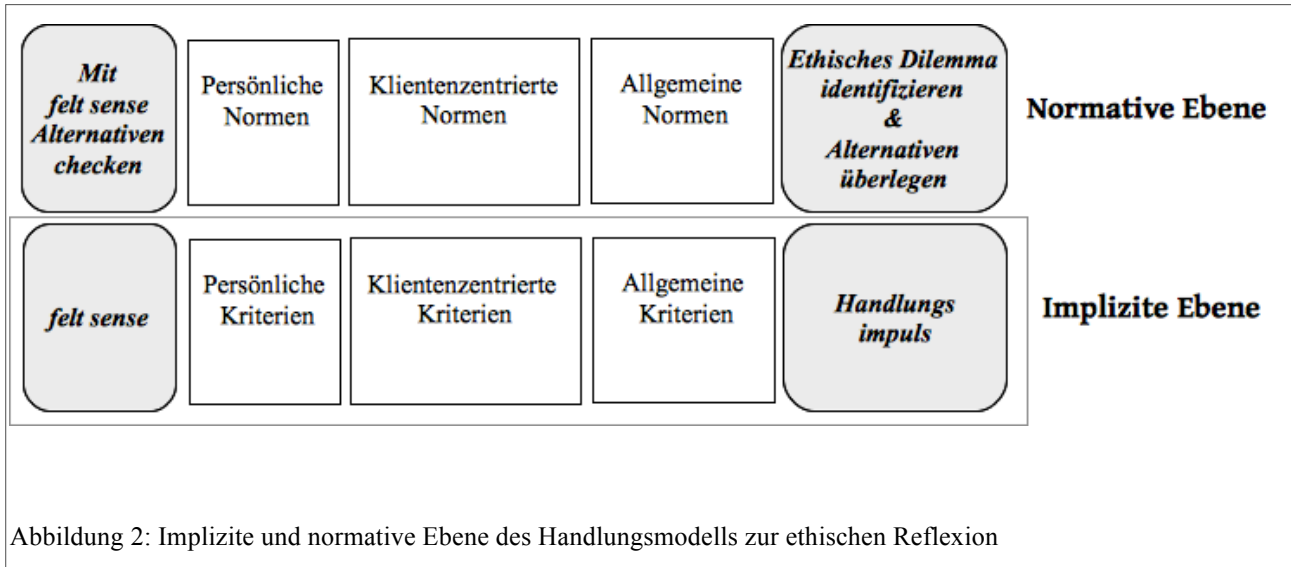
Beim Testen des Handlungsmodells ist uns aufgefallen, dass der Arbeitsschritt auf dieser Ebene enorm erleichtert wird, wenn die relevanten Normen aus den jeweiligen Bereichen, insbesondere die persönlichen Normen, rasch abrufbar sind. Es sei jedoch nochmals betont, dass solche Normen nicht ein starres Handlungs-Manual darstellen. Wir sehen darin eine dynamisch wachsende und sich stetig verändernde Sammlung von Werten und Normen. Werte und Normen des persönlichen Bereichs sind das Ergebnis vorhergegangener, abgeschlossener experienzieller Prozesse. Werte und Normen des klientenzentrierten Bereichs werden *top down* aus der klientenzentrierten Anthropologie und Therapietheorie abgeleitet. Allgemeine Werte und Normen existieren in der Kultur und in der Lernerfahrung des Individuums. Ganz im Sinne des kohärentistischen Modells ist es jederzeit möglich, auf Grund der Erfahrung des Einzelfalls Normen zu revidieren. „... [es kann] zu Revisionen an jedem Punkt des ursprünglichen Überzeugungssystems kommen, sei es bei den Urteilen, den Prinzipien oder den Hintergrundtheorien“ (Badura 2002, S. 93).

Während der reflexiven Auseinandersetzung mit den jeweiligen Normen werden oftmals Normkollisionen erkennbar, die dann das ethische Problem verdeutlichen und erklären. Gleichzeitig ist es sinnvoll, Handlungsalternativen zu

⁵ „... man findet, die Sache ist 'gelöst'. Man fühlt sich 'ganz' oder 'klar' oder welche poetischen Worte auch immer man für diesen Zustand verwenden will.“ (Übers. d. Verf.).

überlegen. Während des gesamten Prüfungsvorgangs ist auf den *felt sense* zu achten, denn es kann sein, dass schon während des Prüfungsvorgangs ein *felt shift* auftritt, der darauf hinweist, dass das ethische Dilemma in der Situation gelöst ist.

Die Matrix des Handlungsmodells wird in Abbildung 2 um die zweite Ebene erweitert dargestellt:



Im Fallbeispiel soll nun die Reflexion auf der normativen Ebene demonstriert werden:

Fallbeispiel - Teil 2/Normative Ebene

Persönliche (generelle) Normen: Ich komme Klienten und Klientinnen bei ihren Terminwünschen nach Möglichkeit entgegen. Ich meide Aufwand, der über die Therapiestunden hinausgeht. Ich arbeite gerne mit Menschen mit schweren Störungen.

Klientenzentrierte Normen: Sei fehlerfreundlich; triff Entscheidungen nach dem Win/win-Modell gemeinsam mit den Klienten und Klientinnen; sei empathisch; achte auf Kongruenz; prüfe, ob du Wertschätzung empfindest; knüpfe immer am Erlebensprozess an, bei dem Klienten und Klientinnen gerade stehen; lasse dich auf die Beziehung ein (Stichworte: Commitment, Personal Power).

Allgemeine Normen: Verschwiegenheitspflicht, Kooperationspflicht mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (Ethik-Kodex), Wahrung der Rolle als Therapeut bzw. Therapeutin und des Settings, besondere Rücksichtnahme auf die Vulnerabilität von Menschen mit komplex-traumatischer Belastungsstörung.

Wir sehen, dass die Liste im *Fallbeispiel - Teil 2* Normkollisionen sowohl innerhalb der einzelnen Bereiche als auch bereichsübergreifend enthält. Diese Widersprüche oder Paradoxien sind der Ausgangspunkt zur Formulierung der ethischen Probleme, für die eine situativ angemessene Lösung gesucht werden soll. Im obigen Beispiel soll die Therapeutin auf ein klares Setting achten, dies ist jedoch bei Menschen mit schweren Störungen oft nicht möglich, weil sie entsprechende Strukturvorgaben oft nicht als wertschätzend erleben. Solche Normkollisionen sind nur nach einer sorgfältigen *Güterabwägung* (vgl. Horn, 2011) über die Reflexion der dahinter stehenden Werte (siehe Pkt. 3.3) aufzulösen.

Oftmals geschieht bei der Reflexion dieser normativen Ebene aber auch etwas anderes. Bei der Analyse des obigen Fallbeispiels hat die betroffene Therapeutin bei der Durchsicht des Ethik-Kodexes bereits einen *felt shift* erlebt: die *Kooperationspflicht mit angrenzenden Gesundheitsberufen* hat ihr gefühltes Dilemma gelöst. Sie erweitert spontan diese Regel auf Trainerin und Jobcoach. Denn - so ihre Interpretation - diese können angesichts der langzeitarbeitslosen Klientin insofern als „Gesundheitsberufe“ betrachtet werden, als sie die soziale Dimension von Gesundheit behandeln. Die Therapeutin fühlt sich in ihrer Rolle nun frei für alle Kooperationsformen, die sie mit der Klientin gemeinsam erarbeitet und mit der Kooperationspflicht rechtfertigen kann.

3.3 Werte-Ebene

Ohne auf die Differenzierung der Begriffe genauer einzugehen, sind Werte, Moralprinzipien oder Güter Orientierungsdirektiven für menschliches Handeln. Es gibt eine unüberschaubare Anzahl von Werten, z.B. psychische und physische Integrität, Leben, Würde, Anerkennung, Wahrheit, Autonomie, Freiheit, Glück, Friede, Fairness, Solidarität, Respekt, Verantwortung, Eigentum, Umweltschutz, Wohlbefinden, Gesundheit, Erholung, Ruhe etc. Werte hängen meist mit anderen Werten zusammen, sie bilden Wertsysteme, wobei höhere und niedrigere Werte zu unterscheiden sind. Werte können einander widersprechen oder kollidieren. Werte sind oft allgemein anerkannt, es gibt aber auch umstrittene Werte, die dann im Wandel begriffen sind, Stichwort „Wertewandel“ (aktuell z.B. *Eigentum* angesichts der Wirtschaftskrise) oder an Wert verlieren, Stichwort „Wertverlust“ (z.B. die *Ehe*). Häufiger besteht jedoch Uneinigkeit und Unsicherheit darüber, wie und mit welchen Normen oder Handlungsleitlinien Werte realisiert werden sollen.

Unabhängig davon, ob nun Werte als ontisch gegeben betrachtet werden, etwa weil sie über das *Wertfühlen* (Scheler) hermeneutisch erschlossen werden können, oder ob sie als sozial-konstruiertes Resultat kommunikativer Aushandlungsprozesse begriffen werden, haben sie *Geltung* (vgl. Krijnen, 2011). Auf Grund ihrer Allgemeingültigkeit ist eine moralische Entscheidung daher am ehesten mit Werten zu begründen bzw. zu rechtfertigen. Es ist intersubjektiv überprüfbar, ob entsprechende Handlungen tatsächlich die angestrebten Werte realisieren. Professionelles Handeln wird durch eine solche Begründung für andere transparent und prinzipiell nachvollziehbar. Während moralisierende Wert- und Normdiskussionen meist - außer Streit - wenig bringen für moralisch korrektes Handeln (vgl. Luhmann & Horster, 2008), ist die Auseinandersetzung mit dahinterstehenden Werten bei der Überprüfung von ethischen Problemsituationen und Handlungstendenzen hilfreich, sie führt zur Klärung und Handlungssicherheit.

Auf der dritten Stufe des Handlungsmodells sollen daher die auf der impliziten und normativen Ebene erkannten Dilemmata und Normkollisionen daraufhin überprüft werden, welche Werte oder Güter aus allen drei Bereichen dabei zu beachten sind, welche Werte durch die jeweiligen Handlungsoptionen erfüllt werden bzw. welche dadurch vernachlässigt werden.

In der Abbildung 3 wird daher die Matrix um die dritte Ebene ergänzt. Weitreichende Moralprinzipien werden in der Grafik in einer Art „Himmel“ angeführt. Nicht deshalb, weil sie für die ethische Reflexion oder Entscheidungsfindung in diesem kohärentistischen Modell am wichtigsten wären, sondern weil sie bei allen ethischen Problemen in der Psychotherapie relevant sind und zur Rechtfertigung von eingeschlagenen Interventionen benützt werden können.

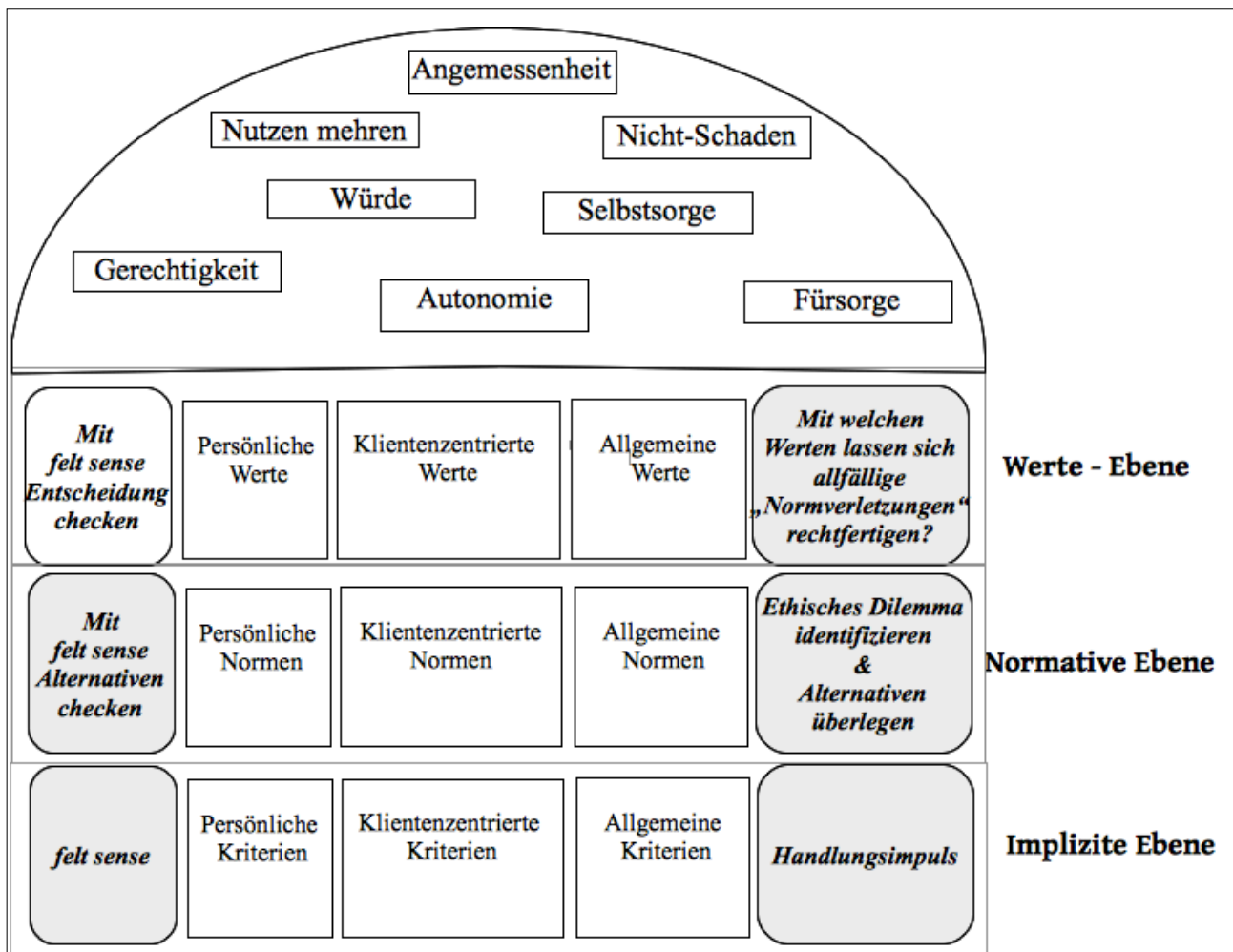


Abbildung 3: Reflexionsmatrix für das Handlungsmodell zur ethischen Reflexion

Das Klientenzentrierte Konzept enthält jedoch selbst Werte, denen in einer Klientenzentrierten Psychotherapie ein besonderes Gewicht zukommt. So ist auf individueller Ebene die Erfüllung des *need for unconditional positive self-regard* ein sehr hoher Wert. Desgleichen gilt die kongruente, empathisch wertschätzende Beziehungsqualität als zentraler Wert, um Persönlichkeitsveränderung durch Therapie zu ermöglichen. Mit der Aktualisierungstendenz wird ein Menschenbild beschrieben, in dem Person-Sein als kontinuierlicher Prozess verstanden wird. Prozesshafte Entwicklung gilt daher selbst als hoher Wert im Klientenzentrierten Konzept. Es sind Werte, die bei ethischen Problemen schon deshalb vorrangig zu beachten sind, weil sie die Handlungsstruktur einer Klientenzentrierten Psychotherapie bestimmen. Da sie jedoch spezifisch mit dem Klientenzentrierten Ansatz verknüpft sind, können wir nicht von einer Allgemeingültigkeit ausgehen. Daher haben wir sie trotz ihrer Wichtigkeit in der Matrix nicht den weitreichenden Moralprinzipien zugeordnet. Es lassen sich aber sicherlich Bezüge herstellen, insbesondere zum Wert der *Würde*.

Dass wir als Indikator für „gute Entscheidungen“ den experienziellen Prozess (*felt sense, felt meaning, felt shift*) herangezogen haben, ist eine Konsequenz der schulenspezifischen Werthaltung, mit der ethische Reflexion im Rahmen von Klientenzentrierter Psychotherapie⁶ erfolgt.

Abschließend soll die Reflexion auf der Werte-Ebene im Fallbeispiel demonstriert werden:

Fallbeispiel - Teil 3/Werte-Ebene

Die Therapeutin hat sich schon während der Reflexion der normativen Ebene für eine neue Handlungsoption entschieden: *Sie ist bereit, das Setting der Psychotherapie in Absprache mit der Klientin zu überschreiten und mit Jobcoach bzw. Kurstrainerin zu kooperieren. Sie tritt dabei nicht in der Rolle einer Gutachterin auf, sondern als Fallbeteiligte, die zur Kooperation verpflichtet ist.*

Die Überprüfung der Strategie auf dieser Ebene bringt folgende Werte ins Bewusstsein, die zur Begründung herangezogen werden können:

Persönliche Werte: Arbeitszufriedenheit (der Mehraufwand lohnt sich dafür)

Klientenzentrierte Werte: Klientenzentrierte Beziehungsqualität ist erfüllt (Hinweis auf kongruente Entscheidung durch *felt shift*)

Allgemeine Werte und Moralprinzipien: Kooperation, Sorgfalt, Nicht-Schaden, Effizienz (Kooperation führt zu ökonomischem Umgang mit Krankenkassen-Geldern)

Begründung: Die Entscheidung, inhaltlich zur Kursmaßnahme Stellung zu nehmen, gegebenenfalls sogar in einen persönlichen Austausch mit dem Jobcoach zu treten, fällt unter die Kooperationspflicht von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Damit werden Werte wie professionelle Sorgfalt, das Prinzip „Nicht-Schaden“, aber auch Kostenbewusstsein realisiert.

Nachdem nun die gesamte Reflexionsmatrix Schritt für Schritt erläutert worden ist, kann darauf hingewiesen werden, dass der Reflexionsprozess natürlich nicht nur in der hier demonstrierten Weise - von unten nach oben - durchlaufen werden muss. Wir haben bei unseren Testversuchen bemerkt, dass wir während der Reflexion im Rahmen des Modells zwischen den einzelnen Feldern und Ebenen hin und her springen, durch das grafische Modell aber immer wieder Sicherheit und Orientierung im komplexen Reflexionsprozess bekommen.

3.4 Zusammenfassung

Psychotherapeutisches Handeln ist mit erheblichen Risiken verbunden, die Klienten und Klientinnen sowie deren Therapieprozesse gefährden. Dieses Risikopotential ist durch kontinuierliche ethische Reflexion zu minimieren. Die übliche Reflexion in einer Klientenzentrierten Psychotherapie ist zwar für das empathische Verstehen der Klienten und Klientinnen unbedingt erforderlich, deckt jedoch die ethische Reflexion noch nicht ab. In diesem Artikel wurde daher angelehnt am *begründungsorientierten Kohärentismus* ein Modell entworfen, das geeignet erscheint, die ethische Dimension von konkreten Interventionsstrategien zu überprüfen und gegebenenfalls zu rechtfertigen. Der Einsatz des Modells braucht zu Beginn sicherlich Übung, die in Ausbildung und Supervision gestartet werden könnte.

Um Neugier zu wecken, möchten wir zum Schluss auf eine positive Erfahrung hinweisen. Wir haben das Modell an Szenen getestet, in denen wir ein „mulmiges Gefühl“ oder ein „schlechtes Gewissen“ hatten. Obwohl wir eher damit gerechnet haben, durch das Modell auf Fehler aufmerksam zu werden, haben wir mit Erstaunen festgestellt, dass die Reflexion dieser Szenen auffällig oft zur Entlastung führte. Dadurch, dass wir das fragliche Handeln mit Normen und Werten rechtfertigen konnten, erhöhte es unsere Handlungssicherheit.

⁶ In der ÖGwG besteht *common sense* darüber, in der Therapiepraxis das Therapie-Konzept von Rogers und das Experiencing-Konzept von Gendlin zu integrieren.

Literatur:

- Arnold, E., Franke, B., Holzbecher, M., Illhardt, F.-J., Lezius-Paulus, R. & Wittrahm, A. (Hrsg.) (2006). *Ethik in psychosozialen Berufsfeldern. Materialien für Ausbildung und Praxis*. Köln: GwG.
- Arnold, E. (2006). Materialien und Anregungen für die praktische Umsetzung. Methodische Einführung. In E. Arnold, B. Franke, M. Holzbecher, F.-J. Illhardt, R. Lezius-Paulus, & A. Wittrahm (Hrsg.), *Ethik in psychosozialen Berufsfeldern* (S. 51–57). Köln: GwG-Verlag.
- Auckenthaler, A. (1995). *Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation - Standards - Wirksamkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics* (6. Auflage). New York: Oxford University Press.
- Badura, J. (2002). *Die Suche nach Angemessenheit*. Münster: Lit-Verlag.
- Badura, J. (2011). Kohärenzismus. In M. Düwell, C. Hüenthal, & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 194–205). Stuttgart: Metzler.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J., & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U., & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen Klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung. Psychosomatisches Erleben. Depressives Leiden*. Eschborn: Dietmar Klotz.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). *Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Verfügbar unter: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Richtlinien_und_Informationen_im_Bereich_der_Psychotherapie [1.2.2014]
- Düwell, M., Hüenthal, C. & Werner, M. H. (Hrsg.) (2011). *Handbuch Ethik*. Stuttgart: Metzler.
- Enk, B. (2010). Wo viel Licht, dort ist auch Schatten. Verfügbar unter http://www.donauuni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/kremsertage/tagungsbericht_enk.pdf [1.2.2014]
- Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personzentrierten Psychotherapie. *PERSON*, 9 (1), 51–64.
- Frohburg, I. (2002). Untersuchungen zum Schadensverständnis von Gesprächspsychotherapeut(inn)en. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 72–88). Mainz: Grünewald.
- Gendlin, E. T. (1967). Values and the Process of Experiencing. In A. Mahrer (Hrsg.), *The Goals of Psychotherapy* (S. 181–205). New York: Appleton-Century-Crofts. Verfügbar unter: http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2100.html [1.2.2014]
- Holzbecher, M. (2006). Grenzverletzungen in der therapeutischen Beziehung. In E. Arnold, M. Holzbecher, F.-J. Illhardt, R. Lezius-Paulus & A. Wittrahm (Hrsg.), *Ethik in psychosozialen Berufsfeldern. Materialien für Ausbildung und Praxis* (S. 39–44). Köln: GwG.
- Holzbecher, M., & Wittrahm, A. (2008). Ethik in psychosozialen Berufsfeldern: Ein Thema für die Ausbildung im personzentrierten Ansatz. *PERSON*, 12 (1), 5–12.
- Horn, C. (2011). Güterabwägung. In M. Düwell, C. Hüenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 391-396). Stuttgart: Metzler.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON*, 1 (1), 5–13.
- Keil, W. W. (2002). Zur Erweiterung der personzentrierten Therapietheorie. *PERSON*, 6 (1), 34–44.
- Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development: Moral stages and the idea of justice*. San Francisco: Harper & Row.
- Krijnen, C. (2011). Wert. In M. Düwell, C. Hüenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 548–553). Stuttgart: Metzler.
- Leijssen, M. (2003). Ethik. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Person-zentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 95–96). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett- Cotta.

- Leitner, A., Märtens, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H. & Schnyder, U. (2012). Patients' Perceptions of Risky Developments During Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1–11. doi:10.1007/s10879-012-9215-7. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-012-9215-7> [1.2.2014]
- Luhmann, N., & Horster, D. (2008). *Die Moral der Gesellschaft*. Berlin: Suhrkamp.
- Pieper, A. (2007). *Einführung in die Ethik*. Stuttgart: UTB.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rogers, C. R. (1961/1976). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett (Orig. ersch.: 1961 On becoming a person. A therapists view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin).
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- Schütze, F. (1992). Sozialarbeit als "bescheidene Profession." In B. Dewe, W. Ferchhoff & F. O. Radtke (Hrsg.), *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern* (S. 132–170). Opladen: Leske & Budrich.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG.
- Wiesing, U., & Marckmann, G. (2011). Medizinethik. In M. Düwell, C. Hüenthal, & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 274–279). Stuttgart: Metzler.
- Wood, J. K. (1996). The Person-Centered Approach: Toward an Understanding of its Implication. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Hrsg.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion* (S. 163–184). Frankfurt am Main: Peter Lang.

Autor- und Autorinnen:

- Sylvia Keil, MSc**, Ausbilderin und Lehrtherapeutin der ÖGwG, Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis. Mitglied der Ethik-Kommission der ÖGwG.
Email: sylvia@keil.or.at
- Mag. Jürgen Kroemer**, Musiker, Klientenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis. Koordinator der Ethik-Kommission der ÖGwG.
Email: mail@kroemer.at
- Brigitte Pelinka, MSc**, Ausbilderin und Lehrtherapeutin der ÖGwG, Klientenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Kinder- und Jugendlichentherapeutin. Mitglied der Ethik-Kommission der ÖGwG.
Email: brigitte.pelinka@chello.at
- Mag^a Johanna Swoboda**, Soziologin, Klientenzentrierte Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision, als Kandidaten- und Kandidatinnenvertreterin Mitglied der Ethikkommission der ÖGwG.
Email: j_swoboda@gmx.at