

**Maria Stippler**

# Konzeptkompetenz

von Psychotherapeutinnen  
und Psychotherapeuten in Ausbildung

kassel  
university



press

Maria Stippler

# Konzeptkompetenz von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Kassel als Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie (Dr.-Phil.) angenommen.

Erster Gutachter: Prof. Dr. Heidi Möller  
Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Cord Benecke

Tag der mündlichen Prüfung

24. Mai 2011

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar

Zugl.: Kassel, Univ., Diss. 2011

ISBN print: 978-3-86219-172-7

ISBN online: 978-3-86219-173-4

URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0002-31739>

© 2011, kassel university press GmbH, Kassel

[www.upress.uni-kassel.de](http://www.upress.uni-kassel.de)

Printed in Germany

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>21</b>
<b>I. Grundlagen</b>	<b>25</b>
<b>2. Der Kompetenzbegriff</b>	<b>27</b>
<b>3. Psychotherapie</b>	<b>31</b>
3.1. Wampolds Metaanalyse . . . . .	33
3.1.1. Das medizinische Denkmodell . . . . .	33
3.1.2. Das kontextbezogene Denkmodell . . . . .	34
3.2. Die Therapeutin . . . . .	36
3.2.1. Objektiv beobachtbare Eigenschaften . . . . .	39
3.2.1.1. Geschlecht der Therapeutin . . . . .	40
3.2.1.2. Alter der Therapeutin . . . . .	41
3.2.1.3. Ethnische Zugehörigkeit der Therapeutin	41
3.2.1.4. Ursprungsberuf . . . . .	42
3.2.2. Nicht-objektiv erfassbare Eigenschaften . . . . .	42
3.2.2.1. Persönlichkeitsmerkmale der Therapeutin	42
3.2.2.2. Wohlbefinden . . . . .	43
3.2.2.3. Werte und Einstellungen . . . . .	43
3.2.3. Subjektive, therapiespezifische States . . . . .	45

3.2.4. Beobachtbare therapiespezifische States . . . . .	46
3.3. Die Patientin . . . . .	47
3.4. Therapeutische Interventionen . . . . .	48
3.5. Allgemeine Wirkfaktoren . . . . .	51
3.6. Die therapeutische Beziehung . . . . .	57
3.7. Konsistente theoretische Überzeugung . . . . .	61
3.8. Psychotherapieverfahren . . . . .	64
3.8.1. Psychodrama . . . . .	65
3.8.2. Integrative Gestalttherapie . . . . .	66
3.8.3. Integrative Therapie . . . . .	68
<b>4. Therapeutische Kompetenzen</b>	<b>71</b>
4.1. Wissen vs. Kompetenz . . . . .	72
4.2. Kernkompetenzen von Psychotherapeutinnen . . . . .	75
4.2.1. Personale Kompetenz . . . . .	78
4.2.2. Relationale Kompetenz oder Beziehungskompetenz	81
4.2.3. Konzeptionelle Kompetenz oder Konzeptkompe-	
tenz . . . . .	84
4.2.4. Weitere Modelle therapeutischer Kompetenzen .	88
4.3. Die Entwicklung psychotherapeutischer Fähigkeiten . .	91
4.3.1. Von der Novizin zum Intuitiven Handeln . . . . .	91
4.3.2. Das Differentielle Entwicklungsmodell nach Ho-	
gan (1964) . . . . .	94
4.3.3. Entwicklungsmodell nach Grater (1985) . . . . .	96
4.3.4. Entwicklung nach Ronnestad und Skovholt . . . .	96
<b>5. Die Ausbildung zur Psychotherapeutin</b>	<b>103</b>
5.1. Ziele der Ausbildung . . . . .	103
5.2. Die Bestandteile der Psychotherapieausbildung . . . . .	108
5.2.1. Lehrtherapie . . . . .	110

5.2.2.	Supervision . . . . .	115
5.3.	Pädagogisch-psychotherapeutische Beziehung . . . . .	117
5.4.	Kompetenzen der Ausbilderinnen . . . . .	118
5.5.	Studien zur Psychotherapieausbildung . . . . .	120
5.5.1.	Studien zum Input . . . . .	123
5.5.1.1.	Vorerfahrungen . . . . .	123
5.5.1.2.	Motive für die Berufswahl . . . . .	123
5.5.1.3.	Wahl des Verfahrens . . . . .	125
5.5.2.	Studien zum Prozess . . . . .	127
5.5.2.1.	Verfahrensorientiertes vs. verfahrensu- nabhängiges Lehrkonzept . . . . .	127
5.5.2.2.	Qualität der Ausbildung . . . . .	128
5.5.2.3.	Entwicklung von Kompetenzen . . . . .	129
5.5.2.4.	Zufriedenheit . . . . .	131
5.5.2.5.	Evaluation . . . . .	131
5.5.2.6.	Didaktik, Vermittlung von Fertigkeiten . . . . .	132
5.5.3.	Studien zum Output . . . . .	137
5.5.3.1.	Studien zur Entwicklung von Psycho- therapeutinnen . . . . .	138
5.6.	Psychotherapieausbildung in Österreich . . . . .	140
5.6.1.	Zweiteilung der Ausbildung . . . . .	141
5.6.2.	21 anerkannte psychotherapeutische Methoden . . . . .	142
5.6.3.	Praktikum . . . . .	146
5.6.4.	Zulassung zur Ausbildung . . . . .	147

## **II. Forschungsmethoden und Ergebnisse 151**

### **6. Forschungsdesign 153**

6.1.	Forschungsfrage und Einschränkungen . . . . .	153
------	---	-----

6.2.	Bereits erprobte Forschungsansätze zur Erfassung konzeptioneller Kompetenz . . . . .	155
6.3.	Das Forschungsdesign . . . . .	159
6.3.1.	Die Erhebungsmethode . . . . .	159
6.3.2.	Beschreibung der Stichprobe . . . . .	167
6.3.3.	Rahmenbedingungen der Erhebung . . . . .	171
6.3.4.	Wahl der Auswertungsmethoden . . . . .	172
<b>7.</b>	<b>Ganzheitliche Bewältigung von Komplexität</b>	<b>173</b>
7.1.	Methodisches Vorgehen . . . . .	174
7.1.1.	Grundkodierung . . . . .	175
7.1.2.	Bewertungskodierung und Kausalkodierung . . .	178
7.1.3.	Assoziationsgraphen und Kausalnetze . . . . .	179
7.1.4.	Gestaltenbildung . . . . .	180
7.1.5.	Relevanzanalyse . . . . .	186
7.2.	Ergebnisse . . . . .	187
7.2.1.	Grobanalyse des Datenmaterials . . . . .	187
7.2.2.	Gesamtstatistik der Computeranalyse . . . . .	189
7.2.3.	Sprachliche Gestaltstruktur . . . . .	193
7.2.4.	Relevanzanalyse: Ziele, Maßnahmen, intervenierende Variablen . . . . .	201
7.2.5.	Kausalnetzgrafiken . . . . .	207
7.2.5.1.	Intergrative Gestalttherapie . . . . .	209
7.2.5.2.	Psychodrama . . . . .	215
7.2.5.3.	Integrative Therapie . . . . .	221
7.2.5.4.	Integrative Therapie für Medizinerinnen	227
7.2.6.	Veränderungen auf individueller Ebene . . . . .	234
7.2.6.1.	Teilnehmerin A . . . . .	234
7.2.6.2.	Teilnehmerin B . . . . .	240

7.2.6.3. Teilnehmerin C . . . . .	247
7.2.6.4. Statistische Analyse der individuellen Ver- änderungen . . . . .	252
7.2.7. Zusammenfassung der mit GABEK gewonnenen Ergebnisse . . . . .	259
<b>8. Qualitative Inhaltsanalyse</b>	<b>261</b>
8.1. Methodisches Vorgehen . . . . .	261
8.1.1. Das Kategoriensystem . . . . .	262
8.2. Ergebnisse . . . . .	263
8.2.1. Symptome und Probleme . . . . .	263
8.2.2. Interventionen . . . . .	264
8.2.2.1. Beschreibung Kategorien . . . . .	264
8.2.2.2. Ergebnisse der Kategorie „Interventionen“	266
8.2.3. Therapieziele . . . . .	267
8.2.4. Zusammenfassung der Ergebnisse . . . . .	269
<b>III. Diskussion und Schlussfolgerungen</b>	<b>271</b>
<b>9. Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen</b>	<b>273</b>
<b>10. Kritik des methodischen Vorgehens und Ausblick</b>	<b>279</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>283</b>





# Abbildungsverzeichnis

3.1. Eigene Darstellung der vier Quadranten der Therapeu- tinnenmerkmale nach Beutler u. a. (2004) . . . . .	40
7.1. WinRelan, Karteikarte mit Schlüsselbegriffen . . . . .	176
7.2. WinRelan, Ausdrucksliste, geordnet nach Häufigkeit . . .	177
7.3. WinRelan, Karteikarte bei der Bewertungskodierung . .	178
7.4. WinRelan, Karteikarte bei der Kausalkodierung . . . . .	180
7.5. Eigene Darstellung der Regelbasierten Gestaltenbildung in Anlehnung an Buber und Kraler (2000) . . . . .	184
7.6. Gestaltenbaum, Gruppe Integrative Gestalttherapie, ers- ter Erhebungszeitpunkt . . . . .	194
7.7. Gestaltenbaum, Gruppe Integrative Gestalttherapie, zwei- ter Erhebungszeitpunkt . . . . .	195
7.8. Gestaltenbaum, Gruppe Psychodrama, erster Erhebungs- zeitpunkt . . . . .	196
7.9. Gestaltenbaum, Gruppe Psychodrama, zweiter Erhebungs- zeitpunkt . . . . .	197
7.10. Gestaltenbaum, Gruppe Integrative Therapie, erster Er- hebungszeitpunkt . . . . .	198
7.11. Gestaltenbaum, Gruppe Integrative Therapie, zweiter Er- hebungszeitpunkt . . . . .	199

7.12. Gestaltenbaum, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, erster Erhebungszeitpunkt . . . . .	200
7.13. Gestaltenbaum, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, zweiter Erhebungszeitpunkt . . . . .	200
7.14. Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	208
7.15. Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung, Komplexitätsreduktion . . . . .	209
7.16. Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	211
7.17. Wechselwirkungsnetz zum Item „Kindheit“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	212
7.18. Wechselwirkungsnetz zum Item „Kindheit“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	213
7.19. Wechselwirkungsnetz zum Item „Mutter“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	214
7.20. Wechselwirkungsnetz zum Item „Mutter“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	215
7.21. Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Psychodrama, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	216

7.22. Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Psychodrama, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	217
7.23. Wechselwirkungsnetz zum Item „depressiv“, Gruppe Psychodrama, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	218
7.24. Wechselwirkungsnetz zum Item „depressiv“, Gruppe Psychodrama, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	219
7.25. Wechselwirkungsnetz zum Item „Kindheit“, Gruppe Psychodrama, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	220
7.26. Wechselwirkungsnetz zum Item „Kindheit“, Gruppe Psychodrama, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	221
7.27. Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Therapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	222
7.28. Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Therapie, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	223
7.29. Wechselwirkungsnetz zum Item „Angst“, Gruppe Integrative Therapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	224
7.30. Wechselwirkungsnetz zum Item „Angst“, Gruppe Integrative Therapie, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	225

7.31. Wechselwirkungsnetz zum Item „Nachreifung“, Gruppe Integrative Therapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	226
7.32. Wechselwirkungsnetz zum Item „Nachreifung“, Gruppe Integrative Therapie, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	227
7.33. Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	228
7.34. Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	229
7.35. Wechselwirkungsnetz zum Item „depressiv“, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	230
7.36. Wechselwirkungsnetz zum Item „depressiv“, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	231
7.37. Wechselwirkungsnetz zum Item „Mutter“, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	232
7.38. Wechselwirkungsnetz zum Item „Mutter“, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	233
7.39. Wechselwirkungsnetz zu „Therapie“, Teilnehmerin A, erste Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	238
7.40. Wechselwirkungsnetz zu „Entwicklung“, Teilnehmerin A, erste Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	239

7.41. Wechselwirkungsnetz zu „Selbstwert“, Teilnehmerin A, zweite Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	239
7.42. Wechselwirkungsnetz zum Item „Trauer“, Teilnehmerin B, erste Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	245
7.43. Wechselwirkungsnetz zum Item „Autonomie“, Teilneh- merin B, zweite Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung . . . .	245
7.44. Wechselwirkungsnetz zum Item „Autonomie/Abhängig- keitskonflikt“, Teilnehmerin B, zweite Erhebung, 2-Ebenen- Darstellung . . . . .	246
7.45. Wechselwirkungsnetz zum Item „Ausdruck“, Teilnehme- rin C, zweite Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung . . . . .	251
7.46. Wechselwirkungsnetz zum Item „Selbstzweifel“, Teilneh- merin C, zweite Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung . . . .	252



# Tabellenverzeichnis

3.1. Zusammenstellung verschiedener Konzepte allgemeiner Wirkfaktoren in Anlehnung an Strauß (2004) . . . . .	53
5.1. Zentrale Ziele der Psychotherapeutenausbildung . . . . .	108
5.2. Ordnungsschema . . . . .	122
6.1. Informationen zur Stichprobe . . . . .	168
7.1. Auswertungsschritte der Analyse mit GABEK unter der Verwendung von WinRelan . . . . .	175
7.2. Grobanalyse des gesamten Datenmaterials . . . . .	188
7.3. Statistische Eckdaten, Gruppe Integrative Therapie . . .	190
7.4. Statistische Eckdaten, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen . . . . .	191
7.5. Statistische Eckdaten, Gruppe Integrative Gestalttherapie	191
7.6. Statistische Eckdaten, Gruppe Psychodrama . . . . .	193
7.7. Relevanzanalyse, Gruppe Integrative Gestalttherapie, ers- te Erhebung . . . . .	202
7.8. Relevanzanalyse, Gruppe Integrative Gestalttherapie, zwei- te Erhebung . . . . .	202
7.9. Relevanzanalyse, Gruppe Psychodrama, erste Erhebung	203
7.10. Relevanzanalyse, Psychodrama, zweite Erhebung . . . .	203



7.11. Relevanzanalyse, Gruppe Integrative Therapie, erste Erhebung . . . . .	204
7.12. Relevanzanalyse, Gruppe Integrative Therapie, zweite Erhebung . . . . .	205
7.13. Relevanzanalyse, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, erste Erhebung . . . . .	206
7.14. Relevanzanalyse, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, zweite Erhebung . . . . .	206
7.15. Statistische Eckdaten, Teilnehmerin A . . . . .	236
7.16. Relevanzanalyse, Teilnehmerin A, erste Erhebung . . . .	237
7.17. Relevanzanalyse, Teilnehmerin A, zweite Erhebung . . .	237
7.18. Statistische Eckdaten, Teilnehmerin B . . . . .	243
7.19. Relevanzanalyse, Teilnehmerin B, erste Erhebung . . . .	243
7.20. Relevanzanalyse, Teilnehmerin B, zweite Erhebung . . .	244
7.21. Statistische Eckdaten, Teilnehmerin C . . . . .	249
7.22. Relevanzanalyse, Teilnehmerin C, erste Erhebung . . . .	250
7.23. Relevanzanalyse, Teilnehmerin C, zweite Erhebung . . .	250
7.24. T-Test bei verbundenen Stichproben, Gesamtstichprobe	253
7.25. Einfaktorielle Varianzanalyse, Therapierichtung als unabhängige Variable . . . . .	256
7.26. Wilcoxon-Test, Gruppe Psychodrama . . . . .	257
7.27. Wilcoxon-Test, Gruppe Integrative Gestalttherapie . . .	257
7.28. Wilcoxon-Test, Gruppe Integrative Psychotherapie . . .	258
7.29. Wilcoxon-Test, Gruppe Integrative Psychotherapie für Medizinerinnen . . . . .	259
8.1. Kategorienschema inklusive ausgewählter Ankerbeispiele	263
8.2. Subkategorien der Kategorie „Symptome und Probleme“	264

8.3. Subkategorien der Kategorie „Verweis auf allgemeine Faktoren“ . . . . .	265
8.4. Verteilung Subkategorie „konkrete Intervention“ und „therapiefremde Intervention“ . . . . .	266
8.5. Subkategorie „Verweis auf allgemeine Faktoren“ (Auswahl) und „Medikation bzw. Facharzt“ . . . . .	267
8.6. Subkategorie „Therapieziele“ . . . . .	268



# Vorbemerkungen

Ich habe mich zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes dazu entschieden, nicht weibliche und männliche Formulierungen im Text anzuführen. Da die Psychotherapie ein von Frauen dominiertes Berufsfeld darstellt und auch die Mehrheit der TeilnehmerInnen an dieser Studie Frauen waren, werden in dieser Arbeit nur weibliche Formulierungen benutzt. Selbstverständlich sind männliche Therapeuten und Patienten aber stets mitgedacht.

In der folgenden Arbeit werden die Begriffe Psychotherapeutin und Therapeutin gleichgesetzt, das heißt, wenn von Therapeutinnen gesprochen wird, sind immer Psychotherapeutinnen gemeint.

Die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit umfassen ausgewählte, wichtige Forschungsergebnisse zur Psychotherapie und zur Psychotherapieausbildung. Dem österreichischen Modell folgend, werden dabei alle in Österreich anerkannten Psychotherapieverfahren (siehe 5.6) als Psychotherapie bezeichnet. Bei einzelnen Forschungsergebnissen, die sich auf bestimmte theoretische Orientierungen beziehen, wird dies explizit angegeben.



# Kapitel 1

## Einleitung

„Die laufenden Ausbildungsprogramme bringen, soweit wir das untersucht haben, sehr brauchbare Therapeuten hervor.“ (Caspar, 2003, S. 404)

Diese Ansicht stützt sich vor allem auf diverse Psychotherapiewirksamkeitsstudien, die Forschung zur Psychotherapieausbildung selbst steckt noch in den Kinderschuhen. Psychotherapieausbildungen sind kaum wissenschaftlich fundiert und die Wirksamkeit verschiedener Ausbildungselemente sind bis heute nicht nachgewiesen (vgl. Caspar, 2003). Diese Tatsache muss als Missstand betrachtet werden, da anzunehmen ist, dass die Qualität der Psychotherapieausbildung auch die spätere Qualität der therapeutischen Arbeit der Therapeutinnen beeinflusst. Damit haben nicht nur die Ausbildungskandidatinnen, die ja viel Zeit, Arbeit, Mühe und Geld in diese Ausbildung investieren, sondern auch Patientinnen, ein Interesse daran, dass Psychotherapieausbildung beforscht, evaluiert und, falls notwendig, verbessert wird (vgl. Vogel und Schieweck, 2005b; Vogel und Alpers, 2009; Strauß und Freyberger, 2009).

In der psychotherapeutischen Ausbildung sollen Kompetenzen, also „Können“ im Gegensatz zu reinem Wissen, vermittelt werden. Welche Kompetenzen vermittelt werden sollen, wird teilweise schulenspezifisch unterschiedlich definiert. Es scheint sich allerdings ein Konsens hinsichtlich dreier Kompetenzgruppen zu bilden. Dazu zählen fachlich-konzeptionelle Kompetenzen, personale Kompetenzen und Beziehungskompetenz (vgl. Strauß und Kohl, 2009b; Kahl-Popp, 2007; Revenstorf, 2009).

Kompetenzen werden durch Bildungs- und Entwicklungsprozesse erworben. Orlinsky und Ronnestad (2005) konnten in einer Studie mit über 8000 Therapeutinnen weltweit zeigen, dass Therapeutinnen unterschiedlicher therapeutischer Schulen vergleichbare Entwicklungsprozesse durchlaufen.

In der vorliegenden Arbeit soll nun die Entwicklung einer psychotherapeutischen Kompetenz, der konzeptionellen Kompetenz nach Kahl-Popp (2007), erfasst werden. Dazu wurden Ausbildungskandidatinnen verschiedener Ausbildungsrichtungen (Integrative Therapie, Psychodrama, Integrative Gestalttherapie) aufgefordert, zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten in ihrer Ausbildung eine Fallvignette anhand dreier Fragen zu beantworten. Diese Antworten wurden jeweils mit GABEK bzw. WinRelan und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet und die Unterschiede zwischen den zwei Erhebungen interpretiert.

Im ersten Abschnitt der vorliegenden Arbeit werden die theoretischen Grundlagen der Studie zusammengefasst. In Kapitel 2 wird zuerst der Kompetenzbegriff definiert. Anschließend werden in Kapitel 3 grundlegende Erkenntnisse der Psychotherapieforschung zusammengefasst. Als erstes wird dabei die Metaanalyse von Wampold (2001) beschrieben,

da das darin definierte kontextbezogene Denkmodell der Psychotherapie die Grundlage für die konzeptionelle Kompetenz nach Kahl-Popp (2007) bildet. Einen weiteren Schwerpunkt im dritten Kapitel bilden weitere Forschungsergebnisse zur Person der Therapeutin und ihrem Einfluss auf den Therapieerfolg. Im Anschluss werden Studien zu weiteren Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg, wie die Person der Patientin, die therapeutischen Interventionen, allgemeine Wirkfaktoren und im Besonderen die therapeutische Beziehung und die konsistente theoretische Überzeugung der Therapeutin zusammengefasst. Es sei hier jedoch angemerkt, dass es sich bei den in diesem Kapitel vorgestellten Studien lediglich um eine Auswahl handelt, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Den Abschluss dieses Kapitels bildet eine Beschreibung der Therapieverfahren der Ausbildungskandidatinnen, die an dieser Studie teilgenommen haben.

Im vierten Kapitel werden schließlich therapeutische Kernkompetenzen beschrieben. Die Grundlage bilden dabei das Positionspapier der deutschen Psychotherapeutenkammer sowie die Arbeit von Kahl-Popp (2007), die zwischen fachlich-konzeptionellen Kompetenzen, personaler Kompetenz und Beziehungskompetenz unterscheiden. Im Anschluss daran werden verschiedene Entwicklungsmodelle psychotherapeutischer Kompetenz dargestellt.

Das fünfte Kapitel ist der Ausbildung zur Psychotherapeutin gewidmet. Zu Beginn werden die Ziele der Ausbildung, die in Deutschland und Österreich jeweils durch Gesetzestexte festgelegt sind, beschrieben. Im Anschluss daran werden die zentralen Bestandteile der Ausbildung, das Besondere der psychotherapeutisch-pädagogischen Beziehung in der Ausbildung und die Kompetenzen der Ausbilderinnen diskutiert. Einen weiteren Schwerpunkt des fünften Kapitels stellt eine Übersicht über Forschungsergebnisse zur Psychotherapieausbildung



dar. Abschließend werden die Besonderheiten der Psychotherapieausbildung in Österreich erläutert.

Im zweiten Abschnitt liegt der Fokus auf dem Forschungsdesign und den mit den gewählten Methoden erfassten Ergebnissen. Kapitel 6 beschreibt den Forschungsprozess und das Design der vorliegenden Studie. Im siebten Kapitel wird zuerst die Auswertungsmethode GABEK beschrieben und anschließend werden die durch diese Methode gewonnenen Ergebnisse dargestellt. In Kapitel 8 werden die Grundlagen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) erläutert und die damit gewonnenen Ergebnisse zusammengefasst.

Im dritten und letzten Abschnitt werden schließlich die Ergebnisse der Arbeit nochmals zusammengefasst und interpretiert. Abschließend werden die Grenzen der vorliegenden Arbeit und weitere aufbauende Forschungsmöglichkeiten dargestellt.

# Teil I

## Grundlagen



## Kapitel 2

# Der Kompetenzbegriff

Nach Erpenbeck und Von Rosenstiel (2007) sind Kompetenzen Dispositionen selbstorganisierten Handelns. Die wichtigsten Kompetenzklassen sind personale Kompetenzen, aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen, fachlich-methodische Kompetenzen und sozial-kommunikative Kompetenzen. Kompetenzen umfassen zwar Qualifikationen, Wissen und Fertigkeiten, sind aber nicht mit ihnen gleichzusetzen (vgl. Erpenbeck und Von Rosenstiel, 2007).

Kahl-Popp (2007) empfiehlt den Begriff der „Kompetenz“ für die Bezeichnung psychotherapeutischer Fähigkeiten und Fertigkeiten, da dieser Begriff, so Kahl-Popp (2007) am ehesten die Verknüpfung von Persönlichkeit und Methode widerspiegelt und damit gleichzeitig auf die besondere Herausforderung der psychotherapeutischen Ausbildung hinweist - es geht nicht nur um die Vermittlung von Technik, sondern auch um Bildung, um Entwicklung, die in einem Interaktionsprozess stattfindet. So ist psychotherapeutische Kompetenz als Bildungsaufgabe zu verstehen und umfasst nach Löwisch (2000) zwei relevante Ebenen: „Kompetenz ersten Grades bezieht sich auf Qualifikationen, die durch Vermittlung, Lehrerfahrung, Trainings- und Schulungsverfahren

erzeugt werden. Kompetenz zweiten Grades ist bezogen auf die Qualität des Handelns.“ (Löwisch, 2000, S. 13)

Vom Begriff der Kompetenz abzugrenzen sind die Begriffe „Fähigkeit“ und „Fertigkeit“, die im Folgenden definiert<sup>1</sup> werden.

Als Fähigkeit bezeichnet man

„die Gesamtheit der zur Ausführung einer bestimmten Leistung erforderlichen Bedingungen. In der Lebensgeschichte entstandene, komplexe Eigenschaften, die als verfestigte Systeme verallgemeinerter ps. Prozesse den Tätigkeitsvollzug steuern (Hacker 1973). Eine Fähigkeit wird operationalisiert durch eine bestimmte Leistung in einem Test, wobei man davon auszugehen hat, daß die F. im Test nur unvollständig erfaßt wird. Zum Zwecke der Einteilung der Tests fast Cronbach (1970) den Begr. der F. etwas enger. Von Tests für Fähigkeitenen würde man demnach sprechen, wenn der Pb den für ihn maximal erreichbaren Testwert erhalten möchte.“ (Häcker und Stapf, 1998, S. 261)

Der Begriff Fertigkeit ist zum einen

„(a) beschreibende Bezeichnung für aufgabenbezogene, menschliche Aktivitäten; gebräuchliche Unterteilungen sind (senso-)motorische Fertigkeiten (z.B. Radfahren, Schwimmen, aber auch elementare Bewegungen wie Zielbewegungen), kognitive Fertigkeiten (z.B. Kopfrechnen, Problemlösen), kognitive motorische Fähigkeiten (z.B. Schreiben, Musizieren), soziale Fertigkeiten, sprachliche Fertigkeiten,

---

<sup>1</sup>Die Definitionen der beiden Begriffe stammen aus „Dorsch Psychologisches Wörterbuch“ 1998

perzeptive Fertigkeiten. In der Regel schließt der Begriff ein Gütekriterium für die Leistung ein: Fertigkeiten werden beherrscht bzw. erworben. (Der deutsche Begriff F. erlaubt nicht die Verwendung als Adjektiv, die dem englischen Gegensatzpaar *skilled* - *unskilled* entspricht.) Gelegentlich kommt zum Aspekt der Beherrschung/Gekonntheit auch der der Stereotypie und Verfestigung hinzu.“ (Häcker und Stapf, 1998, S. 282).

Zum anderen ist der Begriff Fertigkeit

„(b) erklärender Begriff für menschliche Leistungen; erworbene spezielle Strukturen für die Steuerung bestimmter Handlungen (z.B. Gehen, Werfen), die dann weitgehend automatisch (Automatisierung) vollzogen werden können. F. in diesem Sinne ist einem generalisierten Bewegungsprogramm ähnlich.“ (Häcker und Stapf, 1998, S. 282).

Außerdem versteht man Fertigkeit

„(c) als Gegensatz zu Fähigkeit. F als Leistung bei einer bestimmten Aufgabe, die sich auf dem Hintergrund aufgabenübergreifender, personenspezifischer Fähigkeiten durch Übung herausbildet.“ (Häcker und Stapf, 1998, S. 282)

Es ist hier jedoch anzumerken, dass in dieser Arbeit diese Begriffe nicht diesen Definitionen entsprechend, sondern den zitierten Autorinnen folgend, benutzt werden. Beide Begriffe werden von vielen der hier zitierten Autorinnen synonym gebraucht bzw. unzureichend definiert. Dies mag darin begründet sein, dass es in der Psychotherapieforschung nur wenig Anknüpfung zur Pädagogischen Psychologie als auch zur Pädagogik gibt. Neben der hier erwähnten Unschärfe in der Trennung

der Begriffe Fertigkeit und Fähigkeit, zeigt sich die Kluft zwischen der Psychotherapieforschung und der Pädagogik auch in der Vernachlässigung der Auseinandersetzung mit der Therapiedidaktik.

## Kapitel 3

# Psychotherapie

„Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess der Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/-oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“ (Strotzka, 1975, zitiert nach Rudolf, 2008a)

Obwohl diese Definition nun bereits über 30 Jahre alt ist, hat sie auch heute noch Gültigkeit (vgl. Buchholz, 1999; Rudolf, 2008a). Dass Psychotherapie wirkt, konnte in verschiedensten kontrollierten und randomisierten Studien („efficacy studies“) mit hoher interner Validität als auch in naturalistischen Studien („effectiveness studies“) mit hoher externer Validität nachgewiesen werden (vgl. Strauß, 2004; Wampold,



2001; Lambert und Ogles, 2004). Ebenso gibt es seit den 1980er Jahren eine steigende Zahl von Metaanalysen zur Psychotherapiewirksamkeitsforschung (beginnend mit der Metaanalyse von Smith, Glass und Miller, 1980), die allerdings unterschiedliche Effektstärken als Ergebnis haben und besonders positiv für kognitiv-behaviorale Psychotherapieverfahren ausfallen. Die Ergebnisse dieser Metaanalysen sind kritisch zu hinterfragen, wie Lambert und Ogles (2004) zeigen. Sie weisen darauf hin, dass in den verglichenen Studien meist nur „leichte Fälle“ (beispielsweise durch den Ausschluss von Patientinnen mit Komorbiditäten) berücksichtigt wurden, wodurch die ökologische Validität sinkt, und dass zur Messung des Therapieerfolgs Instrumente verwendet wurden, bei denen Reaktivitätseffekte wahrscheinlich sind. Außerdem wurde auch der „allegiance effect“ nicht berücksichtigt, d.h. der Einfluss der theoretischen Orientierung der Forscherinnen auf das Ergebnis. Wampold (2001) konnte in einer Metaanalyse zeigen, dass Psychotherapie hochwirksam ist, dass es aber nicht auf die konkrete Therapieform ankommt, sondern auf die kompetente Durchführung der Therapie (vgl. auch Revenstorf, 2009).

In diesem Kapitel werden nun als erstes die Ergebnisse dieser Metaanalyse erläutert. Im Anschluss werden Forschungsergebnisse zum Einfluss der Therapeutin sowie der Patientin auf den Therapieerfolg zusammengefasst. Des Weiteren wird die Bedeutung therapeutischer Interventionen, allgemeiner Wirkfaktoren, insbesondere der therapeutischen Beziehung, sowie einer konsistenten theoretischen Überzeugung dargestellt. Abschließend werden die Grundlagen der in dieser Studie berücksichtigten Psychotherapieverfahren kurz beschrieben. Wichtig ist es dabei festzuhalten, dass das Ziel dieses Kapitels nicht darin besteht, die Ergebnisse der Psychotherapieforschung umfassend und in ihrer Breite und Tiefe wiederzugeben, sondern einzelne Aspekte, die für die

Ausbildungsforschung bzw. für die Beschreibung psychotherapeutischer Kompetenzen notwendig sind, kurz darzustellen.

## 3.1. Wampolds Metaanalyse

Wampold (2001) kommt in seiner Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass Psychotherapie wirksam ist, sofern die theoretischen Konzepte und praktischen Anwendungsformen die Kriterien des kontextbezogenen Denkmodells erfüllen. Das kontextbezogene Denkmodell steht im Gegensatz zum medizinischen Denkmodell. Im Folgenden werden zum Verständnis beide Modelle erklärt.

### 3.1.1. Das medizinische Denkmodell

Die Ursprünge der Psychotherapie liegen bei Sigmund Freud und sind durch das medizinische Modell geprägt. Neben der Psychoanalyse weist dieses Modell aber auch einen historischen Bezug zum Behaviorismus und damit zur Verhaltenstherapie auf. Das Modell besteht aus fünf Teilen (vgl. Wampold, 2001):

1. Die zu behandelnde Person weist ein Symptom, eine Störung oder Beschwerden auf, die behandelt werden sollen.
2. Die Symptome bzw. Beschwerden werden durch eine psychologische, wissenschaftlich untermauerte Erklärung begründet und die Entstehung damit erklärt. Für die meisten Krankheitsbilder gibt es allerdings mehrere Erklärungsmöglichkeiten. Depression kann beispielsweise durch irrationale und maladaptive Gedanken (kognitive Therapie), zuwenig Verstärkung lustvoller Aktivitäten (Verhaltenstherapie) oder Probleme, die aus sozialen Beziehungen entstehen (interpersonelle Therapie) erklärt werden.

3. Je nachdem, welches Erklärungsmodell in der jeweiligen Psychotherapieschule als zentral angenommen wird, wird das Konzept der Veränderung der Symptoms bestimmt. Es gibt also eine Theorie über die Veränderungsmechanismen, die zur Auflösung oder Linderung der Beschwerden führen.
4. Aus dem Modell der Veränderung werden spezifische therapeutische Interventionen abgeleitet.
5. Der fünfte Bestandteil des medizinischen Denkmodells ist die Spezifität. Ein Symptom wird einer Krankheit, einer Diagnose zugeordnet, es gibt ein Erklärungsmodell dazu und darauf aufbauend ein spezifisches Vorgehen. Dieses spezifische Vorgehen ist ausschlaggebend für den Erfolg der Therapie, mit anderen Worten wird die Bedeutung spezifischer Wirkfaktoren stärker angenommen als der Einfluss allgemeiner Wirkfaktoren.

Psychotherapie ist in diesem Modell angewandte Theorie, für bestimmte Störungsbilder können spezifizierte Behandlungsverfahren entwickelt werden (vgl. Kahl-Popp, 2007). Diese Behandlungsverfahren werden häufig in Therapiemanualen zusammengefasst, die ein standardisiertes therapeutisches Vorgehen beschreiben. Die typischen Komponenten eines Manuals sind identisch mit den fünf Komponenten des medizinischen Modells.

### 3.1.2. Das kontextbezogene Denkmodell

Nach Arkowitz (1992, zitiert nach Wampold, 2001) gibt es drei Entwicklungen, die zur Unzufriedenheit mit dem medizinischen Denkmodell führten und damit ausschlaggebend für die Entwicklung des kontextbezogenen Denkmodells der Psychotherapie waren: Durch vermehrte

Ansätze zur theoretischen Integration verschiedener Therapieschulen wurde erstens deutlich, dass es für ein Symptom oder ein Problem mehrere verschiedene Erklärungsmodelle gibt und dementsprechend auch unterschiedliche Vorgehensweisen zur Linderung der Symptome. Dies widerspricht allerdings dem Grundgedanken der Spezifität des medizinischen Modells. Zweitens führt Arkowitz (1992) technischen Eklektizismus an, da insbesondere durch Forschung auf der Ebene der psychotherapeutischen Techniken Belege für das kontextbezogene Denkmodell gefunden werden konnten. Den dritten Faktor stellt der so genannte „Dodo-Bird-Effekt“ dar. Die Bezeichnung geht zurück auf Rosenzweig (1936, zitiert nach Wampold, 2001) in Anlehnung an Alice im Wunderland und beschreibt die Tatsache, dass verschiedene Therapieschulen dieselben Argumente - positiver Outcome - als Beweis für die Wirksamkeit ihrer Therapie heranzogen. Im Zusammenhang mit dem Dodo-Bird-Effekt wurde das erste Mal die Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren für den Therapieerfolg wahrgenommen. Diese allgemeinen Wirkfaktoren (siehe dazu Kapitel 3.5) beziehen sich auf Therapieaspekte, die allen Therapieschulen gemeinsam sind. Das kontextbezogene Denkmodell der Psychotherapie kann aus diesen allgemeinen Wirkfaktoren abgeleitet werden.

Die Grundlage des kontextbezogenen Denkmodells ist ein Menschenbild, in dem Persönlichkeit und Individualität aus dem Bezug zur menschlichen Umwelt heraus entwickelt werden. Die Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin ist zentral. Diese Beziehung stellt ein „heilsames Setting“ dar und ist stark emotional befrachtet. Die Therapeutin verfügt über ein Konzept, das der Patientin eine plausible Erklärung für die Entstehung der Symptome anbietet und ein Vorgehen zur Auflösung der Beschwerden aufzeigt. Dabei geht es nicht um eine „allgemeingültige Wahrheit“ oder theoretisch fundierte Erklärungsmodelle, wichtig ist

die Plausibilität, die Glaubwürdigkeit und die Akzeptanz von Seiten der Patientin als auch von Seiten der Therapeutin. Die Interventionen sind nicht abhängig von der Symptomatik, sondern dienen vor allem dem Aufbau der therapeutischen Beziehung, sie verstärken das Gefühl der Verbundenheit mit der Therapeutin (vgl. Wampold, 2001; Kahl-Popp, 2007).

Insbesondere das Zusammenbringen der „Expertenperspektive“ und der „Patientenperspektive“ scheint allerdings schwierig zu sein, wie verschiedene Studien zeigen (vgl. Petzold u. a., 1998).

Wampold (2001) zeigt in seiner Metaanalyse, dass das kontextbezogene Denkmodell das für die Psychotherapie wirksame Denkmodell darstellt. Außerdem zeigt sich, so Buchholz (2004) im Psychonewsletter Nr. 1, dass der interpersonelle Charakter von Störungen, wie er auch im kontextbezogenen Denkmodell beschrieben wird, zunehmend anerkannt wird und dass die impliziten Theorien der Patientinnen über die Entstehung ihrer Störung und über die notwendige Behandlung mehr und mehr Aufmerksamkeit erhält, da die Wirkung der Psychotherapie auch durch die Überzeugung der Patientinnen, dass die Behandlung wirksam ist, bedingt ist. Daraus lässt sich ableiten, dass weniger spezifische Faktoren für den Therapieerfolg verantwortlich sind, sondern so genannte allgemeine Wirkfaktoren. Dies wird in Kapitel 3.5 ausführlicher behandelt.

## 3.2. Die Therapeutin

„As a rule, the study of psychotherapies has been favored over the study of psychotherapists - as if therapists, when

properly trained, are more or less interchangeable.“ (Orlinsky und Ronnestad, 2005, S. 5)

Insbesondere in Outcome-Studien wurde die Therapeutin (als auch die Patientin und der therapeutische Prozess) in der Vergangenheit meist kaum berücksichtigt oder der Einfluss der Therapeutin als „error variance“ angesehen (vgl. Beutler, 1997; Elkin, 1999). Es scheint, als würde in manchen Studien sogar angenommen, dass alle Therapeutinnen einer theoretischen Orientierung die gleiche (gute) Leistung zeigen. Interpersonelle Unterschiede und der Einfluss der Persönlichkeit der Therapeutin auf den Therapieerfolg werden selten berücksichtigt (vgl. Garfield, 1997; Orlinsky und Ronnestad, 2005; Elkin u. a., 2006; Ronnestad und Skovholt, 2005). Dabei legt gerade das berühmte Dodo-Bird-Verdikt (Alle haben gewonnen und jeder muss einen Preis bekommen) nahe, dass es zwischen Therapeutinnen derselben theoretischen Ausrichtung stärkere Unterschiede gibt, als zwischen verschiedenen Behandlungsansätzen (vgl. Ronnestad und Skovholt, 2005).

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass der Therapieerfolg auch bei sehr stark standardisierten Behandlungen maßgeblich von der Person der Therapeutin beeinflusst wird (vgl. Sandell u. a., 2006b; Beutler u. a., 2004; Luborsky u. a., 1997; Kim u. a., 2006; Okiishi u. a., 2003, 2006; Blatt u. a., 1996; Luborsky u. a., 1985). Elkin u. a. (2006) merken dazu aber an, dass in einigen dieser Studien methodische Mängel bzw. geringe Stichprobengröße für die Effekte verantwortlich sein können. In ihrer eigenen Studie (Elkin u. a., 2006) konnte kein signifikanter „Therapeuteneffekt“ gefunden werden (vgl. Elkin u. a., 2006). Wampold und Bolt (2006) entgegnen darauf allerdings wiederum, dass Elkin u. a. (2006) in ihrer Analyse Modelle und Methoden wählten, die den Therapeuteneffekt verringerten, und dass, wie Kim u. a. (2006)

zeigen, in dieser Studie durchaus signifikante Therapeuteneffekte nachgewiesen werden konnten. Zweifelsfrei zeigt diese Uneinigkeit bei den Forscherinnen des National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, dass noch mehr Studien in diesem Bereich notwendig sind, um eindeutige Aussagen treffen zu können.

Eine Schwierigkeit, bei der Beforschung des Einflusses der Therapeutin auf den Therapieerfolg liegt darin, dass eine Vielzahl von individuellen Charakteristika bedeutsam sein könnten. Mit anderen Worten ist es schwierig die „Person“ der Therapeutin an sich zu erfassen (vgl. Elkin u. a., 2006).

Bei Beutler u. a. (2004) werden die Merkmale von Therapeutinnen anhand von zwei Achsen in vier Quadranten unterteilt. Die erste Achse beschreibt die Dimension „trait vs. state“. Als „trait“ werden Eigenschaften der Therapeutin bezeichnet, die sich nicht aus ihrer Rolle als Therapeutin ergeben, sondern aus ihrem „außertherapeutischen Leben“ stammen. Diese Merkmale sind über die Zeit stabil und können nicht kurzfristig verändert werden. Als „state“ hingegen werden Merkmale bezeichnet, die sich durch die Aneignung der therapeutischen Rolle entwickeln und mit Hilfe von Training systematisch entwickelt werden können. Die zweite Achse beschreibt die Dimension „observable vs. inferred“. An einem Ende stehen Merkmale, die objektiv ohne Befragung der Therapeutin erfasst werden können. Am anderen Ende des Kontinuums stehen Merkmale, die nur subjektiv durch die Therapeutin selbst angegeben werden können. Durch diese zwei Achsen werden die folgenden vier Quadranten beschrieben, die in Abbildung 3.1 dargestellt sind.

1. **Observable Traits:** Dazu zählen objektiv beobachtbare Eigenschaften wie beispielsweise Geschlecht, Alter und die Zugehörig-

keit zu einer bestimmten ethnischen Gruppe.

2. **Inferred Traits:** Zu dieser Gruppe zählen Eigenschaften, die über die Zeit konstant, jedoch nicht direkt durch Beobachtung erschlossen werden können, wie beispielsweise sexuelle Orientierung oder Religionszugehörigkeit sowie das Wohlbefinden der Therapeutin, ihre Persönlichkeit und persönliche Copingstrategien sowie ihre Werte. Diese Eigenschaften interagieren mit bestimmten Attributen von Patientinnen, die (Nicht-)Übereinstimmung dieser Merkmale bei Therapeutin und Patientin kann das Verhalten beeinflussen. Es gibt in diesem Bereich aber nur verhältnismäßig wenige Studien.
3. **Observable States:** Im Gegensatz zu den davor genannten Eigenschaften umfasst diese Gruppe Merkmale, die sich mit der Zeit verändern können, wie der berufliche Hintergrund und der therapeutische Stil.
4. **Inferred States:** Zu dieser Gruppe gehört subjektive, therapie-spezifische Merkmale wie die therapeutische Beziehung, therapeutische Haltungen, Erwartungen und sozialer Einfluss.

### 3.2.1. Objektiv beobachtbare Eigenschaften

Beutler u. a. (2004) stellen fest, dass es kaum wissenschaftliche Belege für einen Zusammenhang von Geschlecht, Alter oder ethnischer Zugehörigkeit und Therapieerfolg gibt. Die wenigsten Untersuchungen gibt es zur Variable Alter, am meisten Untersuchungen zum Geschlecht der Therapeutin.



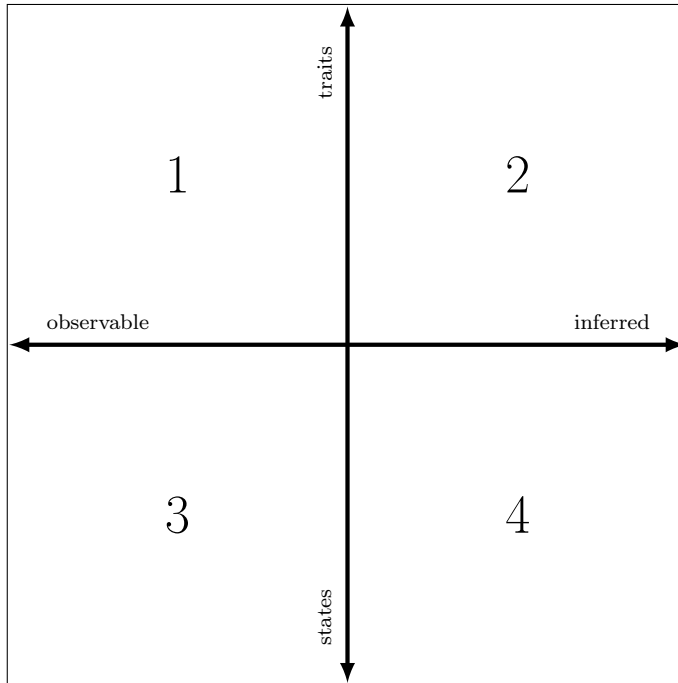


Abbildung 3.1.: Eigene Darstellung der vier Quadranten der Therapeutinnenmerkmale nach Beutler u. a. (2004)

### 3.2.1.1. Geschlecht der Therapeutin

Beutler u. a. (2004) konnten in ihrer Metaanalyse keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Therapeutin und dem Therapieerfolg beziehungsweise dem Dropout nachweisen. Eine jüngere Studie von Okiishi u. a. (2006) mit mehr als 5000 Patientinnen und 71 Therapeutinnen konnte ebenfalls keine signifikanten Zusammenhang

zwischen Outcome und Geschlecht der Therapeutin finden.

### **3.2.1.2. Alter der Therapeutin**

Die Messung des Zusammenhangs zwischen dem Alter der Therapeutin und dem Therapieerfolg ist methodisch schwierig, da das Alter meist stark mit der Erfahrung korreliert. Beutler u. a. (2004) halten fest, dass es kaum Studien gibt, die das Alter der Therapeutin als Prädiktorvariable miteinbeziehen. Auch Studien, die das Alter der Therapeutin in Beziehung zum Alter der Patientin setzen sind rar. Bemerkenswert ist in dieser Hinsicht die Studie von Beck (1988, zitiert nach Beutler u. a., 2004), die zeigt, dass Therapeutinnen, die mehr als zehn Jahre jünger als ihre Patientinnen waren, den schlechtesten Therapieoutcome aufwiesen.

### **3.2.1.3. Ethnische Zugehörigkeit der Therapeutin**

Es gibt keine Studien, die ethnische Zugehörigkeit der Therapeutin unabhängig der ethnischen Zugehörigkeit der Patientin mit dem Therapieerfolg in Zusammenhang setzen. Die Annahme, dass die gemeinsame Angehörigkeit zur selben Volksgruppe einen Prädiktor für Therapieerfolg darstellt, ist zwar gemeinhin anerkannt, gründet jedoch meist nicht auf empirischen Daten (vgl. Beutler u. a., 2004). In ihrer Metastudie können Beutler u. a. (2004) aber zeigen, dass es eine signifikante, wenn auch sehr schwache Effektstärke ( $r = 0,02$ ;  $p < 0,05$ ) gibt. In einigen Studien konnte außerdem gezeigt werden, dass die Dropoutgefahr bei einer Diskrepanz der ethnischen Zugehörigkeit zwischen Therapeutin und Patientin besonders hoch ist.

#### **3.2.1.4. Ursprungsberuf**

Orlinsky und Ronnestad (2005) zeigen, dass Psychotherapeutinnen, die ursprünglich Ärztinnen waren im Vergleich zu Psychologinnen und Angehörigen anderer Berufsgruppen häufiger ihre therapeutische Arbeit als „distressing“ oder „disengaged“ wahrnehmen. Nur ein Drittel der Befragten bezeichnet die therapeutische Arbeit als effektiv (immer noch allerdings die größte Gruppe), bei den Psychologinnen und Angehörigen anderer Berufsgruppen sind es jeweils mehr als die Hälfte (vgl. Orlinsky und Ronnestad, 2005).

Eine Analyse der Daten des National Institut of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program zeigte, dass besonders „wirksame“ Therapeutinnen häufig eine eher psychologische als biologische Orientierung haben, dass sie häufiger Psychologinnen als Ärztinnen sind und dass sie seltener (zusätzlich) medikamentös behandeln (vgl. Blatt u. a., 1996).

#### **3.2.2. Nicht-objektiv erfassbare Eigenschaften**

Diese Gruppe umfasst Eigenschaften, die nur durch Selbstbeurteilung der Therapeutin erfasst werden können. Dazu zählen einerseits Persönlichkeitsmerkmale, aber auch das Wohlbefinden der Therapeutin sowie ihre Einstellungen. Diese Gruppe scheint einen mittleren Einfluss auf den Therapieerfolg zu haben.

##### **3.2.2.1. Persönlichkeitsmerkmale der Therapeutin**

In den wenigen Studien zur Bedeutung der Persönlichkeitsmerkmale der Therapeutin für den Therapieerfolg, bleibt teilweise unklar, ob die Merkmale an sich oder die Ähnlichkeit bzw. Unterschiedlichkeit zu Merkmalen der Patientin den Erfolg der Therapie mitbeeinflussen

(vgl. Willutzki und Laireiter, 2005).

Studien zum Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Persönlichkeitseigenschaften konnten bisher kaum signifikante Ergebnisse zeigen. Dies kann daran liegen, dass die Instrumente zur Erfassung der Persönlichkeit in der Regel sehr allgemein gehalten sind und damit nicht für die Erfassung der Auswirkung der Persönlichkeit auf den Therapieerfolg geeignet sind (vgl. Beutler u. a., 2004).

Henry u. a. (1990) konnten in einer Studie mit 14 therapeutischen Dyaden zeigen, dass Therapeutinnen, die sich selbst als dominant beschreiben, eher schlechtere Therapieergebnisse erzielen, vielleicht weil sie über zu wenig therapeutische Flexibilität verfügen.

#### **3.2.2.2. Wohlbefinden**

Beutler, Machado und Neufeldt (1994, zitiert nach Beutler u. a., 2004) beschreiben positive, wenngleich nicht besonders stark ausgeprägte Zusammenhänge zwischen dem Wohlbefinden der Therapeutin und dem Therapieergebnis. Dies wurde manchmal als Legitimation für die Selbsterfahrung der Therapeutinnen in Ausbildung herangezogen, ein Zusammenhang zwischen Selbsterfahrung der Therapeutin und Therapieerfolg konnte allerdings nicht nachgewiesen werden (siehe dazu auch 5.2.1). Auch die Annahme, dass Selbsterfahrung zu höherem Wohlbefinden führt konnte nicht belegt werden (vgl. Beutler u. a., 2004; Willutzki und Laireiter, 2005).

#### **3.2.2.3. Werte und Einstellungen**

Es herrscht keine Einigkeit darüber, was als „Wert“ anzusehen ist und es gibt kaum empirische Forschung, die die Werte der Therapeutin in Bezug zum Therapieerfolg setzt. Die Ergebnisse der wenigen Studien,

die es dazu gibt, sind inkonsistent. Auch zu Religiösität bzw. Religionszugehörigkeit und Therapieoutcome gibt es zu wenige Studien für eine Metaanalyse.

Verstärktes Forschungsinteresse galt in den letzten Jahren der Einstellung von Therapeutinnen hinsichtlich Gender und sexueller Orientierung. Es konnte gezeigt werden, dass homophobe Einstellungen der Therapeutinnen ihre Bereitschaft mit homosexuellen Patientinnen zu arbeiten, ihre Wahrnehmung von Verantwortung (insbesondere wenn die Patientin HIV-positiv ist) und ihr klinisches Urteil beeinflussen. Die Auswirkungen auf den Therapieerfolg wurden bisher nicht erforscht.

Neben Einstellungen zu sexueller Orientierung ist auch die Einstellung der Therapeutin zu Geschlechtsrollen ein möglicher Einflussfaktor des Therapieoutcomes. Therapeutinnen, die eine nicht-traditionelle Einstellung zu Geschlechterrollen haben, fördern stärker Veränderung und Zufriedenheit bei weiblichen Patientinnen als Therapeutinnen mit sehr traditionellen Rollenbildern.

Auch Altersdiskriminierung ist Thema in der Psychotherapieforschung, allerdings fehlen auch hier Daten hinsichtlich des Therapieoutcome. Es kann aber angenommen werden, dass negative Einstellungen zu Homosexualität, Bisexualität oder Alter sich negativ auf die therapeutische Beziehung und damit auch auf den Therapieerfolg auswirkt (vgl. Beutler u. a., 2004).

Kanfer u. a. (1996) halten fest, dass eine gute Therapeutin offen und tolerant gegenüber unterschiedlichen Lebensformen ihrer Patientinnen ist, dass sie aktiv bemüht ist verschiedene Lebenswelten kennenzulernen und dass sie eine gewisse kulturelle Sensibilität entwickelt.

### **3.2.3. Subjektive, therapiespezifische States**

Zu dieser Gruppe zählen Überzeugungen und Haltungen, die die therapeutische Arbeit maßgeblich beeinflussen, z.B. die Gestaltung der therapeutischen Beziehung (ihre Bedeutung für den Therapieerfolg wird in Kapitel 3.6 beschrieben). Diese Gruppe beeinflusst den Therapieerfolg am stärksten.

Taubner u. a. (2010) zeigen, dass sich die therapeutischen Haltungen von Ausbildungskandidatinnen unterschiedlicher Schulen unterscheiden. So zählen für Ausbildungskandidatinnen der Verhaltenstherapie Anpassung, Unterstützung und Freundlichkeit, während die psychoanalytischen Ausbildungskandidatinnen mehr Wert auf Neutralität, Einsicht und Irrationalität legen. Die Kandidatinnen in Ausbildung zur Psychodynamischen Psychotherapeutin sehen auch Einsicht als heilsamen Faktor an, nehmen ansonsten aber eine Haltung zwischen den anderen beiden Gruppen ein. Es muss jedoch an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass es starke interindividuelle Unterschiede gibt. Eine Diskriminanzanalyse zeigte dass 31% der Psychodynamischen Psychotherapeutinnen in Ausbildung eine Haltung einnahmen, die charakteristisch für eine der anderen Gruppen war, 27% der Psychoanalytikerinnen zeigten eine Haltung, die der Gruppe der Psychodynamische Therapeutinnen entsprach. Diese Ergebnisse korrespondieren mit den Ergebnissen einer Studie mit erfahrenen Therapeutinnen von Klug u. a. (2008), wobei der Faktor Irrationalität am besten zwischen den drei Gruppen unterscheidet. Klug u. a. (2008) schließen daraus, dass die Psychoanalytikerinnen mehr als die Psychodynamischen Therapeutinnen und diese wiederum mehr als die Verhaltenstherapeutinnen das Unbewusste anerkennen.

In einer Studie mit psychodynamisch und psychoanalytisch orientierten Therapeutinnen konnte gezeigt werden, dass Kunstfertigkeit, Neu-

tralität und Freundlichkeit positiv mit dem Therapieerfolg korrelieren, während Pessimismus und Anpassung sich negativ auf den Therapieerfolg auswirken. Inwieweit diese therapeutischen Haltungen sich auch auf die therapeutischen Handlungen und Interventionen auswirken, konnte in dieser Studie jedoch nicht erhoben werden (vgl. Sandell u. a., 2006b, 2007).

### 3.2.4. Beobachtbare therapiespezifische States

Als beobachtbare therapiespezifische States zählen der berufliche Hintergrund (z.B. die Erfahrung, der Umfang der Ausbildung), der therapeutische Stil und die theoretische Orientierung bzw. die Interventionen (siehe dazu Kapitel 3.7 und 3.4, zu Studien zur Psychotherapieausbildung Kapitel 5.5). Es gibt nur wenige Belege für den Einfluss dieser Gruppe auf den Therapieoutcome.

Die Erfahrung der Psychotherapeutin korreliert stark mit dem Alter, Alter und Erfahrung können aber nicht gleichgesetzt werden (vgl. Beutler, 1997). Aussagen zur therapeutischen Erfahrung sind daher nur eingeschränkt möglich. Der therapeutische Stil ist nicht als Persönlichkeitsmerkmal anzusehen, da Stile dynamisch, multidimensional und interaktiv sind, mit anderen Worten kann sich der therapeutische Stil je nach Patientin und Sitzung verändern. Eine Möglichkeit zur Erfassung des therapeutischen Stils bietet das Circumplex-Modell nach Leary (1957), wobei „freundliches Verhalten“ (ein Konzept, das „positives Verhalten der Therapeutin“ umfasst), in verschiedenen Studien positiv mit dem Therapieoutcome korreliert (vgl. Beutler u. a., 2004). Auch Najavits und Strupp (1994) stellten fest, dass effiziente Therapeutinnen mehr positives Verhalten und weniger negatives Verhalten in den Therapiesitzungen zeigen, als weniger effiziente Therapeutinnen. Beispiele für positives Verhalten sind in dieser Studie Wärme, Bestätigung und

Verständnis sowie helfendes und schützendes Verhalten. Zu negativem Verhalten zählt beispielsweise Abwertung und Beschuldigung, Ignoranz und Vernachlässigung sowie Angreifen und Zurückweisung (vgl. Najavits und Strupp, 1994).

### 3.3. Die Patientin

Neben der Person der Therapeutin stellt auch die Patientin selbst einen Einflussfaktor für den Erfolg der Therapie dar. Insbesondere die „Passung“ zwischen Patientin und Methode scheint dabei von Bedeutung zu sein. So profitieren submissive Patientinnen eher von einer direktiven Therapie, wohingegen nicht direktive Psychotherapieverfahren eher für Patientinnen mit hohem Autonomiebedürfnis geeignet sind (vgl. Znoj und Grawe, 2004). Nach Beutler & Clarkin (1990, zitiert nach Znoj und Grawe, 2004) profitieren Patientinnen mit verhaltensorientierten Verarbeitungsmodus besonders von verhaltensorientierten Therapieverfahren, Patientinnen mit erlebnisorientierten Verarbeitungsmodus mehr von erlebnisorientierten Psychotherapieverfahren.

Auch hinsichtlich der Beziehungsgestaltung hat jede Patientin unterschiedliche Präferenzen. Während manche Patientinnen sich vor allem Verständnis und Unterstützung wünschen und aversiv auf Konfrontation reagieren, empfinden andere wiederum eine zu empathische und zurückhaltende Therapeutin als unangenehm (vgl. Lammers und Schneider, 2009). Therapeutinnen sollten die affektive Beziehungsgestaltung und das damit verknüpfte mimisch-interaktive Verhalten also jeweils an den (störungsspezifischen) Bedürfnisse der Patientin ausrichten (vgl. Krause und Merten, 2007; Benecke und Krause, 2005; Merten u. a., 1996; Anstadt u. a., 1997).

Saypol und Farber (2010) zeigen, dass die Selbstöffnung der Patien-



tin in der Therapie durch die Bindung an ihre Therapeutin beeinflusst wird. Diese wird wiederum durch die Fähigkeit der Patientin, mehr positive Gefühle und weniger negative Gefühle wahrzunehmen, beeinflusst. Neben dem Bindungsstil der Patientin wird die therapeutische Beziehung aber auch durch den Bindungsstil der Therapeutin beeinflusst. So entwickeln Therapeutinnen, die unsicher-verstrickt gebunden sind, bei vermeidend-/abweisend gebundenen Patientinnen, die eine deaktivierende Bindungsstrategie zeigen, eher negative Gegenübertragungen und intervenieren daher häufig kognitiv orientiert bzw. in einer eher kongruenten Weise zum Bindungsmuster der Patientin. Bei unsicher-verstrickt gebundenen Patientinnen mit hyperaktivierten Bindungsstrategie entwickeln unsicher-vermeidend gebundene Therapeutinnen oftmals feindselige Gegenübertragungen (vgl. Seidler, 2009). Romano u. a. (2009) zeigen, dass Therapeutinnen, die selbst unsicher-vermeidend gebunden sind, bei unsicher-vermeidenden Patientinnen in der Therapie häufig sehr direktiv vorgehen.

### 3.4. Therapeutische Interventionen

In der Psychotherapieforschung sind therapeutische Interventionen sicherlich die am besten untersuchten Variablen, allerdings ist der gefundene Zusammenhang mit dem Therapieerfolg eher gering (vgl. Wilutzki und Laireiter, 2005). Verschiedene Studien zeigen, dass unterschiedliche Psychotherapieverfahren gleichermaßen wirksam sind (vgl. Buchholz, 2004). Mit anderen Worten, führen trotz Unterschiede in theoretischen Modellen, Theorien zu Krankheit und zu Veränderung und Interventionen, die wichtigsten Psychotherapieverfahren zu ähnlichen Effekten. Shapiro, Elliott und Stile (1986, zitiert nach Strauß, 2004) bezeichnen dies als „Äquivalenzparadoxon“ (vgl. Strauß, 2004).

Buchholz (2004) beschreibt in seinen monatlichen Rundbriefen den Trend, dass Psychotherapeutinnen in ihrer Behandlungstechnik vielmehr eigenen impliziten Theorien folgen, als den Vorgaben ihrer erlernten Psychotherapiemethode. Auch Orlinsky und Ronnestad (2005) stellen fest, dass bei einer Befragung von über 5000 Psychotherapeutinnen unterschiedlicher Fachrichtungen und Länder 45,5% angaben, mehr als zwei unterschiedlichen therapeutischen Fachrichtungen zu folgen (Nähere Informationen zu dieser Studie finden sich in 5.5.3.1). Dies heißt nicht, dass Psychotherapeutinnen eigentlich alle das Gleiche tun, für Psychotherapiewirksamkeitsstudien und insbesondere für den Vergleich verschiedener Psychotherapiemethoden ergeben sich daraus allerdings Schwierigkeiten. Ein Vergleich der Wirksamkeit unterschiedlicher psychotherapeutischer Richtungen ist, wenn man diese Ergebnisse ernst nimmt, nämlich nur dann aussagekräftig, wenn auch tatsächlich das konkrete therapeutische Vorgehen kontrolliert wurde. Eine Gruppenbildung anhand der grundlegenden Ausbildung der Therapeutinnen muss als unzureichend angesehen werden (vgl. Pohl u. a., 2000), denn:

„However, it is clear that practitioners do not share the orthodoxy of theoretical approach with advocates or developers of these approaches.“ (Wampold, 2001, S. 29)

In aktuellen Studien wird dieses Problem berücksichtigt und das konkrete therapeutische Vorgehen beispielsweise anhand von Tonaufzeichnungen und Stundenprotokollen kontrolliert. Dabei konnten in einigen Studien durchaus signifikante Zusammenhänge zwischen therapeutischen Interventionen und Therapieoutcome gefunden werden. So zeigen Slavin-Mulford u. a. (2011) in einer Untersuchung zum Therapieerfolg psychodynamischer Kurzzeittherapie bei 21 Patientinnen mit Angststörungen, dass psychodynamische bzw. interpersonelle Interven-

tionen zu Beginn der Therapie signifikant und positiv mit dem Therapieerfolg korrelieren, während kognitiv-behaviorale Interventionen keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Therapieerfolg zeigen. Das therapeutische Verhalten bzw. die therapeutischen Interventionen wurden mit Hilfe der Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS, Hilsenroth et al. 2005) erhoben, einem deskriptiven Verfahren zur Erfassung therapeutischer Aktivität und therapeutischer Techniken während der Therapiesitzung. Die Einschätzungen erfolgten von zwei unabhängigen Raterinnen anhand von Videoaufzeichnungen der Therapiesitzungen. Besonders stark positiv korrelieren dabei die Items „The therapist identifies recurrent practice patterns in the patient’s actions, feelings and experiences“ ( $r = 0,43$ ;  $p = 0,06$ ) sowie „The therapist focuses attention on similarities among the patient’s relationships repeated over time, settings, or people“ ( $r = 0,35$ ;  $p = 0,13$ ) mit dem Therapieerfolg (vgl. Slavin-Mulford u. a., 2011). Es muss allerdings an dieser Stelle nochmals festgehalten werden, dass alle Patientinnen eine psychodynamische Kurzzeithherapie erhielten. Die Ergebnisse zeigen, dass verhaltenstherapeutische Elemente im Rahmen dieser psychodynamischen Therapie nicht zum Therapieerfolg beitrugen.

In einer ähnlichen Studie zeigen Owen und Hilsenroth (2011), dass Patientinnen in psychodynamischer Therapie umso mehr Alliance wahrnehmen, umso mehr psychodynamische Interventionen von Seiten der Therapeutin gesetzt werden. Außerdem konnte gezeigt werden, dass einzelne psychodynamische Interventionen sich positiv auf den Therapieerfolg auswirkten (vgl. Owen und Hilsenroth, 2011).

Hoglend u. a. (2006) zeigen in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie mit 100 Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen, dass sich ein übertragungsfokussierter Ansatz bei Patientinnen mit schwerer Symptomatik und fehlender Objektbeziehung signifikant besser auswirkt,

als eine Behandlung ohne Interpretation von Übertragung. Auch nach einem Jahr waren die Symptome bei der Gruppe mit Übertragungsdeutungen gemessen mit dem SCL-90 weniger stark ausgeprägt als in der Kontrollgruppe. Außerdem hatten die Patientinnen der Kontrollgruppe im zweiten Folgejahr ca. viermal soviel weitere bzw. neuerliche therapeutische Behandlung als die Patientinnen der anderen Gruppe. Bei Patientinnen mit leichter Symptomatik konnte dieser Unterschied nicht nachgewiesen werden (vgl. Hoglend u. a., 2006; Hoglend 2011: Vortrag am Annual Meeting der Society for Psychotherapy Research 2011 in Bern).

### 3.5. Allgemeine Wirkfaktoren

Aus dem Äquivalenzparadoxon, für das in der Psychotherapieforschung hinreichend Evidenz gefunden wurde, lässt sich ableiten, dass es so genannte „allgemeine Wirkfaktoren“ gibt, die unabhängig von der theoretischen Orientierung bzw. vom konkreten Psychotherapieverfahren, zum Behandlungserfolg beitragen. Die folgende Tabelle 3.5 gibt eine Übersicht über verschiedene Konzepte allgemeiner Wirkfaktoren (Zusammenstellung in Anlehnung an Strauß, 2004).

Autor	Wirkfaktoren
Rosenzweig (1936)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönlichkeit der Therapeutin</li> <li>• Persönlichkeit der Patientin</li> <li>• Interaktionsgeschick der Therapeutin</li> </ul>
Rogers (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• therapeutische Beziehung bzw. Beziehungsgestaltung</li> </ul>

Frank (1971)	<ul style="list-style-type: none"><li>• involvierende, vertrauensvolle Beziehung mit einer helfenden Person</li><li>• „Krankheitsmythen“ (Erklärungskonzepte für die Probleme der Patientin und Methoden um diese Probleme zu lösen, kompatibel mit der Weltanschauung der Patientin als auch der Therapeutin)</li><li>• Erwartung der Patientin, dass ihr durch die Therapeutin geholfen werden kann (gefördert durch das Setting und den Status der Therapeutin)</li><li>• Entdecken neuer Informationen bezüglich der Beschaffenheit und des Ursprungs des Problems der Patientin</li><li>• Erfolgserlebnisse, die die Hoffnung der Patientin verstärken sowie ihr Gefühl der interpersonalen Kompetenz und den Glauben in ihre eigenen Fähigkeiten</li><li>• Förderung des „emotional arousal“</li></ul>
Bandura (1977)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beeinflussung der Selbsteffizienz</li></ul>
Meyer (1990)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Angebot einer uneigennützigten, helfenden Beziehung, die weniger wertend ist als private Helferbeziehungen</li><li>• Versuch das Problem zu definieren, zu klären und umzudefinieren</li><li>• Suche nach neuen und konstruktiveren Problemlösungen</li><li>• Persönlichkeitsfremde Probleme (Ängste, Zwänge etc.) werden in einen psychosozialen Zusammenhang eingebunden, in dem sie als Symptome eine Funktion haben</li></ul>
Perrez und Baumann (1998)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Selbst-Exploration / Selbstreflexion</li><li>• Selbst-Neueinschätzung / Selbst-Neubewertung</li><li>• Selbst-Befreiung</li><li>• Gegenkonditionierung</li><li>• Stimuluskontrolle</li><li>• Verstärkungsprozeduren</li><li>• Helfende Beziehungen</li><li>• Gefühlserleichterung</li><li>• Umgebungsneueinschätzung / Umgebungsneubewertung</li><li>• Soziale Befreiung</li></ul>

Znoj und Graue (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemaktualisierung</li> <li>• Problemlklärung</li> <li>• Problembewältigung (konkrete Erfahrungsbewältigung spezifischer problematischer Situationen)</li> <li>• Ressourcenaktivierung</li> </ul>
Lambert und Ogles (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „support factors“ wie Katharsis, Identifikation, positive Beziehung, Absicherung, Entspannung, Ent-Isolierung, Vertrauen, Struktur, Therapeutische Allianz</li> <li>• „learning factors“ wie Ratschläge, Affektive Erfahrungen, Assimilation problematischer Erfahrungen, Kognitives Lernen, Feedback, Einsicht, Exploration, Änderung der Erwartungen</li> <li>• „action factors“ wie Verhaltensregulierung, Kognitive Bewältigung, Eingehen von Risiken, Realitätsprüfung, Modelllernen, Erfahrung mit Erfolg, Durcharbeiten, Konfrontation mit Ängsten</li> </ul>

Tabelle 3.1.: Zusammenstellung verschiedener Konzepte allgemeiner Wirkfaktoren in Anlehnung an Strauß (2004)

Frank und Frank (1991, zitiert nach Wampold, 2001) beschreiben folgende Komponenten, die allen Psychotherapiemethoden gemein sind:

- Psychotherapie passiert in einer emotional geladenen, vertrauensvollen Beziehung zwischen einer helfenden Person (der Therapeutin) und der Patientin
- Psychotherapie findet im Kontext eines heilenden Settings statt, die Patientin vertraut sich einer professionellen Therapeutin an, von der sie glaubt, dass sie ihr helfen kann
- Es gibt ein rationales, konzeptionelles Schema oder einen Mythos,

aus dem eine plausible Erklärung für die Symptome der Patientin abgeleitet werden kann und der eine Vorgehensweise zur Lösung der Symptome beinhaltet („Krankheitsmythos“)

Diese Bedingungen erfüllt, so Grawe (2000), jede Psychotherapie und daher hat jede das Potenzial Verbesserungen herbeizuführen. Entscheidend für die Wirkung ist vor allem die Glaubwürdigkeit dieser Komponenten aus Sicht der Patientin. Auch Buchholz (2004, 1993) betont die Bedeutung plausibler Erklärungen für die Symptomentwicklung und die Vorgehensweise zur Heilung. Plausibel bedeutet dabei, dass die Patientin diese Erklärungen nachvollziehen kann und mit ihren eigenen „naiven Theorien“ und Prozessphantasien in Einklang bringen kann.

Zusätzlich zu den oben genannten Komponenten beschreiben Frank und Frank (1991) sechs Elemente, die allen von Psychotherapeutinnen angewandten Ritualen oder Vorgehensweisen gemein sind: Die Therapeutin versucht das Gefühl der Entfremdung der Patientin durch den Aufbau einer stabilen Beziehung zu bekämpfen. Diese Beziehung wird aufrechterhalten, nachdem die Patientin negative Gefühle geäußert hat. Die Therapeutin unterstützt die Erwartungen der Patientin Hilfe zu bekommen, indem Hoffnung in den Therapieprozess gesetzt wird. Die Therapeutin bietet der Patientin neue Lernerfahrungen. Emotionen der Patientin werden durch die Therapie hervorgerufen. Die Therapeutin fördert das Selbstvertrauen der Patientin. Die Therapeutin bietet der Patientin Möglichkeiten zu üben.

Grawe (2000) geht von vier zentralen, allgemein wirksamen Mechanismen der Psychotherapie aus: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und Klärungsperspektive. Diese vier Wirkmechanismen bilden die Grundlage der von ihm begründeten Allgemeinen bzw. Psychologischen Psychotherapie.

- **Problemaktualisierung:** Die Patientin kommt in der Therapie mit ihrem Problem sowohl emotional als auch intellektuell in Kontakt. Die Belastungen werden in der Therapie ins reale Erleben gebracht und dann wirksam verändert.
- **Problemklärung:** In der Therapie wird die Bedeutung der Probleme der Patientin hinsichtlich Zielsetzung und Motive geklärt. Die Dynamik der Entstehung und Aufrechterhaltung des Problem werden für die Patientin verständlich.
- **Problembewältigung:** Die Patientin erfährt in der Therapie Mittel und Wege eines konstruktiven Umgangs mit ihrem Problem.
- **Ressourcenaktivierung:** Die Patientin erfährt durch die Therapeutin und die Therapie eine Aktivierung ihrer Fähigkeiten und positiven Eigenschaften sowie positiver Sichtweisen. Stärken, Eigenarten, Gewohnheiten, Fähigkeiten, Einstellungen und Ziele der Patientin werden bewusst gemacht und als Ressourcen genutzt.

Grencavage und Norcross (1990) verglichen 50 Publikationen zu allgemeinen Wirkfaktoren (wobei festzuhalten ist, dass in diesen 50 Publikationen 27 unterschiedliche Begriffe benutzt wurden) und beschreiben fünf Gruppen allgemeiner Wirkfaktoren. Die erste Gruppe umfasst Charakteristika der Patientinnen. In 26% der untersuchten Publikationen, wurde die positive Erwartung und die Hoffnung auf Verbesserung als allgemeiner Wirkfaktor angenommen. Die zweite Gruppe beinhalten Charakteristika der Therapeutin. In 24% der Studien wurde eine allgemeine Beschreibung hilfreicher Qualitäten der Therapeutin beschrieben. 20% zählten auch die Fähigkeit der Therapeutin, Hoffnung und



positive Erwartungen in der Patientin hervorzurufen, zu den allgemeinen Wirkfaktoren. Die dritte Gruppe bezieht sich direkt auf den Veränderungsprozess, wobei besonders die Möglichkeit zur Katharsis (wenn auch unter unterschiedlichen Namen), der Aufbau und das Üben neuer Verhaltensweisen und die Erklärung bzw. die psychologische Interpretation der Symptomentwicklung (vgl. beispielsweise Frank (1971), „Krankheitsmythos“) von Bedeutung sind. Die vierte Gruppe bezieht sich auf die Struktur der therapeutischen Behandlung, wobei diese Gruppe insgesamt von geringerer Bedeutung zu sein scheint. Bei der fünften Gruppe, der therapeutischen Beziehung, gibt es hingegen sehr viel Übereinstimmung in den Studien. 56% der Autorinnen bezeichnen die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung als allgemeinen Wirkfaktor (vgl. Grencavage und Norcross, 1990). Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung als allgemeiner Wirkfaktor ist auch empirisch am besten belegt (vgl. Strauß, 2004; Wampold, 2001). Castonguay u. a. (1996) konnten beispielsweise zeigen, dass die therapeutische Allianz (neben der emotionalen Erfahrung der Patientin) in einer Studie mit depressiven Patientinnen, die verhaltenstherapeutisch behandelt wurden, den Therapieerfolg prognostizieren kann, im Gegensatz zu spezifischen verhaltenstherapeutischen Prädiktorvariablen. Die therapeutische Beziehung wird im nächsten Abschnitt 3.6 ausführlicher behandelt.

Trotz der empirischen Evidenz, die für die Bedeutung der allgemeinen Wirkfaktoren spricht, gibt es auch Befunde, die zeigen, dass zumindest bei einigen Störungsbildern spezielle störungsspezifische Ansätze, mit bestimmten störungsspezifischen Interventionen, die besten Ergebnisse bringen. Die Integration von störungsspezifischen und allgemeinen Interventionen stellt, so Strauß (2004), eine Herausforderung der Psychotherapie dar.

## 3.6. Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung wird als wesentlicher Wirkfaktor der Psychotherapie angesehen. So geht Norcross (2002) davon aus, dass der Therapieerfolg zu 30% auf die therapeutische Beziehung zurückzuführen ist, zu 15% jeweils auf die angewandten therapeutischen Strategien und Techniken und die positive Erwartungshaltung der Patientin und zu 40% auf außertherapeutische Ereignisse (positive Lebensumstände). Andere Metaanalysen legen allerdings nahe, dass die aufgeklärte Varianz des Therapieerfolgs signifikant, aber gering bzw. moderat ist (vgl. Beutler u. a., 2004; Martin u. a., 2000). Naheliegend ist, dass eine gute therapeutische Beziehung die notwendige Basis für die Umsetzung therapeutischer Maßnahmen und damit für eine erfolgreiche Therapie ist (vgl. Lammers und Schneider, 2009). Auch Grawe (2000), Luborsky u. a. (1985) und Emmerling und Whelton (2009) weisen auf die Bedeutung der therapeutischen Allianz für den Therapieerfolg hin.

Kahl-Popp (2007) beschreibt, dass Ergebnisse der Psychotherapieforschung zeigen, dass die therapeutische Beziehung für die Auflösung der Symptome und die Heilung des Patienten eine ähnlich zentrale Rolle hat, wie die Eltern-Kind-Beziehung für die Entwicklung des Kindes. Je nach theoretischer Ausrichtung des Psychotherapieverfahrens wird der Einfluss der therapeutischen Beziehung auf den Therapieerfolg allerdings unterschiedlich bedeutend angenommen. Höchste Relevanz hatte die therapeutische Beziehung beispielsweise in der Klientenzentrierten Psychotherapie (letztendlich beruht die gesamte von Rogers begründete klientenzentrierte Psychotherapie auf diesem allgemeinen Wirkprinzip), als auch in der Psychoanalyse, in der Übertragungsprozesse und ihre Bearbeitung als zentral angenommen werden, während in der Verhaltenstherapie lange strikt getrennt wurde zwischen Therapiebeziehung

und Therapietechnik. Mittlerweile wird aber auch in der Verhaltenstherapie die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Veränderungsprozess anerkannt (vgl. Lammers und Schneider, 2009). Es ist als Tatsache anzusehen, dass Therapie „immer im Rahmen menschlicher Kommunikation stattfindet und daher jede Intervention sowohl einen inhaltlichen als auch einen Beziehungsaspekt hat.“ (Ambühl, 2005, S. 223) Gute Therapeutinnen sind sich der Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Therapieprozess und den Therapieerfolg bewusst (vgl. Willutzki und Laireiter, 2005).

Wichtig ist in Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung die Unterscheidung zwischen dem, was in der therapeutischen Beziehung prozessual abläuft und dem, was inhaltlich besprochen wird, da die prozessuale Aktivierung besonders relevant für Veränderungen der Patientin ist. Die Gesprächsinhalte sind insofern relevant, als sie prozessuales Geschehen aktivieren, lenken und repräsentieren. Inhalte, die nicht in prozessuales Geschehen, sei es in der therapeutischen Beziehung oder außerhalb umgesetzt werden, bewirken keine Veränderungen. Die Therapeutin kann, durch das Beobachten des prozessualen Geschehens in der Therapiesituation erleben, wie die Patientin in Beziehung tritt. Da sich psychische Störungen in Beziehungen manifestieren, können diese Beobachtungen wichtige Hinweise für die Diagnose liefern. Die Therapiebeziehung ist aber nicht nur unter der Problemperspektive als Diagnoseinstrument zu betrachten, sondern auch als positive Ressource, denn „damit steht und fällt das Ergebnis der Therapie.“ (Grawe, 2000, S. 134 f.) Die Patientin soll dazu die Therapeutin als Person glaubwürdig und vertrauenswürdig einschätzen. Außerdem soll die Patientin von der Therapeutin Wertschätzung, Verständnis und Unterstützung erfahren. Gleichzeitig ist es aber wichtig, dass die Patientin die Kontrolle behält, also nicht das Gefühl hat, dass in der Therapie über sie bestimmt

wird. Erfüllt die therapeutische Beziehung diese Anforderungen, stellt sie eine wertvolle Ressource dar und trägt damit zum Therapieerfolg bei (vgl. Grawe, 2000).

Die therapeutische Beziehung unterscheidet sich von anderen, beispielsweise romantischen Beziehungen vor allem durch ihre Zielgerichtetheit. Patientin und Therapeutin gehen freiwillig diese Beziehung ein, mit dem bestimmten Ziel, das Wohlbefinden der Patientin und ihre Lebenszufriedenheit zu verbessern, zumindest insofern, wie diese mit dem psychischen Gesundheitszustand der Patientin verbunden sind (vgl. Orlinsky und Ronnestad, 2005). Weitere Merkmale der therapeutischen Beziehung sind neben Zielgerichtetheit Aufgabenorientierung, partnerschaftliche Kooperation und zeitliche Begrenztheit. Die Therapeutin ist professionelle Helferin, die mit ihren Kompetenzen und ihrem Wissen die Patientin in der Erreichung ihrer Ziele unterstützt. Sie hat ehrliches, aber auf ihre beruflichen Aufgaben begrenztes, Interesse an der Entwicklung der Patientin. Ihre eigenen Bedürfnisse und Motive hat sie soweit unter Kontrolle, dass sie sich nicht negativ auf den Therapieerfolg auswirken. Die therapeutische Beziehung stellt ein mögliches Experimentierfeld dar, indem sie der Patientin erlaubt ihre gestörten interpersonalen Interaktionsstrategien zu durchbrechen, indem korrektive emotionale Erfahrungen ermöglicht werden (vgl. Ambühl, 2005).

In der therapeutischen Beziehung werden intrapsychische und interaktionelle Probleme der Patientin aktualisiert, Beziehungsmuster werden deutlich und können bearbeitet werden. Das „älteste“ theoretische Konzept dieses Phänomens stammt von Sigmund Freud: das Konzept der „Übertragung“ in der Psychoanalyse. Der Begriff der Übertragung wird von Sigmund Freud das erste Mal in seinen „Studien über Hysterie“ (1985) erwähnt und anfänglich als „falsche Verknüpfung“ interpretiert. Erst 1912, in „Zur Dynamik der Übertragung“, beschreibt Freud Über-

tragungen als Erinnerungen, als Wiederholungen von Erlebnisinhalten, die in der Beziehung zur Therapeutin ausagiert werden.

Nach Bordin (1979) erfordert eine tragfähige therapeutische Beziehung die folgenden drei Komponenten:

- Übereinstimmung bezüglich der Therapieziele: Patientin und Therapeutin müssen dasselbe Verständnis darüber haben, was die Probleme sind, woraus diese resultieren und wo es Veränderungsbedarf gibt
- Übereinstimmung bezüglich des therapeutischen Vorgehens: Die Therapeutin berücksichtigt die Erwartungen, Kompetenzen und Motivation der Patientin sowie die konkrete Problemstellung und die Symptome
- Entwicklung emotionaler Bindung: Der Aufbau einer guten emotionalen Bindung, also das Gefühl emotional angenommen und verstanden zu werden, ist Voraussetzung für das Einlassen auf neue und riskante Veränderungsprozesse. Die Entwicklung dieser emotionalen Bindung wird durch unspezifische Faktoren wie der Persönlichkeit, dem Bindungsstil, soziokulturellen Ansichten und individueller Ausstrahlung der Patientin als auch der Therapeutin beeinflusst

Lammers und Schneider (2009) nehmen an, dass eine ressourcenaktivierende Grundhaltung die vielleicht wichtigste Fähigkeit der Therapeutin hinsichtlich der therapeutischen Beziehung ist. Ressourcenaktivierung meint hierbei alle Interventionen der Therapeutin, die Möglichkeiten, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Eigenarten und die Motivation der Patientin positiv hervorheben und dadurch das Gefühl von Akzep-

tanz, Verständnis, Kompetenz und Selbstvertrauen fördern. Dies erfordert ein hohes Ausmaß an Professionalität, als auch an emotionalen Engagement in der therapeutischen Beziehung. Der sorgfältige Umgang ist nicht nur wichtig um der Patientin eine möglichst gute Therapie zu bieten, sondern auch um die Therapeutin selbst vor Überlastung und Burn-out zu schützen. Lammers und Schneider (2009) fordern daher eine stärkere Berücksichtigung der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapieausbildung. Dabei ist nicht nur eine fundierte theoretische Ausbildung notwendig, sondern auch die Praxis der Beziehungsgestaltung in der Anschauung als auch in der eigenen Erprobung.

Ähnlich dazu fordern Hill und Knox (2009) eine stärkere Fokussierung der therapeutischen Beziehung in der psychodynamischen Ausbildung, vor allem in der Supervision. Zentrale Themen hierbei wären die Sicherstellung, dass ein angemessener therapeutischer Kontext hergestellt wird (beispielsweise durch eine sichere Umgebung und empathisches Zuhören), aber auch das Training spezieller Fertigkeiten und die Beachtung eigener emotionaler Reaktionen, vor allem der Gegenübertragung.

Es kann also festgehalten werden dass der therapeutischen Beziehung in unterschiedlichen Ausbildungsrichtungen hohe Relevanz zugewiesen wird, die auch verstärkt in der Ausbildung berücksichtigt werden sollte.

### **3.7. Konsistente theoretische Überzeugung**

Der Begriff „allegiance“ beschreibt die Überzeugtheit der Therapeutin von ihrer Vorgehensweise, bzw. der Wirksamkeit ihres Therapieansatzes, als auch ihre Überzeugungskraft und in Folge die Überzeugtheit der Patientin von der Richtigkeit der angewandten Methode und ist wichtig für den Therapieerfolg (vgl. Wampold, 2001; Revenstorf, 2009). Wam-

pold (2001) hält fest, dass in Metaanalysen gezeigt werden konnte, dass Allegiance eine Effektgröße bis zu 0,65 erreichen kann und damit einen deutlich stärkeren Einfluss auf den Therapieerfolg hat, als therapiespezifische Faktoren mit 0,20.

Der Begriff „treatment integrity“ bezeichnet das Ausmaß, in dem das therapeutische Vorgehen den theoretischen und konzeptionellen Vorgaben der jeweiligen Therapierichtung entspricht. Mit anderen Worten beschreibt „treatment integrity“, ob beispielsweise ein kognitiver Verhaltenstherapeut in der Therapie wirklich die Theorien und Konzepte der kognitiven Verhaltenstherapie anwendet oder Interventionen anderer Therapiemethoden verwendet. „Treatment integrity“ umfasst drei Komponenten: „adherence“, „competence“ und „treatment differentiation“. „Adherence“ bezeichnet das Ausmaß, in dem Strategien entsprechend den Richtlinien der jeweiligen Methode verwendet werden und bezieht sich damit auf den quantitativen Aspekt der „treatment integrity“. „Competence“ bezeichnet den qualitativen Aspekt, die therapeutische Kompetenz bei der Durchführung der Therapie. Dies schließt die Auswahl und Dosierung sowie Kombination verschiedener therapeutischer Interventionen ein. „Treatment differentiation“ gibt an, ob das jeweilige therapeutische Vorgehen von anderen Methoden unterschieden werden kann. Bei einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Depression beschreibt „adherence“, ob in der Therapie alle im Manual vorgeschriebenen Interventionen gesetzt wurden. „Competence“ beschreibt das Timing dieser Interventionen, also die Feinfühligkeit der Therapeutin. „Treatment differentiation“ gibt an, ob das therapeutische Verhalten der kognitiven Verhaltenstherapie zugeordnet werden kann und sich deutlich von anderen Methoden (beispielsweise der interpersonellen Therapie) unterscheidet. Jeder dieser Aspekte ist wichtig für „therapy integrity“ (vgl. Perepletchikova und Kazdin, 2005; Pohl u. a., 2000).

Die Erfassung von „treatment integrity“ ist besonders im Zusammenhang mit Wirksamkeitsstudien von großer Bedeutung. Zeigt beispielsweise eine Behandlung den gewünschten Erfolg, kann ohne die Erhebung der „treatment integrity“ nicht mit Sicherheit festgestellt werden, ob die Behandlung erfolgreich war, weil die eingesetzte Methode effektiv war oder ob die Behandlung aufgrund einer Abweichung im therapeutischen Vorgehen zum erwünschten Ergebnis geführt hat. Genauso können negative Ergebnisse, also das Verfehlen des gewünschten Behandlungsziels ohne entsprechende Daten nicht zweifelsfrei der Methode angelastet werden, auch eine möglicherweise der therapeutischen Methode nicht entsprechende Intervention könnte für die negativen Ergebnisse verantwortlich sein (vgl. Della Toffalo, 2000; Gresham u. a., 1993; Martino u. a., 2009). Geringe „treatment integrity“ bedeutet auch nicht, dass das therapeutische Vorgehen unangemessen oder falsch ist, sondern nur, dass es von den theoretischen Konzepten und Methoden der jeweiligen Therapieschule abweicht. Dies kann aber auch eine bessere Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die jeweiligen Patientinnen bedeuten (vgl. Perepletchikova und Kazdin, 2005).

Über den Zusammenhang von „treatment integrity“ und Therapieerfolg lassen sich unterschiedliche Annahmen und Ergebnisse in der Literatur finden: In einigen Studien konnte gezeigt werden, dass geringe „treatment integrity“ mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu Veränderung im Sinne des Therapieziels führt (vgl. Perepletchikova und Kazdin, 2005). Andere Studien widerlegen die Annahme, dass „treatment integrity“ den Therapieerfolg positiv beeinflusst (vgl. Perepletchikova und Kazdin, 2005). Ähnlich widersprüchlich ist das Ergebnis, wenn man sich Studien zum Zusammenhang von „competence“ und „adherence“ und dem Therapieerfolg ansieht. Die Ergebnisse einer Studie von Barber u. a. (1996) deuten darauf hin, dass „competence“ sich positiv auf



den Therapieerfolg auswirkt und einen stärkeren Einfluss auf den Therapieerfolg ausübt als „adherence“ (vgl. Barber u. a., 1996; Luborsky u. a., 1985).

Ein möglicher Grund für die widersprüchlichen Forschungsergebnisse kann in den unterschiedlichen Erhebungsmethoden liegen. Insbesondere die Selbsteinschätzung der Therapeutinnen kann zu Verzerrungen der „therapy integrity“ führen. Außerdem wurden die Erhebungen meist nach dem Ende der Therapie durchgeführt und mögliche andere Einflüsse auf den Therapieerfolg nicht kontrolliert. Offen bleibt außerdem die Frage, ob „treatment integrity“ an sich den Therapieerfolg beeinflusst oder eine Näherungsvariable für andere Faktoren darstellt. Mit anderen Worten könnte der Zusammenhang zwischen Therapieoutcome und „treatment integrity“ durch andere Variablen moderiert werden. Es ist anzunehmen, dass „treatment integrity“ steigt, wenn die Therapeutin das therapeutische Vorgehen als effektiv, fair, sinnvoll und angemessen für die jeweilige Patientin erachtet. Ebenso kann die Akzeptanz des therapeutischen Vorgehens durch die Patientin einen Einfluss auf „treatment integrity“ (geringerer Widerstand) als auch auf den Therapieerfolg (weniger Therapieabbrüche, Aufbau einer positiven therapeutischen Beziehung) haben. Außerdem wird angenommen, dass „treatment integrity“ durch Charakteristika der Therapeutin (Erfahrung und Motivation) als auch durch Charakteristika der Patientin (z.B. Feindseligkeit, Schwierigkeit, Komorbidität) beeinflusst wird (vgl. Pereplechikova und Kazdin, 2005).

## 3.8. Psychotherapieverfahren

In Österreich sind, wie in Kapitel 5.6 noch erläutert wird, insgesamt 21 Therapiemethoden anerkannt. In diesem Abschnitt sollen nun jene

Therapiemethoden kurz beschrieben werden, die in dieser Studie berücksichtigt werden konnten.

### 3.8.1. Psychodrama

Das Psychodrama wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts von Moreno entwickelt. Nach Ottomeyer (2004) liegen die Wurzeln in der Psychoanalyse (man denke an die szenischen Experimente von Breuer mit Anna O. bzw. Berta Pappenheimer). Moreno sah das Psychodrama allerdings nicht als Weiterentwicklung der Psychoanalyse, sondern als Konkurrenz an. Das psychoanalytische Konzept der Übertragung sah Moreno als zu überwindenden Störungsfall in der menschlichen Interaktion. Dem entgegen setzt er das Konzept „Tele“, das keiner Wiederholung, sondern einem spontanen Zwei-Weg-Prozess im Hier und Jetzt entspringt (vgl. Ottomeyer, 2004).

Im Psychodrama wird „das Lebensdrama nach bestimmten Regeln auf eine externe und zeitlich begrenzte Bühne gebracht.“ (Ottomeyer, 2004, S. 61). Das Ziel des Psychodramas ist, so Moreno (1973, S. 317 zitiert nach Buer (2004), S. 34), „den Patienten mit seinem von der Norm abweichenden Benehmen wieder in die Kultur einzureihen, als ob alles selbstverständlich und natürlich sei, und ihm die Gelegenheit geben, sich in den verschiedenen Gebieten schöpferischer Tätigkeit zu bewähren.“ Zur Erreichung dieses Ziels sind vier psychodramatische Grundhaltungen Voraussetzung:

- Respekt vor jeder Äußerung des Lebens
- Vertrauen auf Spontaneität und Kreativität
- Erkennen durch Teilhabe
- Ökologisches Denken

Der Mensch wird dabei gleichzeitig als homo creator (der Mensch als Schöpfer), homo ludens (der Mensch bildet sich durch das spontane Nutzen von Spielräumen, durch Experimentieren und Erproben), homo interagens (der Mensch als Akteur in Beziehung zu Mit- und Umwelt) und als homo symbilicus (der Mensch gibt seinem Leben Bedeutung) verstanden (vgl. Buer, 2004). Das Handeln des Menschen wird durch vier Aspekte bestimmt: Raum (sowohl physisch als auch psychologisch und soziologisch verstanden), Zeit (durch das „Hier-und-Jetzt“-Prinzip bestimmt, nur was vergegenwärtigt wird, kann auch eine Rolle spielen), Realität (bezogen auf Zeit und Raum, äußere Sachverhalte, die im Psychodrama dargestellt werden bezeichnet Moreno als „Semirealität“, psychische Inhalte als „Surplusrealität“) und Kosmos (Kontext, in dem der Mensch seinen Entwicklungsprozess vollzieht und zur schöpferischen Selbstverwirklichung findet) (vgl. Kriz, 1994).

Ploeger (1990) beschreibt Katharasis und Üben, also Identifikationen, als Wirkfaktoren des klassischen Psychodramas. Zu Beginn steht jeweils die Anwärmphase, die der Vorbereitung auf die Spielphase dient. In der Spielphase tauchen die Beteiligten in einen nicht alltäglichen Mikrokosmos von sinnlich-unmittelbaren Symbolen ein. In der Integrationsphase wird über Rollenfeedback, Identifikationsfeedback, Sharing und Diskussion in der Gruppe die Erfahrung der Spielphase mit der diskursiven Symbolisierung des Ausgangskonflikts verknüpft (vgl. Ottomeyer, 2004).

#### 3.8.2. Integrative Gestalttherapie

Die Gestalttherapie wurde von Frederick (Fritz) Salomon Perls (ursprünglich ein Psychoanalytiker) und seiner Frau Lore begründet. Zentrale Begriffe bei Perls sind das „Ich“ und das „Du“, sowie die Abgrenzung des einen vom anderen, die „Kontaktgrenze“, die den Kontakt

erst ermöglicht. Obwohl der Fokus zuerst auf der Abgrenzung zu liegen schien, wurde auch für Perls selbst später das „Wir“, das Gemeinsame zum Ziel. Mit Martin Buber, und seiner Ich-Du-Philosophie, in der die Wahrnehmung des „Du“ als Bedingung des „Ich“ verstanden wird, wurde die Intersubjektivität und damit das dialogische Prinzip zu einem weiteren zentralen Thema der Gestalttherapie (vgl. Schmidt-Lellek, 2004; Rimpler, 2004; Kriz, 1994).

Die Interventionsmöglichkeiten sind, so Lore Perls, vielfältig, der Ansatz selbst existentiell, experimentell und experientiell. Ein Grundpfeiler der gestalttherapeutischen Praxis ist das Hier-und-Jetzt-Prinzip, die therapeutische Aufmerksamkeit wird stets auf die Gegenwart gelenkt. Deutungen sollen unterlassen werden. Störungen im Kontakt werden in der therapeutischen Beziehung bearbeitet (vgl. Amendt-Lyon u. a., 2004; Schigutt, 2004).

Die Integrative Gestalttherapie bezieht neben der gestalttherapeutischen Theorie und Praxis als Basis, auch Erweiterungen (beispielsweise Elemente aus dem Psychodrama, der Integrativen Therapie, der Hermeneutik, des systemischen Ansatzes und der Feldtheorie, sowie gestaltpsychologische und existenzphilosophische Grundsätze und klinische Ansätze) mit ein. Die Grundhaltung der integrativen Gestalttherapeutin ist durch den hohen Stellenwert der Phänomenologie geprägt. Sie versucht die Patientin ganzheitlich und achtsam wahrzunehmen um so ihr „Gewordensein“ zu verstehen (vgl. [http://www.gestalttherapie.at/gestalttherapie\\_methode.html](http://www.gestalttherapie.at/gestalttherapie_methode.html), abgerufen am 15.11.2010).

Die Patientin wird darin unterstützt ihren Gefühlen und Impulsen Ausdruck zu verleihen und im Prozess des Erinnerns einfühlsam durch die Therapeutin unterstützt und begleitet (hermeneutischer Ansatz). Durch Übungs- und Probehandeln werden Heilungsprozesse und Veränderungsprozesse eingeleitet: im Erleben und Empfinden im Hier und

Jetzt der Therapiesituation können „alte“ Erfahrungen verarbeitet und überwunden werden. Dadurch eröffnen sich neue Handlungsspielräume. Mögliche therapeutische Interventionen sind der Einsatz von Körperarbeit und Experimenten, die Arbeit mit kreativen Medien, die Verwendung des leeren Stuhls und Traumarbeit. Das Ziel ist das Schließen „unerledigter Geschäfte bzw. offener Gestalten“, das Überwinden von Blockaden und das Ermöglichen neuer Entwicklungsschritte und persönlichen Wachstums (vgl. [http://www.gestalttherapie.at/gestalttherapie\\_methode.html](http://www.gestalttherapie.at/gestalttherapie_methode.html), abgerufen am 15.11.2010).

#### 3.8.3. Integrative Therapie

Die Integrative Therapie wurde, vor allem durch Hilarion Petzold, in einer Bewegung, die als „Integrationsparadigma“ bezeichnet werden kann, entwickelt und strebt eine Offenheit gegenüber psychotherapeutischen Verfahren an. Sie stellt damit allerdings keine „Über-Therapierichtung“ dar. Die Integrative Therapie will vielmehr „allgemein und grundsätzlich zur reflektierten, problemorientierten, situativ und relational bestimmten Psychotherapie, die sich durch Rezeption solider empirischer Forschung fundiert, anregen.“ (Schuch, 2000, S. 149). Um in Österreich (und vielleicht eines Tages auch in Deutschland) jedoch als Therapieverfahren wissenschaftlich und berufsrechtlich anerkannt zu werden, musste sich die Integrative Therapie trotz ihrer schulenübergreifenden Orientierung als klar erkennbare, abgegrenzte Therapieschule etablieren.

Die Integrative Therapie vereint Elemente der Elastischen Psychoanalyse nach Ferenczi, des Psychodramas nach Moreno, der Gestalttherapie nach Perls, der Leibtherapie der leibphilosophischen Positionen von Marcel, Merleau-Ponty und Schmitz, sowie der Verhaltensmodifikation. Identität beruht auf den Säulen Leiblichkeit (das ist mein

individueller Leib), Soziales Netzwerk (das ist der soziale Kontext, der zu mir gehört und zu dem ich gehöre), Arbeit, Leistung und Freizeit (ich verwirkliche mich und identifiziere mich dadurch), Materielle Sicherheiten (mein Besitz, meine milieu-ökologischen Bezüge) und Wertorientierungen (weltanschauliche und religiöse Überzeugungen). Heilung und Förderung geschieht über Bewusstseinsarbeit (Sinnfindung), Nachsozialisation (Grundvertrauen), Erlebnisaktivierung (Persönlichkeitsentfaltung) und Solidaritätserfahrung (vgl. Schuch, 2000; Petzold, 2001).



## Kapitel 4

# Therapeutische Kompetenzen

„In der Regel wird in Ausbildungen wenig berücksichtigt, was ein Psychotherapeut in seinem Alltag wirklich an Kompetenzen benötigt“ (Sachse, 2006, S. 315)

Versucht man zu bestimmen, welche Kompetenzen eine Psychotherapeutin am Ende ihrer Ausbildung besitzen sollte, welche Fähigkeiten sie in der Ausbildung erwerben sollte, gibt es verschiedene Herangehensweisen: Zum einen kann man von der Frage ausgehen, welche Merkmale und Eigenschaften der Therapeutin sich in der Psychotherapieforschung als besonders wirksam, als besonders wichtig für den Erfolg der Psychotherapie erwiesen haben. Allerdings lassen sich aus der Forschung nur sehr begrenzt Schlussfolgerungen über Eigenschaften erfolgreicher Psychotherapeutinnen ableiten (siehe auch Kapitel 3.2).

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, auf der Basis von inhaltlichen Überlegungen und praktischen Erfahrungen sowie taxativen Modellen psychotherapeutischer Kompetenz zu überlegen, welche Fähig-



keiten und welches Wissen eine Psychotherapeutin braucht, um gute Therapie machen zu können (vgl. Willutzki und Laireiter, 2005).

In diesem Kapitel wird zuerst das Spannungsfeld „Wissen vs. Kompetenz“ aufgezeigt, d.h. der Frage nachgegangen, ob in der Ausbildung zur Psychotherapeutin die Vermittlung von Wissen oder der Erwerb von Kompetenz im Vordergrund steht. Anschließend werden verschiedene Konzepte therapeutischer Kernkompetenzen dargestellt, wobei der Schwerpunkt auf dem Kompetenzmodell nach Kahl-Popp (2007) liegt. Den Abschluss bilden Modelle zur Entwicklung von Psychotherapeutinnen.

## 4.1. Wissen vs. Kompetenz

Willutzki und Laireiter (2005) geben an, dass die Ausbildung zur Psychotherapeutin drei Bereiche umfassen soll: Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen sowie Einstellungen und Haltungen. Auch Vogel und Schieweck (2005a) halten fest, dass neben Wissen auch Handlungskompetenzen vermittelt werden sollen, wobei sie die Kompetenzen in Fachkompetenz und personale oder professionelle Kompetenzen unterteilen. Am Beispiel Verhaltenstherapie beschreiben sie vier Wissensarten, die in der Ausbildung zur Psychotherapeutin vermittelt werden sollen. Es ist anzunehmen, dass diese Wissensarten auch für andere Therapierichtungen von Bedeutung sind:

- Allgemeines Grundlagenwissen: Diese Wissensart umfasst theoretische Grundlagen der klinischen Psychologie und der jeweiligen Therapierichtung, sozialpsychologische Grundlagen, Persönlichkeitsmodelle, Grundlagen der Neuropsychologie
- Bedingungswissen: Erklärungsmodelle zur Entstehung, Auflösung

und Aufrechterhaltung psychischer Störungen, den Einfluss von sozialen, psychosozialen und psychologischen Faktoren

- Veränderungswissen: Wissen über Veränderungsprinzipien, Diagnostik, Prozess- und Verlaufsmodelle der Psychotherapie, therapeutische Beziehung und Interventionsstrategien
- Professionsbezogenes Wissen: Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen der Psychotherapie, ethische Grundsätze, Berufskodizes, Berufspflichten, Grundlagen der Betriebswirtschaft und Marketing

Auch Wilkins (2006) hält fest, dass für die berufliche Entwicklung von Psychotherapeutinnen Wissen über Theorie und Praxis der Psychotherapie, einschließlich der Techniken der jeweiligen Orientierung, als auch über ethische Richtlinien, die Bedürfnisse von Klientinnen und dem Nutzen von Supervision, notwendig ist.

Walz-Pawlita u. a. (2008) stellen allerdings fest, dass heute Kompetenzen, die sich auf theoretisches, erlernbares epistemisches Wissen beziehen, weniger Bedeutung zugesprochen wird, als Kompetenzen, die sich auf die persönlichen Merkmale der Therapeutin und ihren Fähigkeiten eine hilfreiche Beziehung herzustellen beziehen (vgl. Walz-Pawlita u. a., 2008). Nach Kahl-Popp (2009) ist „psychotherapeutische Kompetenz ein mit der Persönlichkeit des Therapeuten verwachsenenes, komplexes Netz impliziter und expliziter Wahrnehmungs-, Verstehens- und kommunikativer Handlungsmöglichkeiten“ (Kahl-Popp, 2009, S. 116).

Petzold u. a. (1998) benutzen den Begriff „interventive Kompetenz und Performanz“, um festzuhalten, dass es neben dem theoretischen Wissen auch die Fähigkeit braucht, dieses Wissen praktisch anzuwenden. Betrachtet man Psychotherapie als Performanz, kommt hinzu,

dass es sich dabei nicht um Leistungen bzw. Herausforderungen handelt, die aufgrund klar definierter Maßstäbe als „richtig“ oder „falsch“ bewertet werden können (vgl. Betan und Binder, 2010). Sachse (2006) beschreibt, dass das Ziel der Psychotherapieausbildung „die Erlangung psychotherapeutischer Expertise“ (S. 308) sein muss. Psychotherapeutinnen müssen nach der Ausbildung in der Lage sein „in der richtigen Situation das Richtige zu tun, zielsicher, schnell und von hoher Handlungsqualität“ (S. 309). Zur Erreichung dieser Expertise ist Wissen zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung. Die Anwendung des Wissens muss in praktisch relevanten Situationen systematisch geübt werden, damit es in therapeutischen Situationen auch verfügbar ist und damit das abstrakte Wissen auf den konkreten Fall angewandt werden kann (vgl. Sachse, 2006). Nach Richter (2009) ist das Ziel der Therapieausbildung nicht Wissen, sondern psychotherapeutische Kompetenz, also „Können“, die Fähigkeit und Bereitschaft therapeutisch zu handeln (vgl. Richter, 2009). Buchholz (2007) hält fest, dass psychotherapeutische Kompetenzen mit dem Begriff der Unbegrifflichkeit nach Hans Blumenberg zu beschreiben sind. Es handelt sich bei psychotherapeutischen Kompetenzen, der Verknüpfung von Behandlungstechnik und Beziehungsgestaltung, um implizites Wissen (vgl. das „implizite Beziehungswissen“ bei Stern, 2004, und „knowing“ bei Polanyi, 1985). Psychotherapeutische Kompetenz ist damit nicht Wissensanwendung, sondern verkörpertes („embodied“), situatives und dynamisches Können, das intuitiv, von Regeln und der Anwendung von Regeln losgelöst ist (vgl. Buchholz, 2007; Revenstorf, 2009; Walz-Pawlita u. a., 2008; Klappacher, 2006). Eine ähnliche Sichtweise vertreten auch Vogel und Schulte (1991). Sie betonen die Bedeutung der Fähigkeit zum Treffen differenzierter therapeutischer Entscheidungen hinsichtlich des Interventionsplans, der speziellen Maßnahmen im Therapieverlauf und

dem Verhalten bzw. Vorgehen im Verlauf einer therapeutischen Sitzung. Diese Entscheidungsprozesse sind, so Vogel und Schulte (1991) weiter, nicht nur rational reguliert, sondern werden auch von automatischen, emotionalen Regulationsprozessen bestimmt.

## **4.2. Kernkompetenzen von Psychotherapeutinnen**

In einem Positionspapier der deutschen Psychotherapeutenkammer (2009) werden die folgenden Kompetenzen als Kernkompetenzen von Psychotherapeutinnen beschrieben (zitiert nach Strauß und Kohl, 2009b):

- „Fachlich-konzeptionelle Kompetenzen
  - Kenntnisse über wissenschaftlich begründete psychotherapeutische, psychologische, biologische und soziologische Modelle psychischer Erkrankungen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, ihre Entstehung, Verbreitung und ihr Verlauf sowie ihre Prävention, Behandlung und Rehabilitation
  - Kenntnisse verschiedener Versorgungsbereiche, ihrer Aufgaben, Vernetzung und rechtlicher Rahmenbedingungen sowie Fertigkeiten zur Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen
  - Fähigkeiten und Fertigkeiten, die kognitive Komplexität und Mehrdeutigkeit menschlichen Erlebens und Verhaltens unter Berücksichtigung des kognitiven und sozioemotionalen Entwicklungsstandes, des sozialen und kulturellen Hintergrunds sowie unter Gender-Aspekten zu analysieren, zu diagnostizieren, zu begutachten und Indikationen zu erstellen

- Fähigkeiten und Fertigkeiten in der kritischen Rezeption und Anwendung wissenschaftlich begründeter psychotherapeutischer Behandlungsverfahren, -methoden und -techniken sowie anderer psychologischer Interventionen in Prävention, Behandlung und Rehabilitation zur Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Hilfe zur Problemlösung und -bewältigung, Sinnfindung, Verhaltensänderung
  - Fähigkeit, implizites Wissen und Erfahrungen im psychotherapeutischen Prozess zu nutzen
  - Fähigkeit zu differenzierten therapeutischen Entscheidungen im therapeutischen Prozess
  - Fähigkeit zur Reflexion der Verknüpfung von individueller personaler Kompetenz und Behandlungskonzept (z.B. bei der Wahrnehmung und Interpretation von Affekten, Verhaltensmustern, kommunikativen und Beziehungsstrukturen, s. hierzu auch „self-awareness“ und „mindfulness“)
- Personale Kompetenz
    - Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung z.B. bei der Reflexion der Intentionalität, bei der Unterscheidung von inneren Repräsentanzen (z.B. Schemata, Fantasien) und äußerer Realität sowie der Herstellung bedeutungsvoller Bezüge zwischen innerer und äußerer Welt
    - Fähigkeit zur Empathie und Rollenübernahme (psychotherapeutische Aufgeschlossenheit und Ansprechbarkeit, „responsiveness“, Mentalisierung)
    - Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit und Selbstintegration, zur Belastungsregulation und Herstellung emotionaler Stabilität

- Fähigkeit zur Vermittlung eines überzeugenden Erklärungsmodells („allegiance“)
- Fähigkeit zur Selbststeuerung eigener Affekte und Verhaltensimpulse
- Beziehungskompetenz
  - Kommunikations- und Bindungsfähigkeit zur Etablierung, Aufrechterhaltung und Beendigung einer stabilen therapeutischen Beziehung („working alliance“)
  - Fähigkeit zu altersgerechter Kommunikation (z.B. Verstehen von und Ausdruck durch szenische Sprache und Handlungssprache) und triadischer Kommunikation
  - Fähigkeit zur Wahrnehmung und Differenzierung eigener und fremder Affekte, Kognitionen, Wünsche und Erwartungen
  - Fähigkeiten und Fertigkeiten in der systematischen Analyse und Gestaltung“ (zitiert nach Strauß und Kohl, 2009b, S. 420)

Eine ähnliche Einteilung nimmt auch Kahl-Popp (2004, 2007) vor, die die folgenden drei psychotherapeutischen Kompetenzen bzw. Kompetenzbereiche aus dem kontextbezogenen Denkmodell der Psychotherapie ableitet:

- Personale Kompetenz
- Relationale Kompetenz oder Beziehungskompetenz
- Konzeptionelle oder Konzeptkompetenz

Diese drei Kompetenzbereiche, die wahrscheinlich auch die Diskussionsgrundlage für das Positionspapier der deutschen Bundespsychothe-

rapeutenkammer bildeten, beschreiben zusammen die fachliche Kompetenz der Psychotherapeutin. Kahl-Popp (2007, 2004) beschreibt diese drei Kompetenzen jeweils für die Psychoanalyse. Eine Erweiterung auf andere Therapierichtungen ist aber zulässig, da die Kompetenzen direkt aus dem kontextbezogenen Denkmodell der Psychotherapie abgeleitet werden und damit nicht direkt auf ein psychoanalytisches Konzept rekurrieren. Außerdem weisen Walz-Pawlita u. a. (2008) auf die breite Rezeption dieser drei Kompetenzbereiche hin, die „inzwischen verfahrensübergreifend als drei Basisbereiche jeder therapeutischen Kompetenz diskutiert werden“ (Walz-Pawlita u. a., 2008, S. 380).

Im Folgenden werden nun die drei Kompetenzbereiche nach Kahl-Popp (2007) einzeln erläutert.

##### 4.2.1. Personale Kompetenz

Kahl-Popp (2007) nennt fünf Persönlichkeitsmerkmale, die die Schaffung günstiger Voraussetzungen für die psychotherapeutische Beziehung fördern:

- **Psychische Plastizität:** Als psychische Plastizität bezeichnet Kahl-Popp (2004) eine innere Haltung, die die Beobachtung und Reflexion von Verarbeitungsweisen der eigenen Persönlichkeit sowie die anderer Menschen fördert. Dazu gehört des Weiteren die Kenntnis über eigene Stressbewältigungsformen.
- **Empathie:** Die psychotherapeutische Empathie umschließt neben der natürlichen menschlichen Fähigkeit der unbewussten Wahrnehmung unbewusster affektiver Botschaften anderer Menschen auch das kognitive Verständnis dieses Austauschprozesses. Die Psychotherapeutin sollte gleichzeitig emotional abstinert sein, bzw.

mit anderen Worten die eigenen Gefühle von den Gefühlen der Patientin getrennt halten können, und trotzdem emotionale Nähe vermitteln. Zu dieser Kompetenz zählt Kahl-Popp (2007) außerdem die bedingungslose Annahme der Patientin, also die Fähigkeit, eigene Reaktionen in der Interaktion mit der Patientin und die damit verbundenen Bewertungen zu erkennen, zu entschlüsseln und mögliche Vorbehalte abzubauen.

- **Fähigkeit „Nichtwissen“ auszuhalten:** In der therapeutischen Beziehung kann ein Zustand des Nichtwissens und Nichtverstehens ausgehalten werden, die Folgen von Fehlern werden wahrgenommen, verstanden und der Patientin zugänglich gemacht. Eigene Fehler und blinde Flecken werden verstehend und nicht schuldhaft verarbeitet.
- **Vertrauen in die Wirksamkeit des eigenen Behandlungskonzepts und persönliche Begeisterung (Allegiance):** Die persönliche Begeisterung für das eigene Behandlungskonzept und das Vertrauen in die eigene Therapierichtung werden als allgemeiner Wirkfaktor in der Psychotherapie angesehen (vgl. Wampold, 2001). Fachwissen wird nicht nur intellektuell-kognitiv, sondern auch emotional überprüft, ob es zur eigenen Persönlichkeit passt, therapeutisch brauchbar ist und der Weiterentwicklung des eigenen Therapiekonzepts dient.
- **Regulation eigener Affekt- und Konfliktspannung in der Interaktion:** In der therapeutischen Beziehung soll die Therapeutin in der Lage sein, Angst und andere bedrohliche Affekte auszuhalten und nicht in der Beziehung zur Patientin umzusetzen (z.B. durch Vermeidungshalten oder das Ausagieren aggressiver Impulse). Grundlage dafür sind neben Empathie Selbster-



kenntnis, Auffassungsvermögen, Selbst-Integration und Selbstbeherrschung.

Auch Revenstorf (2009), im Gegensatz zu Kahl-Popp ein Verhaltenstherapeut, beschreibt personale Kompetenzen, die durchaus Ähnlichkeiten zum Modell nach Kahl-Popp (2007) aufweisen. Zu den personalen Kompetenzen nach Revenstorf (2009) gehören:

- Explikation eines überzeugenden Erklärungsmodells: hier bezieht sich Revenstorf (2009) ebenfalls auf das Kontext-Modell der Psychotherapie und den „Erklärungsmythos“ nach Frank. Bei Kahl-Popp (2007) ist das Erklärungsmodell Teil der konzeptionellen Kompetenz
- Verfügbarkeit und flexibler Umgang mit Technikrepertoires
- Glaubhafte Inszenierung einer Technik
- Offenheit gegenüber Begegnungen mit unterschiedlichen Menschen, Empathie
- Tolerieren eines vorübergehenden Zustands von Nichtwissen
- Fähigkeit zur würdigen Beendigung der Arbeitsbeziehung

Walz-Pawlita u. a. (2008) halten fest, dass aufgrund der Bedeutung der Person die fachliche Kompetenz einer Psychoanalytikerin letztendlich immer „auf persönliche Art spezifisch begrenzt“ (S. 370) sei.

Besondere Bedeutung wird der Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie beigemessen, da die folgenden drei Kompetenzen als zentral angenommen werden:

- Kongruenz und Authentizität

- unbedingte Wertschätzung
- Empathie

Diese drei Verhaltensweisen sollen dem Aufbau einer stabilen Beziehung, in der die Patientin neue Erfahrungen machen kann, dienen und werden als grundlegende Kompetenzen der klientenzentrierten Therapeutin angesehen (vgl. Finke, 1990). Carkhuff (1969, zitiert nach Inskipp, 2006) beschreibt vier zusätzliche notwendige Fähigkeiten: Konkretheit, Selbstoffenbarung, Konfrontation und Unmittelbarkeit.

#### 4.2.2. Relationale Kompetenz oder Beziehungskompetenz

Die therapeutische Beziehung wird als zentraler Wirkfaktor der Psychotherapie angenommen (siehe auch 3.6). Die Beziehungsfähigkeit der Therapeutin ist nicht von einer spezifischen therapeutischen Orientierung abhängig, sondern entfaltet sich in der therapeutischen Interaktion. Kahl-Popp (2007) nennt fünf Aspekte, die die Beziehungskompetenz der Therapeutin maßgeblich bestimmen.

- **Verantwortung:** Die Psychotherapeutin trägt die Verantwortung für die therapeutische Beziehung. Im Sinne dieser Verantwortung versteht die Therapeutin jedes Beziehungsangebot in der Therapie als bedeutsamen Interaktionskontext. Die Wirkung des Beziehungsangebots wird überprüft und gegebenenfalls modifiziert. Eine Voraussetzung dazu ist, dass die Therapeutin zur „therapeutischen Ich-Spaltung“ fähig ist, das heißt, gleichzeitig in der therapeutischen Beziehung handeln als auch diese reflektieren kann (vgl. Kernberg)

- **Kommunikative Intuition:** Diese Interaktionskompetenz beschreibt die Fähigkeit, sich intuitiv auf Entwicklungsbedürfnisse von Menschen einstellen zu können (beispielsweise auch in der Interaktion mit kleinen Kindern). Die Therapeutin schafft ein passendes „Reizklima“, in dem das Verhältnis von Angst und Neugierde so austariert wird, dass die Patientin neue emotionale Erfahrungen machen kann.
- **Reflexion der therapeutischen Beziehung:** Die Therapeutin ist in der Lage die therapeutische Beziehung zu reflektieren und daraus gewonnene Erkenntnisse umzusetzen. Dazu gehört das Erkennen von Brüchen in der therapeutischen Beziehung, insbesondere das Wahrnehmen des eigenen Anteils an negativen Entwicklungen.
- **Arbeitsbündnis:** Die therapeutische Beziehung stellt an sich bereits einen allgemeinen Wirkfaktor dar, der in zahlreichen Untersuchungen wirksamer war, als die Summe der spezifischen Wirkfaktoren (vgl. Wampold, 2001). Zur therapeutischen Kompetenz dieses Arbeitsbündnis aufzubauen und aufrecht zu erhalten, gehört das Aushalten negativer Affekte, sowohl die der Patientin als auch eigene, im Sinne des „Containment“, diese emotional und kognitiv zu transformieren und das Ergebnis an die Patientin in Form von Angeboten oder Empfehlungen anzubieten.
- **Heilsames Setting:** Als Setting werden die Rahmenbedingungen der therapeutischen Beziehung verstanden, wie beispielsweise zeitliche und räumliche Konstanz, Wahrung der Intimität und Anonymität. Diese Rahmenbedingungen werden in der therapeutischen Beziehung ausverhandelt und ausgestaltet.

Es ist anzunehmen, dass diese Kompetenz eine Basisfertigkeit darstellt, über die alle Psychotherapeutinnen unabhängig ihrer theoretischen Orientierung verfügen sollten (vgl. Revenstorf, 2009). Auch Revenstorf (2009) beschreibt wiederum Beziehungskompetenzen, die er als Kompetenzen der Resonanz bezeichnet. Die Parallelen sind nicht zu übersehen. Dazu gehören

- Die „Chamäleon-Funktion“ des Abholens, „pacing“
- Reflexion von Gegenübertragungsmomenten
- Bereitstellung geeigneter Übertragungsfunktion
- Beachtung von Beziehungsfallen und negativer Übertragung
- Motivierung der Patientin zur Veränderung, Mobilisierung ihrer Ressourcen

Inskipp (2006) fasst sechs allgemeine, schulenübergreifende Schlüsselfähigkeiten der Therapeutinnen zusammen, die zentral für den Beziehungsaufbau sind:

- Die Fähigkeit mit den Patientinnen in Kontakt zu treten
- Die Fähigkeit ein strukturiertes therapeutisches Setting zu gewähren
- Die Fähigkeit eine therapeutische Beziehung zu entwickeln
- Die Fähigkeit Interaktion mit den Patientinnen zu entwickeln und zu erhalten
- Die Fähigkeit sich selbst zu hinterfragen und an sich selbst zu arbeiten

- Die Fähigkeit die Rolle des eigenen Selbst im therapeutischen Prozess zu reflektieren

Diese Fähigkeiten setzen wiederum eine Reihe von „Mikro-Fähigkeiten“ voraus. Notwendige Fähigkeiten, um mit den Patientinnen in Kontakt zu treten und ein strukturiertes therapeutisches Setting zu gewähren, sind die bewusste Reflexion des ersten Kontakts, vorurteilsfreies Erleben, Bewusstsein darüber, wie man von anderen wahrgenommen wird, sowie die Fähigkeit, andere angemessen zu begrüßen und die Interaktion zu starten. Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung setzt voraus, dass die Therapeutin in der Lage ist, der Patientin ihre Aufmerksamkeit zu schenken und dies auch nonverbal zu zeigen. Außerdem braucht die Therapeutin zum Beziehungsaufbau Fähigkeiten im Beobachten, Zuhören, Hören und Reagieren bzw. Antworten, Zusammenfassen und im Stellen von (nicht-bedrohlichen, offenen) Fragen. Neben den bereits genannten Mikro-Fähigkeiten braucht die Therapeutin, um die Interaktion zu entwickeln und aufrecht zu erhalten, ausreichende Selbstwahrnehmung, die Fähigkeit zu fokussieren, Empathie zu kommunizieren, die Patientin herauszufordern und sich auch selbst (in angemessener Art und Weise) zu offenbaren und ihre Gedanken und Gefühle mitzuteilen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Unmittelbarkeit. Die Fähigkeit, sich selbst und die Rolle im therapeutischen Prozess zu hinterfragen setzt, umfangreiche Selbstmanagementfähigkeiten voraus (vgl. Inskipp, 2006).

#### 4.2.3. Konzeptionelle Kompetenz oder Konzeptkompetenz

„Unter Konzeptkompetenz wird die Fähigkeit des Psychotherapeuten verstanden, mit einem Behandlungskonzept ein

für den Patienten heilsames Arbeitsbündnis zu verwirklichen.“ (Kahl-Popp, 2004, S. 409)

Die Konzeptkompetenz umfasst, so Kahl-Popp (2007), vier wesentliche Bestandteile:

- **Erklärungsmodell:** Die Therapeutin verfügt über eine plausible Erklärung für die Symptome der Patientin, aufbauend auf einer Vorstellung, wie die Psyche funktioniert und wie Störungen entstehen. Dieses Erklärungsmodell ist abhängig vom therapeutischen Bezugsrahmen der Therapeutin, da den unterschiedlichen Psychotherapieverfahren verschiedene Modelle der Entstehung psychischer Störungen zu Grunde liegen.
- **Therapiekonzept:** Das Erklärungsmodell bietet auch Ansätze für Veränderungsmechanismen, von denen in den jeweiligen Therapieschulen Interventionen zur Auflösung bzw. Linderung der Beschwerden der Patientin abgeleitet werden.
- **Bedeutung des Konzepts:** Spezifische Bestandteile eines psychotherapeutischen Verfahrens sind, so das kontextbezogene Denkmodell, aufgrund ihrer Bedeutung, die sie für die Patientin und die Therapeutin haben, wirksam. Das Behandlungskonzept muss von beiden akzeptiert werden, damit die Patientin sich darin unterstützen lässt, mit diesem Konzept in Einklang zu kommen.
- **Reflexion der Verknüpfung der Kompetenzen:** Das Erklärungsmodell als auch das Behandlungsmodell und seine Akzeptanz durch die Patientin stehen im Zusammenhang mit der Allegiance der Therapeutin und dem therapeutischen Arbeitsbündnis.

Revenstorf (2009) spricht statt von konzeptionellen Kompetenzen von Kompetenzen der Behandlungstechnik als dritte Gruppe, die sich

auf die Diagnose und Technik bezieht. Es geht um die Beantwortung grundlegender Fragen zum therapeutischen Vorgehen, wie:

- Auf welcher Problemebene wird mit der Therapie begonnen?
- Sind die Problemebenen hierarchisch, interdependent oder additiv organisiert?
- In welcher Manifestationsebene wird die Therapie begonnen?
- Welche Methoden stehen zur Verfügung?

Während sich bei den personalen und Beziehungskompetenzen zahlreiche Überschneidungen zwischen Kahl-Popp (2007) und Revenstorf (2009) zeigten, unterscheiden sie sich nun in diesem letzten Bereich deutlich voneinander, da bei Kahl-Popp (2007) eine stärkere Verknüpfung zu den anderen beiden Kompetenzbereichen stattfindet und auch die Bedeutung des Konzepts für Therapeutin und Patientin betont wird.

Nach Laireiter und Botermans (2005) lässt sich in der Literatur Evidenz für die Bedeutung der „Fähigkeit zur theoretischen und praktischen Fallkonzeption“, also der Konzipierung eines Falls verbunden mit Therapieplanung aufbauend auf einem theoretische begründeten Verständnis der Probleme der Patientin, finden. Diese Kompetenz ist, so Laireiter und Botermans (2005) weiter, nicht einfach zu trainieren, da die Entwicklung dieser Kompetenz nicht nur der theoretischen Ausbildung und des Trainings spezifischer kognitiver Strategien voraussetzt, sondern auch Anleitung und Einübung dieser Strategien in der Supervision. Auch Betan und Binder (2010) bezeichnen die Fähigkeit zur Konzeptualisierung als grundlegende therapeutische Fähigkeit.

Die Konzeptkompetenz bzw. die Fähigkeit zur Konzeptualisierung zeigt sich, so Margison u. a. (2000) in „case formulations“. Case Formulations wurden bereits 1989 von Persons definiert als „... a hypothesis about the nature of the psychological difficulty (or difficulties) underlying the problems on the patient's problem list“ (Persons, 1989, S. 37). Diese Definition wurde von Kuyken u. a. (2005) folgendermaßen erweitert: „Case formulation aims to describe a person's presenting problems and use theory to make explanatory inferences about causes and maintaining factors that can inform interventions.“ (Kuyken u. a., 2005, S. 1188) Als Case Formulation versteht man also einerseits die Fähigkeit ein Erklärungsmodell als auch ein Behandlungsmodell zu formulieren, wobei bereits Persons (1989) genauso wie Kahl-Popp (2007) darauf hinweist, dass die Case Formulation immer auch vom Patienten akzeptiert werden muss um den Behandlungserfolg zu fördern. Trotz der Bekanntheit des Begriffs „Case Formulation“ in der internationalen Psychotherapieforschung, wird in dieser Arbeit weiter am Begriff der konzeptionellen Kompetenz festgehalten, da diese Bezeichnung die Bedeutung des „Könnens“ im Gegensatz zum „Wissen“ betont und im deutschsprachigen Raum weit verbreitet ist (siehe dazu 4.1 und 4.2).

Die Bedeutung der konzeptionellen Kompetenz bzw. von Case Formulations für die Therapie wird von mehreren Autorinnen beschrieben (vgl. z.B. Sim u. a., 2005; Persons, 1989; Kuyken u. a., 2005; Betan und Binder, 2010). Einen weiteren Beleg stellt auch die Studie von Crits-Christoph u. a. (1988) dar, in der gezeigt werden konnte, dass je näher die Interpretation der Therapeutin bei einer unabhängig gewonnen klinischen Formulierung liegt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit eines positiven Therapieerfolgs.

Claiborn und Dixon (1982) halten bereits fest, dass die Vermittlung konzeptioneller Kompetenz einen essentiellen Teil der Ausbildung von



„counseling psychologist“ darstellt.<sup>1</sup> Dafür sei theoretisches Wissen notwendig, aber nicht ausreichend. Konzeptionelle Fähigkeiten seien, so Claiborn und Dixon (1982) weiter, nur indirekt durch verbale Berichte erfassbar und schwierig zu messen. Im Gegensatz zu Kahl-Popp (2007) nehmen Claiborn und Dixon (1982) allerdings an, dass konzeptionelle Fähigkeiten nicht unabhängig einer theoretischen Orientierung operationalisiert werden können.

Prieto und Scheel (2002) gehen davon aus, dass die Entwicklung komplexer kognitiver Prozesse und Problemlöseprozesse, die zur Konzeptualisierung einer Diagnose und darauf aufbauenden Behandlung nötig sind, durch verschiedene Prozesse in der Ausbildung zum „counselor“ gefördert wird. Die Ausbildungskandidatinnen eignen sich theoretisches Wissen und Fakten an, entwickeln kognitive Schemata, also prozedurales Wissen bzw. Handlungswissen, das ähnlich der Spirale der Wissensschaffung von Nonaka und Takeuchi (1997), wiederum zur Bildung neuen deklarativen Wissens, also Faktenwissens herangezogen wird.

#### **4.2.4. Weitere Modelle therapeutischer Kompetenzen**

Zentrale therapeutische Fähigkeiten sind nach Berns (2006) empathisches Zuhören und Antworten, das Erfassen und Bedenken der eigenen emotionalen Reaktionen, die Förderung von Selbstreflexivität, das Erarbeiten eines Arbeitsbündnisses, das Erkennen von Rissen in der therapeutischen Beziehung und das Finden von Lösungswegen (vgl. Berns, 2006).

Willutzki und Laireiter (2005) nennen acht Kompetenzen und Fähigkeiten, die Verhaltenstherapeutinnen während ihrer Ausbildung er-

---

<sup>1</sup>Psychologische Beraterinnen können nicht mit Psychotherapeutinnen gleichgesetzt werden. Aufgrund der ähnlichen Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche (insbesondere im US-Amerikanischen Raum) erscheint der Vergleich an dieser Stelle aber zulässig.

werben sollen:

- Personale Kompetenzen: Diese Fähigkeiten, wie beispielsweise Selbstreflexivität, Selbstkenntnis und Selbstfürsorge beziehen sich auf die Person der Therapeutin.
- Interaktionelle Kompetenzen: Als interaktionelle Kompetenzen bezeichnen die Autoren soziale und zwischenmenschliche Fähigkeiten, wie beispielsweise Selbstsicherheit und interpersonalen Respekt.
- Professionelle Kompetenzen: Darunter fallen Fähigkeiten zur Arbeit unter professionellen Bedingungen und multiprofessioneller Kooperation.
- Gesprächstechniken und -kompetenzen: Diese Fähigkeiten dienen der Führung therapeutischer Gespräche.
- Prozess- und interaktionelle Techniken: Diese Kompetenz wird zur Steuerung des therapeutischen Prozesses und der Gestaltung der therapeutischen Beziehung benötigt.
- Diagnostische Kompetenzen: Dieser Bereich umfasst Fähigkeiten zur Durchführung diagnostischer Kompetenzen.
- Konzipierung und strategische Kompetenzen: Diese Fähigkeiten dienen der strategischen Fallkonzipierung, der Therapiedurchführung und der Fallkonstruktion.
- Interventionskompetenzen: Diese Kompetenz beschreibt die Fähigkeit, therapeutische Methoden anzuwenden.

Laireiter und Botermans (2005) nennen die folgenden fünf Partialkompetenzen bzw. Wissensbereiche fachlicher Kompetenz für Verhaltenstherapeutinnen:

- Theoretisches Wissen
- Praxeologisches und nomopragmatisches Wissen (Methoden, Regeln, Diagnostik, Indikation, Fallkonzeptionen)
- Praktische Kompetenz (Handlungswissen und technisches Können therapeutischer Methoden und Techniken und der Prozessgestaltung)
- Personale und interpersonale Kompetenzen („therapieförderliche“ persönliche Eigenschaften und Fähigkeiten der Therapeutin)
- Ethische und professionelle Kompetenz (Rollenbewusstsein, Ethik, Berufsrecht, Psychohygiene)

Nach Tuckett (2007) erfordert die Arbeit als Psychoanalytikerin die folgenden Fähigkeiten, die von Will (2006) jeweils ausdifferenziert werden. Das Erspüren von relevantem Material, also von Affekten und unbewussten Bedeutungen bezeichnet Tuckett (2007) als den teilnehmend-beobachtenden Rahmen. Dies erfordert nach Will (2006)

- die Fähigkeit zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit und Zurückhaltung
- die Fähigkeit mit der Gegenübertragung zu arbeiten
- die Fähigkeit zur psychoanalytischen Interaktion und Intersubjektivität
- die Fähigkeit eine als hilfreich erlebte Beziehung herzustellen
- die Fähigkeit mit Angst, Spannungen und Konflikten umzugehen
- die Fähigkeit, den Patientinnen psychischen Raum und Entwicklungsfreiheit zu geben und sie nicht durch eigenen Bedürfnisse oder Unzulänglichkeiten einzuschränken

Das konzeptuelle Erfassen des Gespürten bildet den konzeptuellen Rahmen. Dieser konzeptuelle Rahmen lässt wiederum Vergleiche mit der konzeptionellen Kompetenz nach Kahl-Popp (2007) zu. Will (2006) subsumiert darunter

- die Fähigkeit einen analytischen Prozess einzuleiten, zu gestalten und zu beenden
- die Fähigkeit theoretische Konzepte heranzuziehen
- die Fähigkeit zur Selbstreflexion

Die Kompetenz auf der Basis dieses konzeptuellen Rahmens Deutungen zu geben und deren Wirkung zu spüren und wiederum konzeptuell zu erfassen wird von Tuckett (2007) als Interventionsrahmen bezeichnet.

## **4.3. Die Entwicklung psychotherapeutischer Fähigkeiten**

In diesem Abschnitt werden verschiedene Modelle der Entwicklung von Psychotherapeutinnen dargestellt. Das erste Modell, das die Entwicklung von der Novizin zur Expertin beschreibt, stellt ein allgemeines Modell des Kompetenzerwerbs dar, das für Psychotherapeutinnen angewendet werden kann. Die anschließenden Entwicklungsmodelle von Hogan (1964), Grater (1985) und Ronnestad und Skovholt (1997, 2005) beziehen sich direkt auf die Entwicklung von Psychotherapeutinnen und beruhen zum Teil auf Forschungsergebnissen.

### **4.3.1. Von der Novizin zum Intuitiven Handeln**

„Können erwirbt man nur durch eigene Praxis, durch Versuch und Irrtum, durch Herausfinden der Regeln und deren

Ansammlung zu einem Erfahrungsschatz.“ (Buchholz, 2007, S. 378)

Psychotherapeutische Kompetenz bzw. psychotherapeutisches Können (Buchholz, 2007, S. 378) ist nicht die Anwendung von Regeln, da es nur so aussieht, als ob es regelgeleitet sei. Können braucht das körperliche Gefühl, das Embodiment und auch wenn der erste Schritt in der Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz in dem Erlernen von Regeln besteht, ist die Entwicklung zum wirklichen Können darin gegeben, diese Regeln hinter sich zu lassen - an ihre Stelle tritt Erfahrung. Explizite Analysen und Regeln sind zu Beginn zwar sinnvoll und auch notwendig, die Bedeutung dieses theoretischen Wissens ist allerdings begrenzt, da in komplexen Situationen die einzelnen Elemente stark kontextabhängig sind (vgl. Buchholz, 2007; Kahl-Popp, 2009; Revenstorff, 2009; Klappacher, 2006). Diese Entwicklung verläuft, so Neuweg (1999) in Anlehnung an Dreyfus und Dreyfus (1988), in fünf Stadien:

1. Im **Novizenstadium** lernt die Lernende kontextunabhängige Regeln und abstrakte Merkmale einer Aufgabe kennen, ohne die Gesamtstruktur der Aufgabe zu erfassen. Es geht um die Wahrnehmung von Unterschieden.
2. Im **Stadium der fortgeschrittenen Anfängerin** erkennt die Lernende physiognostische Elemente, also wiederkehrende, bedeutungsvolle Elemente der Aufgabe, die sich nicht durch präzise Definitionsregeln erfassen lassen. Die Lernende lernt nun nicht länger abstrakte Regeln, sondern anhand von Beispielen, sie lernt das „Gesicht“ einer Situationsgestalt zu erfassen. Regeln haben jetzt eher den Charakter von Richtlinien. Die Bedeutung von Unterschieden wird erkannt.

3. Im **Kompetenzstadium** beginnt die Lernende die physiognostischen Elemente und die einzelnen Aspekte der Situation aus der Perspektive der Gesamtsituation zu gewichten. Die emotionale Beteiligung steigt. Es wird Verantwortung für Ziel, Plan und Konsequenzen übernommen. Die Lernende hält sich aber noch an die Regeln, auch wenn die Gesamtsituation eigentlich einen Regelbruch verlangt.
4. Im **Stadium des gewandten Könnens** erkennt die Lernende die Situation als Ganzes, sie hat einen „diagnostischen Blick“. Entscheidungen werden aufgrund holistischen Erkennens von situativen Ähnlichkeiten getroffen. Die Lernende verfügt über eine Vorstellung über den zu erwartenden Ablauf der Dinge, sie folgt nicht länger präzisen Regeln sondern offenen Maximen. Um diese Stufe zu erreichen, ist Lernen an prototypischen Situationen notwendig.
5. Im **Stadium des Intuitiven Handelns** reagiert die Lernende nicht mehr auf einzelne Elemente. Die Elemente haben sich zu komplexen Situationen und Klassen von Situationen gruppiert, für die automatisch Handlungsalternativen und Antworten in Form von Bildern verfügbar sind. Strategisches Planen ist nicht länger notwendig. Physiognostisches Erkennen und verkörpertes Wissen ermöglichen intuitiv richtiges Reagieren. Mit anderen Worten ist das Wissen der Experten qualitativ anders organisiert, als das explizite Regelwissen zu Beginn des Lernprozesses. Das regelgeleitete „Know-that“ wurde in erfahrungsbasiertes „Know-how“ transformiert (vgl. Neuweg, 1999; Buchholz, 2007; Dreyfus und Dreyfus, 1988).

Im Verlauf dieses Lernprozesses ist es wichtig, dass die Lernende eine feste innere Orientierung auf eine Behandlungstheorie entwickelt, mit anderen Worten von der gewählten Behandlungsmethode überzeugt ist (vgl. „allegiance“). Dies ist eine Voraussetzung für die Identifizierung mit der eigenen Methode und der Verinnerlichung des eigenen Verfahrens und somit notwendig, um das Stadium des „Könnens“ zu erreichen (vgl. Walz-Pawlita u. a., 2008; Neuweg, 1999; Buchholz, 2007).

#### **4.3.2. Das Differentielle Entwicklungsmodell nach Hogan (1964)**

Das Differentielle Entwicklungsmodell von Hogan (1964) beschreibt vier Entwicklungsstufen der angehenden Therapeutin und die damit verbundenen Bedürfnisse und Erwartungen an die Supervision.

Auf Stufe 1 ist die Supervisandin noch sehr unsicher und zweifelt an ihrer therapeutischen Wirksamkeit, sie ist in ihrer therapeutischen Arbeit noch stark von ihrer Supervisorin abhängig. Sie hat noch keine eigene therapeutische Identität entwickelt, in ihrer Arbeit hält sie sich strikt an die gelernten Methoden. Von ihrer Supervisorin braucht sie emotionale Unterstützung und klare Methodenanleitung.

Auf Stufe 2 nimmt die Abhängigkeit durch bereits vorhandene therapeutische Erfahrungen langsam ab, es kommt zu ersten Autonomiebestrebungen. Die angehende Therapeutin schwankt zwischen Autonomie und Abhängigkeit, Selbstüberschätzung und Selbstzweifeln. In dieser Stufe sind Spannungen zwischen Supervisandin und Supervisorin besonders wahrscheinlich. Die angehende Therapeutin wünscht sich von ihrer Supervisorin klare Anleitung und klares Feedback zu ihrem therapeutischen Vorgehen, um ihre Kompetenzen erweitern zu können.

Auf Stufe 3 fühlt sich die Therapeutin in Ausbildung zunehmend

sicher in ihrem therapeutischen Handeln. Ihr individueller therapeutischer Stil entwickelt sich, sie handelt zunehmend autonom und wünscht sich auch Freiraum zur Erprobung und Verwirklichung eigener Ziele. Durch die erlangte Sicherheit ist die angehende Therapeutin auch zunehmend bereit für deutliche Kritik von Seiten der Supervisorin. Konfrontation in der Supervision steht nun im Vordergrund.

Auf Stufe 4, der letzten Stufe dieses Modells, kennt die Therapeutin ihre eigenen Grenzen. Sie weiß um ihre therapeutischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, aber auch um ihre Schwierigkeiten und kann völlig eigenständig handeln. Ihre therapeutische Sicherheit ist stabil, kritische Konfrontation mit Mängeln und Schwächen in der Supervision kann zugelassen werden. Gleichzeitig ist die angehende Therapeutin auch in der Lage sich kritisch zu Empfehlungen der Supervisorin zu äußern, sie wünscht sich nun eine partnerschaftliche Supervision und wechselseitige Aktivierung.

Hogan (1964) geht davon aus, dass für die erfolgreiche Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz nach diesem Modell die folgenden vier Entwicklungsprozesse eine Rolle spielen:

- die Entwicklung einer stabilen Arbeitsmotivation
- die Entwicklung wechselseitiger Kritikfähigkeit und Autonomie
- die Ausbildung von therapeutischer Sicherheit
- die Entwicklung eines individuellen therapeutischen Arbeitsstils (vgl. Frank u. a., 1996)

Dieses Modell zeigt auch deutlich, dass sich im Verlauf der Ausbildung die Rollen von Supervisandin und Supervisorin ändern. Das zu Beginn vorherrschende Schülerin-Lehrerin-Modell geht zunehmend über in ein kollegiales Verhältnis. Die unterschiedlichen Erwartungen



und Wünsche an die Supervision von Seiten der Therapeutinnen in Ausbildungen konnten empirisch bestätigt werden (vgl. Frank u. a., 1996).

### **4.3.3. Entwicklungsmodell nach Grater (1985)**

Grater (1985) kritisiert an Hogans Entwicklungsmodell, dass es zu sehr an allgemeinen Entwicklungsprozessen der menschlichen Entwicklung orientiert ist und zu wenig spezifisch für die Entwicklung von Psychotherapeutinnen sei. Auch Graters Entwicklungsmodell ist wiederum am Supervisionsprozess orientiert und umfasst ebenfalls vier Stufen.

In Stufe 1 steht die Entwicklung grundlegender therapeutischer Fertigkeiten und die Annahme der therapeutischen Rolle im Vordergrund. Grater (1985) empfiehlt auf dieser Stufe noch vor dem Kontakt mit der ersten Patientin Rollenspiele und Feedback.

In Stufe 2 ist die Erweiterung der therapeutischen Fertigkeiten und Rollen in Übereinstimmung der Probleme und Rollenerwartungen der Patientin zentral. Der Fokus in der Supervision liegt auf den Patientinnen, die von Therapietechniken profitieren würden, die die Supervisorin noch nicht entwickelt hat, um die Entwicklung voran zu treiben.

In Stufe 3 entwickelt die angehende Therapeutin die Fertigkeit, die habitualen und konfliktreichen Verhaltensmuster der Patientin zu erkennen und wirksame Interventionen auszuwählen. Zentrales Thema in der Supervision sind nun die Interaktionsmuster der Patientin.

In Stufe 4 soll die Therapeutin schließlich lernen, das eigene Selbst zur Beurteilung und Intervention einzusetzen.

### **4.3.4. Entwicklung nach Ronnestad und Skovholt**

Ronnestad und Skovholt (1997, 2005) führten teilstrukturierte Interviews mit 100 amerikanischen Psychotherapeutinnen (je 20 beginnende

und fortgeschrittene Ausbildungskandidatinnen und je 20 Praktikerinnen mit durchschnittlich fünf, fünfzehn und fünfundzwanzig Jahren Berufspraxis nach Abschluss der (ersten) Psychotherapieausbildung. Aus den Ergebnissen leiteten sie ein Stufenmodell der Therapeutenentwicklung, Themen der Therapeutenentwicklung und ein Prozessmodell der professionellen Entwicklung und Stagnation ab.

Das Entwicklungsmodell besteht aus den folgenden acht Stufen:

- Konventionelles Stadium
- Übergang zur professionellen Ausbildung in Psychotherapie
- Imitation
- bedingte Autonomie
- Erkundung
- Integration
- Individuation
- Integrität

Die meisten Psychotherapeutinnen beginnen im „konventionellen Stadium“ als Laienhelferinnen in ihren eigenen Familien. Sie geben emotionale Unterstützung, hören mit Sympathie und Empathie zu, teilen Emotionen, berichten von eigenen Erfahrungen und geben häufig auch Ratschläge. Oftmals sind sich die Helferinnen ihrer Helferrolle nicht bewusst, Helfen wird als selbstverständlich angesehen. Die Regulation von Grenzen zwischen dem Selbst und dem Anderen ist meist mit Schwierigkeiten verbunden.

Die Stufe des „Übergangs zum professionellen Training“ umfasst die ersten zwei Jahre der professionellen Ausbildung. Diese Zeit stellt eine Periode des Umbruchs dar, die angehenden Therapeutinnen geben ihre konventionelle Helferrolle auf, haben aber auch noch keine professionelle Helferrolle entwickelt. Die Ausbildungsteilnehmerinnen sind leicht verletzlich und von Selbstzweifeln geplagt.

In der „Imitationsphase“, dem mittleren Abschnitt der Ausbildung, arbeiten die meisten Ausbildungskandidatinnen bereits mit Patientinnen. Das Angstniveau ist immer noch sehr hoch und motiviert sie dazu, nach Modellen zu suchen. Erfahrene Therapeutinnen werden idealisiert oder abgewertet.

Die Phase der „konditionalen Autonomie“ bezeichnet das Ende der (ersten) Psychotherapieausbildung. Die angehende Therapeutin erkennt ihre Fortschritte seit Beginn der Ausbildung und fühlt sich relativ selbstsicher, weiß aber auch um ihre Entwicklungspotenziale im Vergleich zu erfahrenen Praktikerinnen. Dies führt wiederum zu professionellem Selbstzweifel. Die Ausbildungskandidatinnen kämpfen in diesem Stadium um Autonomie, die sich häufig in Unzufriedenheit mit der Supervision ausdrückt. Das Spannungsfeld zwischen dem Wunsch sich autonom und kompetent zu erleben und der Abhängigkeit von der Supervisorin wird besonders spürbar.

Die „Explorationsphase“ beschreibt die ersten Jahre nach Abschluss der Psychotherapieausbildung und lässt sich wiederum in drei Phasen unterteilen: Bestätigung (Die Therapeutin bemüht sich, die Validität ihrer professionellen Ausbildung zu bestätigen und testet ihre Kompetenzen), Desillusionierung (Die Therapeutin erlebt, dass ihre Kompetenz nicht ausreicht, um alle Herausforderungen des Berufsfeldes professionell zu bewältigen) und eigentliche Exploration (die Überwindung der Desillusionierung). Supervision kann in diesem Stadium helfen, dass

die Therapeutin allmählich eine Zunahme ihrer therapeutischen Kompetenz erlebt. Die Desillusionierung kann allerdings auch zur Stagnation der Entwicklung führen.

Rønnestad und Skovholt (2005) leiten aus den Daten 14 Thesen der professionellen Entwicklung ab:

1. „Professionelle Entwicklung umfasst eine zunehmende Integration von professionellem und privatem Selbst.
2. Im Entwicklungsverlauf verschiebt sich der Fokus der Therapeuten dramatisch: von einer eher internen Orientierung zu einer externen und von dort wieder zu einem internen Fokus.
3. Kontinuierliche Reflexion ist Voraussetzung für optimales Lernen und professionelle Entwicklung in allen Entwicklungsstadien.
4. Eine ausgeprägte Selbstverpflichtung zu Lernen und zu Wissen fördert den Entwicklungsprozess.
5. Die kognitive Landkarte verändert sich: Beginnende Praktiker verlassen sich auf externe Expertise, erfahrene Praktiker verlassen sich auf interne Expertise.
6. Professionelle Entwicklung ist ein langer, langsamer, kontinuierlicher Prozess, in dem es durchaus zu Fehlern und Irrwegen kommen kann.
7. Professionelle Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess.
8. Viele beginnende Praktiker erleben in ihrer professionellen Arbeit viele Ängste. Im Zeitverlauf werden die Ängste von den meisten bewältigt.

9. Patienten stellen einen zentralen Einflussfaktor dar und dienen als erste Lehrer.
10. Das Privatleben beeinflusst die professionelle Funktionsweise und Entwicklung über den gesamten Verlauf des professionellen Lebens.
11. Interpersonelle Einflussquellen fördern die professionelle Entwicklung stärker als „unpersönliche“ Einflussquellen.
12. Beginnende Psychotherapeuten sehen erfahrene Kollegen und die Ausbildung mit starken affektiven Reaktionen.
13. Ausgeprägte Erfahrungen mit menschlichem Leid tragen zu einer erhöhten Wahrnehmung, Akzeptanz und Anerkennung menschlicher Unterschiede bei.
14. Während beginnende Praktiker sich selbst in gewisser Weise als „Helden“ sehen, nehmen erfahrene Praktiker eher die Patienten als „Helden“ wahr.“ (Rønnestad und Skovholt, 2005, S. 107 f.)

Zentrale Themen in der Entwicklung sind demnach der Abbau von Angst, die Abnahme einer rigiden Orientierung nach außen und die Entwicklung einer beruflichen Identität. Die Entwicklung wird durch kontinuierliche Supervision gefördert, wobei die Ermutigung zur Reflexion der Komplexität der Arbeit mit Patientinnen sowie das Beenden dieses Reflexionsprozesses, um sich auf die therapeutische Arbeit zu konzentrieren, im Mittelpunkt der Supervision stehen. Auch Rønnestad und Skovholt (1997) betonen, dass während des Supervisionsprozesses unterschiedliches Verhalten von Seiten der Supervisorin notwendig ist. So ist zu Beginn insbesondere der sensible Umgang mit Angst wichtig, die Supervisandin wünscht sich einfache Methoden. Später, in

der mittleren Ausbildungsphase, wird das Prinzip des „gleichzeitigen Wissens und Zweifels“ wichtig. Die Supervisorin benötigt weniger Struktur. Bei fortgeschrittenen Ausbildungsteilnehmerinnen verstärkt sich der Fokus auf die Person der Therapeutin sowohl in der therapeutischen Beziehung als auch in der Supervisionsbeziehung. Parallele Prozesse werden betrachtet. Bei Therapeutinnen, die beginnen zu praktizieren, ist häufig Rollenunsicherheit verbunden mit dem beruflichen Sozialisationsprozess zentrales Thema in der Supervision.

Elf Jahre nach dem Erstinterview führten Ronnestad und Skovholt (2005) nochmals Interviews mit 12 der 20 Therapeutinnen mit der meisten Erfahrung (das Durchschnittsalter lag bei 74 Jahren). Zentrales Thema der Interviews war dabei die Frage, welche Faktoren im Verlauf der gesamten Karriere Einfluss auf die berufliche Entwicklung nehmen. Acht der zwölf Therapeutinnen berichteten von frühen Lebensereignissen (6 davon primär negativ), die später ihre Arbeit als Psychotherapeutin beeinflussten. Elf der zwölf Therapeutinnen berichteten von Erfahrungen im Erwachsenenalter (negative, wie z.B. intensive Verlusterlebnisse, als auch positive, wie beispielsweise eine unterstützende Beziehung zum Partner als Puffer gegen Selbstzweifel), die verschiedene Aspekte ihrer professionellen Rolle positiv beeinflusst hätten. Des Weiteren enthielten die Erzählungen der Therapeutinnen viele positive Schilderungen ihrer beruflichen Vorbilder, obwohl der tatsächliche Kontakt schon viele Jahre zurücklag - sie hatten also deren Einfluss internalisiert (vgl. Ronnestad und Skovholt, 2005).



## Kapitel 5

# Die Ausbildung zur Psychotherapeutin

Im folgenden Abschnitt werden einige theoretische Überlegungen zur Psychotherapieausbildung und Forschungsergebnisse zusammengefasst. Zuerst werden die einzelnen Bestandteile der Psychotherapieausbildung dargestellt. Anschließend werden die für die Therapieausbildung typische pädagogisch-psychotherapeutische Beziehung und die Kompetenzen der Ausbilderinnen beschrieben. Im letzten Teil werden Studien der Psychotherapieausbildungsforschung dargestellt.

### 5.1. Ziele der Ausbildung

Obwohl auf den ersten Blick das Ziel der psychotherapeutischen Ausbildung selbstverständlich im Erwerb psychotherapeutischer Kompetenzen liegt, lässt sich bei einer genaueren Betrachtung feststellen, dass die Bestimmung des Ausbildungszieles erhebliche Schwierigkeiten mit sich bringt. Insbesondere im Zusammenhang mit der psychoanalytischen



Ausbildung lässt sich in der Literatur die Auffassung finden, dass das Ziel nicht genau zu bestimmen sei (vgl. Kahl-Popp, 2004, 2007; Thomä, 2004; Tuckett, 2007).

Betrachten wir den Artikel 1 des österreichischen Psychotherapiegesetzes lassen sich Parallelen zum in Deutschland gültigen Artikel 1 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (APrV) finden:

Artikel 1 des österreichischen Psychotherapiegesetzes:

„§ 1. (1) Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.

(2) Die selbständige Ausübung der Psychotherapie besteht in der eigenverantwortlichen Ausführung der im Abs. 1 umschriebenen Tätigkeiten, unabhängig davon, ob diese Tätigkeiten freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses ausgeübt werden.“

Artikel 1 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (APrV):

„Die Ausbildung hat den Ausbildungsteilnehmern insbesondere die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu ver-

mitteln, die erforderlich sind, um 1. in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, und 2. bei der Therapie psychischer Ursachen, Begleiterscheinungen und Folgen von körperlichen Erkrankungen unter Berücksichtigung der ärztlich erhobenen Befunde zum körperlichen Status und der sozialen Lage des Patienten auf den wissenschaftlichen, geistigen und ethischen Grundlagen der Psychotherapie eigenverantwortlich und selbständig handeln zu können (Ausbildungsziel).“

Aus diesen beiden Gesetzestexten lassen sich bereits allgemeine Ziele der Psychotherapieausbildung ableiten (vgl. Willutzki und Laireiter, 2005):

1. Es sollen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden
2. Diese Kenntnisse und Fähigkeiten sollen sich auf die Behandlung und Veränderung von psychosozialen und psychosomatischen Störungen beziehen
3. Gegenstand dieser Kenntnisse und Fähigkeiten sind vor allem die Diagnostik, die Behandlung und Rehabilitation, im österreichischen Gesetzestext werden des Weiteren auch Kenntnisse zu den theoretischen Grundlagen der jeweiligen psychotherapeutischen Orientierung explizit gefordert
4. Beide Gesetze fordern, dass die Absolventinnen in der Lage sind eigenverantwortlich und selbstständig zu arbeiten

Es muss dabei betont werden, dass es, wie bereits in Kapitel 4.1 dargestellt wurde, bei der psychotherapeutischen Ausbildung nicht nur

um die Vermittlung von Wissen geht, das später wieder abgerufen werden kann. Vielmehr müssen die Ausbildungskandidatinnen darin unterstützt werden, dieses Wissen so zu integrieren, dass sie es im therapeutischen Prozess auch tatsächlich nutzen können (vgl. Caspar, 2003). Vogel und Alpers (2009) beschreiben drei Zielbereiche der psychotherapeutischen Ausbildung, die in der folgenden Tabelle 5.1 dargestellt sind.

<b>Ziel-Bereich</b>	<b>Teilbereiche</b>	<b>Erläuterung, Beispiele</b>
Wissen	Grundlagenwissen	Biologische Grundlagen (z.B. Neurophysiologie), Psychologie (Entwicklungs-, Sozial-, Lernpsychologie, Diagnostik und Forschungsmethoden)
	Störungsbezogenes Wissen	Wissen über Ätiologie, Verlauf und Prognose relevanter psychiatrischer Krankheiten sowie von weiteren Krankheiten, bei denen Psychotherapie indiziert ist
	Therapiebezogenes Wissen	Indikation, Durchführung, Wirkweise und Grenzen von Verfahren und Therapiemethoden
	Versorgungssystem	Kenntnisse verschiedener Versorgungsbereiche, ihrer Grundlagen und Aufgaben, Vernetzung und Zugänge, sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen auch in Abgrenzung zu anderen Akteuren des interdisziplinären Versorgungssystems
Fachkompetenz	Problemanalyse	Horizontale und vertikale Verhaltensanalyse, Systemanalyse, Beziehungsanalyse u.a.
	Therapeutische Gesprächsführung	Empathie, Wertschätzung, Kongruenz, Beziehungsaufbau, Zielvereinbarung
	Diagnostische Kompetenz	Diagnosestellung, Verlaufsdiagnostik und Outcomeerfassung

Fachkompetenz (Fortsetzung)	Allgemeine therapeutische Techniken	Interventionen zur Ressourcenaktivierung, zur Problemaktualisierung, zur Problembewältigung/-lösung, zur emotionalen Klärung
	Spezifische therapeutische Techniken	Kognitive Interventionen, Entspannungstechniken, Konfrontationstechniken, operante Verfahren, Selbstsicherheitstraining, Gruppentherapie
	Regulationskompetenzen	Bewertung entscheidungsrelevanter Situationen zu Beginn und im Verlauf der Therapie
	Wissenschaftliche Kompetenz	Fertigkeit bezüglich Informationsbeschaffung, Bewertung von Studienergebnissen, vergleichende Evaluation selbst gewonnener Prozess- und Outcomevariablen
	Technische Kompetenzen	Nutzen moderner Kommunikations- und Informationsverarbeitungstechnologie (für Diagnostik, Therapie und Verwaltung)
Personale oder professionelle Kompetenz	Kenntnis eigener therapierelevanter Interaktionsmuster und kognitiv-emotionaler Schemata	Berücksichtigung eigener Schwächen, Vorlieben und Attributmuster als Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung des Klienten und den Verlauf der Interaktion
	Selbstreflexionsbereitschaft	Frustrationstoleranz, Selbstkritik und Fähigkeit zur Metakommunikation
	Motivation zum lebenslangen Lernen	Wissenschaftliche Weiterbildung in Theorie und praktischer Forschungstätigkeit im Sinne des Wissenschaftler-Praktiker-Konzepts

Personale oder professionelle Kompetenz (Fortsetzung)	Emotionale Stabilität, Selbstständigkeit	Ausgeglichenheit und Fähigkeit zur Belastungsregulation
	Soziale Integrität und Kompetenz	Empathiefähigkeit und soziale Sensibilität

Tabelle 5.1.: Zentrale Ziele der Psychotherapeutenausbildung

## 5.2. Die Bestandteile der Psychotherapieausbildung

Die Ausbildung zur Psychotherapeutin besteht in der Regel aus den folgenden Teilbereichen (vgl. Kahl-Popp, 2004; Walz-Pawlita u. a., 2008; Strauß und Kohl, 2009a):

- Selbsterfahrung bzw. Lehrtherapie bzw. Ausbildungsanalyse im Einzel- und im Gruppensetting
- Theorievermittlung, meist durch entsprechende Theorieseminare
- erste Behandlungserfahrungen und Praktika verbunden mit Supervision (vgl. Kahl-Popp, 2004; Walz-Pawlita u. a., 2008; Strauß und Kohl, 2009a)

Diese drei Bereiche bilden als sogenanntes Eitington-Modell bereits seit 1923 die Grundpfeiler der psychoanalytischen und später auch psychotherapeutischen Ausbildung (vgl. Kernberg, 2002; Bogyi, 1997). Lai-reiter und Botermans (2005) geben an, dass dies allerdings nicht mehr

dem heutigen Stand entspricht. Sie plädieren für ein „Viersäulenmodell“, in dem Supervision und therapeutische Praxis als zwei getrennte Bestandteile angesehen werden.

Die Gewichtung und das Ausmaß der einzelnen Teilbereiche unterscheidet sich je nach der theoretischen Orientierung. So legen vor allem tiefenpsychologische und psychoanalytische Ausbildungsrichtungen sehr viel Wert auf die Lehrtherapie, während in der Verhaltenstheorie dafür meist nur relativ wenige Einheiten veranschlagt werden (vgl. Wilkins, 2006).

Johns (1996, zitiert nach Wilkins, 2006) beschreibt vier Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung im Rahmen der Ausbildung:

- Durch fokussierte Aktivitäten in Seminaren, in Gruppen, strukturierten Übungen und Einzelarbeit
- Durch Reflexion und Anwendung der in der Ausbildung gelernten Elemente
- Durch die Arbeit mit Patientinnen und durch Supervision
- Durch die eigene Erfahrung als Patientin in der Lehrtherapie

Die Verbindung von intellektuellem Lernen in den Seminaren und erlebnismäßigen Lernen, wie es beispielsweise in der Selbsterfahrung gefördert wird, bezeichnet Tscheulin (1980) als integratives Ausbildungsmodell. Das, was inhaltlich vermittelt, diskutiert oder eingeübt wird, wird so von der angehenden Therapeutin auch „am eigenen Leibe“ erfahren und erlebt. Durch diese Integration kann therapeutisches Basisverhalten aufgebaut werden, gleichzeitig wird so auch in Frage gestellt, ob die einzelnen Ausbildungsteile für sich allein stehend evaluiert werden können (vgl. Tscheulin, 1980).

### 5.2.1. Lehrtherapie

„Our training, our identity, our health, and our self-renewal revolve around the epicenter of personal therapy experience“ (Geller u. a., 2005, S. 3)

Alle modernen therapeutischen Ansätze gehen davon aus, dass Selbst-Verständnis bzw. Selbst-Erkenntnis einen wesentlichen Beitrag zur professionellen Effizienz, zum rationalen Selbstmanagement und zum persönlichen Wohlbefinden beiträgt (vgl. Orlinsky und Ronnestad, 2005). 85% der Psychotherapeutinnen, die selbst in Psychotherapie waren, berichten von mindestens einer Erfahrung, die sich positiv oder sehr positiv für sie persönlich auswirkte. 78% geben an, dass die eigene Psychotherapie einen sehr starken positiven Einfluss auf die eigene professionelle Entwicklung hatte (vgl. Geller u. a., 2005; Orlinsky u. a., 2005a; Curtis und Qaiser, 2005). Gleichzeitig zeigen Orlinsky u. a. (2005a) in ihrem Übersichtsartikel auch, dass es in den meisten Studien zur Eidentherapie auch Psychotherapeutinnen gibt, die von negativen und schädlichen Erfahrungen berichten.

Die Selbsterfahrung bzw. Eigenanalyse wurde bereits von Sigmund Freud als wichtiger Bestandteil der Ausbildung zur Psychoanalytikerin angesehen und ist bis heute in der Regel Teil der Psychotherapieausbildung. Nach Freud erfüllt die Eigenanalyse vier Funktionen: Die Selbsterfahrungs-Funktion bzw. therapeutische Funktion dient der Erfahrung des eigenen Unbewussten, der Lösung eigener unbewusster Konflikte und der Aufhebung eigener Widerstände. Des Weiteren weist die Selbsterfahrung didaktische Funktion auf, da so auch die spezifische Behandlungstechnik vermittelt wird, sie hat somit Modellfunktion. Freud weist der Selbsterfahrung auch Bewertungs-Funktion zu,

da die Eignung der angehenden Therapeutin in diesem Setting überprüft wird. Durch den Aufbau einer Beziehung zur Lehranalytikerin bzw. Lehrtherapeutin kommt die Initiations-Funktion der Selbsterfahrung hinzu, die angehende Psychotherapeutin wird in die therapeutische Gemeinschaft aufgenommen (vgl. Kahl-Popp, 2007; Sandell u. a., 2006a). Sandell u. a. (2006a) nennen noch drei weitere Funktionen: So hat Selbsterfahrung auch eine empathische Funktion: Die Ausbildungskandidatin lernt die „Patientinnenseite“ kennen und kann sich in dieser Rolle erfahren. Eine erfolgreiche Selbsterfahrung kann außerdem die Überzeugung der Wirksamkeit der eigenen theoretischen Orientierung bestärken, die Selbsterfahrung hat damit überzeugende Funktion. Die Selbsterfahrung vermittelt der angehenden Therapeutin zudem die in den Theorieseminaren abstrakt vermittelten Konzepte „am eigenen Leib“ und erfüllt somit auch eine theoretische Funktion. Schneider (2007, zitiert nach Walz-Pawlita u. a., 2008) betont des Weiteren, dass die Lehranalyse dem Erwerb einer psychoanalytischen Haltung dient, also der Verinnerlichung des gewählten Therapieverfahrens.

Neben der meist biografisch-ausgerichteten Selbsterfahrung, empfiehlt Sachse (2006) therapiezentrierte Selbsterfahrung. Die angehenden Therapeutinnen sollen so die Möglichkeit bekommen, ihre „blinden“ Flecken zu klären, zu erkennen, welche Inhalte sie ärgern oder blockieren, durch was ihre Empathie beeinträchtigt werden kann und mit welchen Patientinnen sie arbeiten können und mit welchen nicht. Ein ähnliches Konzept empfehlen Döring-Seipel u. a. (2000), die Selbsterfahrung als Form erfahrungsorientierten Lernens verstehen, das die Ressourcenkompetenz (das Ausloten der eigenen Fähigkeiten und Schwächen), die Beziehungskompetenz (die Fähigkeiten zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung) und die Methodenkompetenz (die Aneignung des Methodenrepertoires) fördern soll. Nach Ubben (1998) hat die Selbst-



erfahrung in der Verhaltenstherapie vor allem die Identifikation mit der Methode zum Ziel, aber auch die Förderung der personalen Kompetenz der angehenden Therapeutin.

Obwohl Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung alle der oben genannten Funktionen erfüllen sollte, ist das übergeordnete Ziel doch die Verbesserung der Behandlung der Patientinnen durch die angehenden Therapeutinnen. So soll durch die Lehrtherapie die Therapeutin selbst weniger neurotisch werden und ein erfreulicheres Leben führen; sie soll in der Lage sein, die Therapie mit einer klareren Wahrnehmung und geringerem Gegenübertragungspotenzial durchzuführen; die Therapeutin kann durch die eigene Therapie erfolgreicher mit den besonderen Herausforderungen ihres Berufs umgehen; sie ist noch überzeugter von der Wirkung von Psychotherapie und kann so besser die Helfer- und „Heilerrolle“ verinnerlichen; durch die eigene Therapieerfahrung verfügt die Therapeutin über mehr Sensibilität und Respekt im Umgang mit den Kämpfen der Patientin und sie entwickelt in der Therapie interpersonelle und technische Fähigkeiten (vgl. Geller u. a., 2005; Orlinsky u. a., 2005a).

Für Ford (1979) fällt die Eigentherapie im Rahmen der Ausbildung noch unter die Überschrift „Unresearched Controversies“ (S. 117) und seit damals wurden nur wenige Studien zur Lehrtherapie durchgeführt (vgl. Sandell u. a., 2006a). Walz-Pawlita u. a. (2008) geben an, dass negative Erfahrungen in der eigenen Lehranalyse nicht ohne gravierende Folgen für die spätere Behandlung von Patientinnen bleiben kann. Sie bleiben aber einen empirischen Beleg schuldig (vgl. Walz-Pawlita u. a., 2008).

Verschiedene Studien konnten zeigen, dass die Selbsterfahrung von den Ausbildungskandidatinnen als besonders wichtiger Teil der Ausbildung angesehen wird. Döring-Seipel u. a. (2000) zeigen in einer quanti-

tativen Studie, dass die Ausbildungskandidatinnen einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung die Selbsterfahrung und ihren Nutzen sehr positiv beurteilen. Aufgrund dieser subjektiven Einschätzungen der Kandidatinnen kann aber nicht rückgeschlossen werden, dass die genannten Funktionen der Selbsterfahrung wirklich erfüllt wurden (vgl. Petzold u. a., 1998; Döring-Seipel u. a., 2000).

Stolk und Perlesz (1990) berichten von einem negativen Zusammenhang zwischen gesteigerter Ausbildung und Zufriedenheit der Patientinnen. Sandell u. a. (2006a) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Dauer der Lehrtherapie und des Therapieoutcomes bei einer Stichprobe von 167 Therapeutinnen (größtenteils psychodynamisch orientiert) und 327 Patientinnen. Die Ergebnisse zeigen einen kurvenförmigen Zusammenhang, das heißt die Therapeutinnen, deren Patientinnen die größte positive Veränderung des GSIsqrt (Global Symptom Index des SCL-90, Quadratwurzel) aufwiesen, 7 bis 8 Jahre Lehrtherapie hatten, während die Patientinnen mit dem schlechtesten Therapieoutcome Therapeutinnen hatten, die 13 oder 14 Jahre Lehrtherapie hatten. Dieses Ergebnis kann auf verschiedene Arten interpretiert werden, zeigt aber auf jeden Fall, dass weitere Studien zur Effizienz der Lehrtherapie notwendig sind.

Laireiter und Botermans (2005) fassen die folgenden Trends zu Effekten der Selbsterfahrung und Eigentherapie zusammen:

- Therapeutinnen mit Eigentherapie haben geringere Erwartungen an die Veränderung der Patientinnen durch die Psychotherapie und sie führen Therapieerfolg eher auf die therapeutische Beziehung als auf therapeutische Methodik und Technik zurück
- Die Dauer der Eigentherapie kann die Therapiedauer beeinflussen

sen, Therapeutinnen, die selbst eine lange Eigentherapie hinter sich haben, präferieren demnach eher eine längere Therapie mit ihren Patientinnen

- Therapeutinnen verwenden bei vergleichbaren Problemstellungen häufig Methoden und Techniken, die sie aus ihrer Lehrtherapie kennen
- Therapeutinnen mit Eigentherapie bereiten das Therapieende sorgfältiger vor
- Die Eigentherapie beeinflusst die Informationsverarbeitung, die Fallkonzeption und den Interventionsstil - und damit den therapeutischen Stil
- Therapeutinnen mit Eigentherapie verhalten sich in der Therapie, unabhängig ihrer theoretischen Orientierung, weniger direktiv, sind stärker an der Patientin orientiert, fokussieren stärker die therapeutische Beziehung und die therapeutische Interaktion, berücksichtigen das eigene Erleben und werden als offener und authentischer beschrieben, verhalten sich reflexiver und empathischer. Im Gegensatz dazu greifen Therapeutinnen ohne Eigentherapie häufig auf direktive und sehr geplante und strukturierte Methoden zurück
- Es gibt Hinweise dafür, dass sich die Eigentherapie auf die Empathiefähigkeit auswirkt, dieser Zusammenhang wird allerdings durch verschiedene Variablen moderiert
- Es gibt Hinweise dafür, dass sich Eigentherapie auf die Beziehungsfähigkeit auswirkt

- Eigentherapie bietet keinen Schutz vor Burnout oder vor negativen Einstellungen gegenüber Patientinnen
- Eigentherapie im Rahmen der Ausbildung wird nicht nur positiv erlebt, sondern von ca. einem Viertel der Ausbildungsteilnehmerinnen als belastend erlebt

Interessant ist in diesem Zusammenhang weiters, dass, wie Orlinsky u. a. (2005b) zeigen, Psychotherapie nicht nur im Rahmen der Ausbildung eine wichtige Rolle für Psychotherapeutinnen spielt, sondern v. a. auch erfahrene Psychotherapeutinnen selbst Psychotherapie in Anspruch nehmen. Die am häufigsten genannten Gründe hierfür sind der Wunsch nach persönlichem Wachstum (60%) und persönliche Probleme (56%). Mit anderen Worten gibt es nicht nur aus professioneller Sicht Gründe, die Psychotherapeutinnen motiviert, sich selbst in Psychotherapie zu begeben, sondern auch der Wunsch, selbst ein glücklicheres Leben zu führen (vgl. Orlinsky u. a., 2005a).

### 5.2.2. Supervision

Die Supervision erster eigener Behandlungspraxis wird als besonders wichtiges Element der Ausbildung angesehen, das die Entwicklung von therapeutischen Fertigkeiten und Fähigkeiten sicherstellen soll (vgl. Orlinsky und Ronnestad, 2005; Lecomte, 2006; Willutzki, 2005; Lambert und Ogles, 1997; Bleichhardt und Rief, 2010). Zentrales Ziel ist die Vermittlung von Anwendungsregeln (beispielsweise Therapietechniken und Regeln der Beziehungsgestaltung) als auch der spezifischen therapeutischen Tätigkeit im Sinne einer methodischen und interaktionellen Kompetenz (vgl. Ubben, 1998). Die Supervision wurde in einer Studie von Petzold u. a. (1998) ebenfalls von den Ausbildungskandidatinnen als wesentlicher Teil der Ausbildung eingestuft. Es gibt allerdings bislang

kaum Studien, die die Supervision in Beziehung zum Therapieerfolg untersuchen und somit ihren Nutzen nachweisen können (vgl. Beutler u. a., 2004; Ellis und Ladany, 1997). In einer der wenigen Studien dazu konnten Steinhelber u. a. (1984) zeigen, dass das Ausmaß bzw. die Häufigkeit der Supervision nicht mit dem Therapieoutcome korreliert, dass allerdings die Übereinstimmung der theoretischen Orientierung von Supervisorin und Supervisandin sich positiv auf den Therapieerfolg auswirkt. Deutlich mehr Studien gibt es zu kontraproduktiven Erfahrungen und eingeschränkter Mitteilungsbereitschaft von Seiten der Supervisandin in der Supervision. So konnte gezeigt werden, dass negative bzw. kontraproduktive Erfahrungen in der Supervision sich negativ auf die Beziehung der Supervisandin zu ihren Patientinnen auswirken können und dies sogar in weiterer Folge zu einer „doppelten Traumatisierung“ der Ausbildungskandidatinnen führen kann (vgl. Orlinsky und Ronnestad, 2005; Gray u. a., 2001; Cabaniss u. a., 2001). Eine weitere Tatsache in Bezug zur Ausbildungssupervision besteht darin, dass die Supervisandinnen häufig Fälle besprechen, bei denen sie sich als besonders kompetent erleben und nicht über beschämende, schwierige Situationen der Therapie sprechen (vgl. Ladany u. a., 1996; Lecomte, 2006; Auckenthaler, 1999). Aber auch nach der Ausbildung bleibt die Supervision, wenn auch in geringerem Ausmaß ambivalent besetzt. Eine aktuelle Mitgliederbefragung der Landeskammer für psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten (LPPKJP) von Bleichhardt und Rief (2010) zeigt, dass 92% der Befragten den Nutzen von Supervision bzw. Intervision als lohnenswert beschreiben, aber auch 11% davon berichten, dass sie bzw. ihr Handeln unangemessen in Frage gestellt wurde und 8% geben an, dass ihre Grenzen missachtet worden seien.

Die Supervisionsbeziehung ist durch die hierarchische Beziehung zwi-

schen der angehenden Therapeutin, die als Supervisandin von der erfahrenen Supervisorin lernen möchte bzw. soll, geprägt. Gleichzeitig wünschen sich Ausbildungskandidatinnen aber eine kollegiale Beziehung zu ihrer Supervisorin (vgl. Sissel und Skjerve, 2002).

### 5.3. Pädagogisch-psychotherapeutische Beziehung

Eine **pädagogische Beziehung** unterscheidet sich grundsätzlich von einer therapeutischen Beziehung. Eine pädagogische Beziehung wird durch den Ausbildungsgegenstand bestimmt. Zentrales Element ist die Entwicklung von Fähigkeiten durch gezielte Vermittlung wesentlicher Inhalte. Die Lehrenden begleiten die Lernenden in diesem Entwicklungsprozess und beurteilen die Erreichung des Lernziels. In einer **psychotherapeutischen Beziehung** besteht das Ziel in der Weiterentwicklung der Persönlichkeit der Patientin, um Linderung oder Heilung von Beschwerden zu erreichen. Pädagogische und psychotherapeutische Beziehung unterscheiden sich danach vor allem in ihrer Zielsetzung. In der Psychotherapieausbildung kann es allerdings zu Überschneidungen dieser unterschiedlichen Beziehungsarten kommen. So kann in der Selbsterfahrung ausbildungsbezogenes Lernen stattfinden, als auch in pädagogischen Seminaren Selbsterfahrungsprozesse angeregt werden. Dies wird zusätzlich durch die Tatsache gefördert, dass in Ausbildungsinstituten die Lehrtherapeutinnen häufig auch Dozentinnen und Supervisorinnen sind (vgl. Kahl-Popp, 2007, 2004). Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass, so wie es die „Non-reporting“-Regelungen der Fachgesellschaften in Deutschland auch vorschreiben, über die Inhalte der Lehrtherapie im Ausbildungsverlauf nicht berichtet werden darf (vgl.

Walz-Pawlita u. a., 2008; Kernberg, 2002). Besonders deutlich wird die Überschneidung der pädagogischen und psychotherapeutischen Beziehung in der Supervision, die nicht nur didaktische Unterrichtsform ist, sondern ein Prozess, der ähnlich der Therapie affektive Komponenten einschließt und über die Beziehung zwischen Supervisandin und Supervisorin vor sich geht (vgl. Bogyi, 1997; Bernard und Goodyear, 2004).

## 5.4. Kompetenzen der Ausbilderinnen

Es gibt bislang keine gesetzlich geregelte Ausbildung für die Ausbilderinnen. Die Ausbilderinnen werden also nicht aufgrund ihrer Kompetenzen als Supervisorinnen, Lehrtherapeutinnen oder Dozentinnen ausgewählt, sondern erhalten diesen Status meist nach Erfüllung formaler Voraussetzungen wie Dauer und Umfang der klinischen Praxis und Mitarbeit in der Selbstverwaltung der Ausbildungsinstitute. Eine detaillierte Ausarbeitung im Sinne einer „Ausbildung zur Lehrtherapeutin“ fehlt aber (vgl. Kahl-Popp, 2007; Petzold u. a., 1998). Die Entscheidung, wer Lehrtherapeutin wird, obliegt dem jeweiligen Ausbildungsinstitut und ist bisweilen, wie Kernberg (2002) anmerkt, eher politisch als fachlich motiviert. Zudem sei die Rolle der Lehranalytikerin bzw. der Supervisorin mit ökonomischen Anreizen (Ausbildungskandidatinnen als „sichere Patientinnen“) und einem hohen Status verbunden (vgl. auch Sarnat, 2006; Chagoya und Chagoya, 1994).

Kahl-Popp (2004) wünscht sich Ausbilderinnen, die über die folgenden Kompetenzen verfügen:

- Fähigkeit eine pädagogische Beziehung zu realisieren
- Fähigkeit, die Studierenden so weit anzunehmen, wie es mit dem Schutz des Auszubildenden selbst als auch dem Schutz ihrer Pa-

tientinnen vereinbar ist

- Vertrauen und Begeisterung in das eigene Vermittlungskonzept
- gruppendynamische und gruppenpädagogische Kenntnisse und Fähigkeiten
- Fähigkeit, die wesentlichen Elemente des Arbeitsbündnisses zu realisieren
- Fähigkeit, ein entwicklungsförderndes Setting anzubieten, insbesondere hinsichtlich Souveränität und Intimität der Ausbildungskandidatinnen
- Fähigkeit, unterschiedliche Lerntypen zu berücksichtigen und Entwicklungsimpulse der Lernenden aufgreifen zu können

Kernberg (2002) wünscht sich zudem, dass an den Ausbildungsinstituten ein Klima intellektueller Anregung und Herausforderung geschaffen wird, dass Dozentinnen hinsichtlich ihrer Kompetenzen ausgewählt werden - denn zu bedenken ist, dass eine gute Therapeutin nicht automatisch auch eine gute Supervisorin oder eine gute Lehrende ist. Im Gegenteil, so Kernberg (2002) sei es unwahrscheinlich, dass jemand in allen drei Rollen kompetent ist.

Dieses Defizit der Ausbildung der Ausbilderinnen wird zunehmend erkannt. So bieten die Deutsche Gesellschaft für Tiefenpsychologie (DFT) ab Februar 2011 und die Deutsche Psychologen Akademie (DPA) ab Juni 2011 jeweils eine Ausbildung für die Supervisorinnen an. Auch in Österreich gibt es bei einigen Ausbildungsvereinen, z.B. dem Österreichischen Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT), eigene Curricula für Lehrtherapeutinnen.



## 5.5. Studien zur Psychotherapieausbildung

Strupp und Bergin (1966, zitiert nach Henry u. a., 1993) zeigten in ihrem Literaturüberblick, dass von 2741 Studien zur Psychotherapie weniger als 1% Bezug zur Ausbildung nahmen. Ford (1979) fasst in seinem Übersichtsartikel immerhin bereits über 100 Studien zur Ausbildung zusammen. Alberts und Edelstein (1990) stellen fest, dass es, immerhin über 20 Jahre nach der Studie von Strupp und Bergin (1966) immer noch kaum empirische Forschung zur Ausbildung von Therapeutinnen gibt und dass die wenigen vorhandenen Studien meist erhebliche methodische Mängel aufweisen. Laireiter und Botermans (2005) beobachten, dass Ausbildungsforschung in der Psychotherapieforschung „in Mode“ kommt, Strauß und Kohl (2009b) halten aber fest, dass es zwar bereits einige Studien und Übersichten zur Psychotherapieausbildung gibt, dass aber, obwohl immer wieder die Notwendigkeit der Ausbildungsforschung betont wurde, immer noch starke Defizite sowohl qualitativer als auch quantitativer Art bestehen. Dies ist möglicherweise auf die erheblichen methodologischen Schwierigkeiten in diesem Forschungsfeld zurückzuführen (vgl. Ronnestad und Ladany, 2006).

In diesem Abschnitt soll nun ein Überblick über Studien zur Psychotherapieausbildung dargestellt werden. Um eine möglichst optimale Darstellung der Studien zu erreichen, wird auf das Schema zur Ordnung von Forschungsbefunden zur Psychotherapieausbildung nach Strauß und Kohl (2009b) zurückgegriffen, das in Tabelle 5.2 dargestellt ist. Diese Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zu den einzelnen Bereichen wird jeweils nur eine Auswahl von Studien dargestellt. Dadurch soll ein Einblick in wichtige Ergebnisse dieses Forschungsfeldes ermöglicht werden.

<b>Hintergrund</b>	Kultur
	Gesetzliche, ethische, soziale und finanzielle Regulierungen, Grundlagen der Psychotherapie
	Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildungen
	Genereller Stellenwert psychotherapeutischer Leistungen im Gesundheitssystem
<b>Input</b>	Persönlicher Hintergrund der Ausbildungsteilnehmerinnen, Motive für die Berufswahl
	Persönlichkeit (Selbsteffizienz, Vulnerabilität, etc.)
	Vorerfahrungen, klinische Erfahrungen
	Wahl des Verfahrens
	Motivation, spezielle Interessen (Methoden, Orientierungen)
	Ausbildungseinrichtung, Lehrkräfte, Lehrtherapeutinnen, Supervisorinnen: Progammbestandteile, Curriculum, Zulassungsvoraussetzungen, Aufnahmebedingungen, Lehrkonzept, Psychotherapiekonzept, Qualifikation des Lehrpersonals, Standards der Qualitätssicherung
<b>Prozesse</b>	Ausbildungsziele, Ausbildungsinhalte, Ausbildungskonzepte (Fokus: z.B. verfahrensorientiert oder störungsorientiert), Qualität der Ausbildung
	Operationalisierungen (z.B. helping skills), Trainingsaspekte
	Fertigkeiten (Entwicklung und Bewältigung)
	Gruppenprozesse: innerhalb der Ausbildungsgruppe, innerhalb der Institution, innerhalb der Supervisionsgruppe etc.
	Negative Effekte
	Allgemeine Entwicklung: Individualisierung, Autonomie, Abhängigkeit, (Über-)Identifizierungen
	Ausbildungskomponenten: Selbsterfahrung, praktische Ausbildung, theoretische Ausbildung, praktische Tätigkeit, Supervision, Hospitation, zusätzliche Angebote, Evaluation

<b>Output</b>	Mikro- und Makro-Outcome
	Expertise, Kompetenz
	Negative Effekte
	Professionelle Integration, lebenslanges Lernen, Interessenverlagerung
	Sozialisation nach der Ausbildung, persönliches Wachstum
	Belastungen und Selbstfürsorge

Tabelle 5.2.: Ordnungsschema

Die Kategorie „**Input**“ umfasst einerseits Studien, die Ausbildungsteilnehmerinnen zu Beginn der Ausbildung näher beleuchten, also ihren persönlichen Hintergrund und ihre persönliche Entwicklung vor Beginn der Ausbildung, ihre Vorerfahrungen, ihre Motivation etc. Ebenfalls zur Kategorie „Input“ zählen Studien zum Angebot, das von Seiten des Ausbildungsinstituts den Ausbildungsteilnehmerinnen geboten wird. Dazu zählen beispielsweise unterschiedliche Unterrichtskonzepte, die Struktur des Ausbildungsprogramms, die Qualifikationen der Lehrenden, aber auch bestimmte Standards der Qualitätssicherung.

Zur Kategorie „**Prozess**“ zählen Studien zur Entwicklung von Fertigkeiten und deren Umsetzung unter Supervision, Forschung zu den einzelnen Komponenten der Ausbildung und deren Evaluierung, Studien zur Entwicklung von Ausbildungsteilnehmerinnen während der Psychotherapieausbildung, einschließlich möglicher negativer Effekte.

Der Kategorie „**Output**“ werden Studien zugeordnet, die (positive als auch negative) Auswirkungen des Ausbildungsprozesses sowohl auf einer unmittelbaren Mikro- als auch auf einer langfristigen Markoebene untersuchen.

### **5.5.1. Studien zum Input**

#### **5.5.1.1. Vorerfahrungen**

Hinsichtlich der Vorerfahrungen zeigen die Ergebnisse des Forschungsgutachtens (Strauß u. a., 2009), dass zumindest in Deutschland der Großteil der angehenden Psychotherapeutinnen bereits in einem Praktikum (57%), in ihrer früheren Berufserfahrung (29%), durch eigene Therapie (28,8%) oder durch eine entsprechende Weiterbildung (15,2%) Erfahrung mit Psychotherapie hatte. Zu Österreich liegen leider keine entsprechenden Daten vor. Abhängig von ihrem Grundberuf verfügen angehende Therapeutinnen außerdem über unterschiedliches theoretisches Wissen (vgl. Strauß und Kohl, 2009b). Es kann angenommen werden, dass in Österreich, aufgrund des breiten Zugangs zur Psychotherapieausbildung, diese Unterschiede besonders stark ausgeprägt sind.

#### **5.5.1.2. Motive für die Berufswahl**

Welche Faktoren den Berufswunsch „Psychotherapeutin“ beeinflussen, konnte noch nicht vollständig geklärt werden. Ein häufig genannter Grund für diese Berufswahl ist der Wunsch, Menschen zu helfen, doch unklar ist, welche Motive sich dahinter verbergen (vgl. Norcross und Farber, 2005). Ein bekanntes Konzept in diesem Zusammenhang ist sicherlich das Konzept des „wounded healers“, der selbst nach Heilung und Wachstum strebt (vgl. Strauß und Kohl, 2009b; Norcross und Farber, 2005). So berichten beispielsweise Henry u. a. (1971) von angehenden Therapeutinnen, die sich sozial isoliert fühlen. Dies könne zu einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit und einem starken Drang sich und anderen zu helfen führen. In der Studie von Orlinsky und Ronnestad (2005) gaben fast die Hälfte der Befragten an, dass ihre Berufswahl in Zusammenhang mit persönlich belastenden Ereignissen stand. Nach Skovholt

und Jennings (2004) können unbewusste und sogar dysfunktionale Motive ausschlaggebend für die Berufswahl sein, altruistische und mitfühlende Motive können aber durchaus auch vorhanden sein. Die gesamte Varianz für die Berufswahl „Psychotherapeutin“ kann durch das Konzept des „wounded healers“ allerdings nicht erklärt werden. So zeigten auch

Murphy und Halgin (1995), die mittels Fragebogen 109 Psychotherapeutinnen und Sozialpsychologinnen untersuchten, dass persönliche Motive, wie „professioneller Altruismus“ und der Wunsch nach persönlichem Wachstum den stärksten Einfluss auf den Berufswunsch hatten. Den geringsten Einfluss hatte diesen Ergebnissen zufolge eine schwierige Familiengeschichte und persönliche Probleme, wenn auch Psychotherapeutinnen eher als Sozialpsychologinnen angaben, dass sie den Beruf zur Lösung persönlicher Probleme wählten. Fraglich ist allerdings, inwieweit die Motivation tatsächlich durch einen Fragebogen erhoben werden kann oder ob es nicht andere Methoden braucht, um hinter den vordergründigen Motiven auch tiefere Ebenen zu erreichen. Einen möglichen Ansatz dazu stellen Stippler und Möller (2009) in einer Studie zur Motivation von Teilnehmerinnen einer Coachinausbildung dar. In dieser Studie wurden die Teilnehmerinnen aufgefordert, ihre aktuelle Lebenssituation mit Ton zu modellieren und gleichzeitig frei zu assoziieren. Anschließend wurde die Skulptur aus verschiedenen Perspektiven durch die jeweilige Urheberin betrachtet und interpretiert und die Transkripte dieses Prozesses ausgewertet.

Henry u. a. (1971) nennt noch weitere Motive, die zur Entscheidung für den Beruf der Psychotherapeutin führen können, wie intellektuelle Neugier, zeitiges Interesse an Geisteswissenschaften und Büchern und der Wunsch anderen Menschen zu helfen, sie zu verstehen und ihr Wachstum fördern zu wollen. Farber u. a. (2005) nennt als Beweggrün-

de des Weiteren den Wunsch nach professioneller Autonomie, intellektueller Stimulation, Freude an der therapeutischen Arbeit, Freiheit des Berufs und den Wunsch danach „man selbst“ zu sein. Besondere Bedeutung schreibt er der „psychological mindedness“ zu, also der Tendenz, alles im Leben durch eine Brille zu betrachten, die auf die Dynamiken des menschlichen Verhaltens fokussiert. Diese Wahrnehmungsgerichtetheit ist entweder eine angeborene Fähigkeit oder wurde durch belastende Lebensereignisse oder eigene Therapie verstärkt. Norcross und Farber (2005) weisen darauf hin, dass, wie bei allen Entscheidungen im Leben, auch der Zufall eine Rolle spielen kann.

#### **5.5.1.3. Wahl des Verfahrens**

Die Wahl des Verfahrens hängt (u.a.) von der Persönlichkeit der angehenden Therapeutin ab (vgl. u.a. Arthur, 2001). Auch Buckman und Barker (2010) konnten in einer Studie an klinischen Psychologinnen in Großbritannien<sup>1</sup> einen Zusammenhang zwischen der Präferenz eines bestimmten therapeutischen Verfahrens und der Persönlichkeit, der philosophischen Weltanschauung, dem Schwerpunkt der theoretischen Ausrichtung der Ausbildung und der theoretischen Orientierung der Supervisorinnen feststellen. Persönlichkeitsfaktoren (z.B. Gewissenhaftigkeit) beeinflussten dabei stärker die Präferenz für kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), die Ausbildungsfaktoren übten einen stärkeren Einfluss auf die psychodynamische Präferenz aus. In einer Studie mit 103 Psychologinnen in Melbourne, konnten Poznanski und McLennan (2003) zeigen, dass Psychologinnen mit einer Präferenz für Verhaltenstherapie tendenziell jünger waren, geringere Werte im Emotionsausdruck aufwiesen, Offenheit für Erfahrungen zeigten, Rationalität und Objektivität

---

<sup>1</sup>Klinische Psychologinnen erhalten in Großbritannien eine Ausbildung in verschiedenen therapeutischen Richtungen.

als Grundlage für Entscheidungen ansahen, aus stabilen Familien kamen, von der praktischen „Problemlösungsmentalität“ der Verhaltenstherapie angezogen wurden, und wie auch Buckman und Barker (2010) feststellten, stärker durch die vorangehende Ausbildung zur Psychologin beeinflusst worden waren. Im Vergleich dazu waren Psychologinnen mit psychodynamischer Präferenz tendenziell älter, erreichten hohe Werte im Emotionsausdruck, sahen sowohl Rationalität als auch Subjektivität als Grundlage für Entscheidungen an, kamen aus instabilen, chaotischen, zerrütteten Familien, waren stark durch Supervisionserlebnisse beeinflusst und waren von der Idee der andauernden Selbstheilung begeistert. Diese beiden Gruppen waren sehr „rein“ in ihrer methodischen Orientierung und Überzeugung. Dazu im Gegensatz standen die Psychologinnen, die Familientherapie wählten. Sie zeigten einen eklektischen Zugang zu therapeutischen Interventionen, sahen Intuition und Subjektivität als Grundlage für Entscheidungen an, waren in Familien aufgewachsen, in denen schon früh Verantwortung für andere Familienmitglieder übernommen wurde und sahen Familiendynamiken als zentralen Einfluss auf Verhalten und Erfahrung an. Scragg u. a. (1999) stellten fest, dass Studierende des Masterstudiums „Counselling Psychology“, die direkte Verfahren bevorzugten, höhere Werte auf Skalen zu interpersonaler Direktheit, Systematisierung und Konformität hatten als jene, die non-direktive Verfahren präferierten. Diese wiederum erreichten hohe Werte auf Skalen zu Intuitivität.

Heffler und Sandell (2009) weisen einen Zusammenhang zwischen Lernstil und beabsichtigter Wahl der therapeutischen Orientierung nach. Studierende, die eine verhaltenstherapeutische Orientierung präferierten, wiesen eher einen „Think-and-do“-Stil auf, Studierende mit einer Präferenz für psychodynamische Therapie eher einen „Watch-and-feel“-Stil. Des Weiteren wählen Personen, die sich selbst als „intuitiv“ und

„offen für Erfahrungen“ einschätzen, eher ein einsichtsorientiertes Psychotherapieverfahren als ein verhaltensorientiertes Verfahren (vgl. Topolinski und Hertel, 2007).

## 5.5.2. Studien zum Prozess

### 5.5.2.1. Verfahrensorientiertes vs. verfahrensunabhängiges Lehrkonzept

Die Frage, ob Psychotherapieausbildung weiterhin verfahrensorientiert oder verfahrensunabhängig, orientiert an allgemeinen Wirkfaktoren, sein soll wird derzeit in der Scientific Community diskutiert. Derzeit zeichnet sich noch eine deutliche Präferenz für das verfahrensorientierte Modell der Ausbildung ab (vgl. Strauß und Kohl, 2009b). Es gibt aber bereits Vorschläge, wie eine verfahrensunabhängige Ausbildung ausgestaltet sein könnte. Castonguay (2000) plädiert für eine Ausbildung, die auf generellen Veränderungsprinzipien fokussiert. Ein ähnlicher Ansatz ist bei Grawe (2000) zu finden, der eine „psychologische Psychotherapie“ vorschlägt. Castonguay (2000) selbst nennt drei Probleme, die mit einer verfahrensunabhängigen Ausbildung verbunden wären: Erstens gibt es zahlreiche Wirkfaktoren (siehe dazu auch 3.5), die verschiedene Ebenen der Psychotherapie betreffen. Es gibt kein allgemeingültiges Modell, an das man sich halten kann. Das zweite Problem, so Castonguay (2000) besteht darin, dass aus den allgemeinen Wirkfaktoren kein allgemeines Modell psychischer Störungen abgeleitet werden kann. Mit anderen Worten ist es ausgehend von den allgemeinen Wirkfaktoren nicht möglich ein Äthiologiemodell und darauf aufbauend ein Veränderungsmodell zu entwickeln. Dies ist allerdings ein wichtiger Bestandteil des kontextuellen Modells der Psychotherapie (Wampold, 2001, siehe dazu 3.1). Das dritte Problem sieht Castonguay (2000) darin, dass, obwohl



zahlreiche Wirkfaktoren identifiziert werden konnten, Psychotherapie nicht nur allgemeine Wirkfaktoren braucht, sondern auch konkrete Interventionen, die wiederum aus bestimmten theoretischen Orientierungen entstanden sind. Als mögliche Lösung dieser Probleme beschreibt Castonguay (2000) das folgende Modell der verfahrensunabhängigen Psychotherapieausbildung, das sich aus fünf allgemeinen Phasen zusammensetzt:

1. Vorbereitung: Vermittlung grundlegender klinischer und interpersonaler Fertigkeiten
2. Exploration: Erprobung unterschiedlicher Therapieansätze
3. Identifikation: möglichst viele Möglichkeiten zum Sammeln von Erfahrungen, zunehmende Identifikation mit verschiedenen Ansätzen und Haltungen
4. Konsolidierung: Vertiefung des erworbenen Wissens
5. Integration: Verbindung verschiedener Ansätze, Verinnerlichung eines kontextuellen Modells der Psychotherapie (vgl. Wampold, 2001), Erlernen differenzieller Indikationsstellungen

Bisher wurden diese Modelle allerdings noch nicht umgesetzt (vgl. Strauß und Kohl, 2009b).

#### **5.5.2.2. Qualität der Ausbildung**

In Anlehnung an Donabedian (1966) unterscheiden Vogel und Schieweck (2005b) drei Bereiche der Qualität, die auf Psychotherapieausbildung bezogen werden:

- **Strukturqualität:** Dieser Bereich der Ausbildungsqualität bezieht sich auf organisatorische, curriculare und strukturelle Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der Ausbildung. Inhalte und Strukturen sollen empirisch begründet und von den Ausbildungszielen abgeleitet werden. Wie in Kapitel 5.1 dargestellt wurde, lassen sich die Ausbildungsziele allerdings nur vage bestimmen. Petzold u. a. (1998) bezeichnet diese Qualität als Kontextqualität.
- **Prozessqualität:** Diese Qualität bezieht sich auf die Umsetzung des Curriculums und der einzelnen Ausbildungsbestandteile bis hin zur didaktischen Ausgestaltung der einzelnen Elemente.
- **Ergebnisqualität:** Die dritte Art der Qualität bezieht sich auf das Ergebnis der Psychotherapieausbildung, die fachliche Kompetenz der Absolventinnen (vgl. auch Vogel und Schieweck, 2005a). Als problematisch zeigt sich in diesem Zusammenhang, dass es, wie in Kapitel 4 bereits beschrieben wurde, bisher keine einheitlichen, empirisch begründeten Modelle therapeutischer Kompetenzen gibt. Petzold u. a. (1998) bezeichnet diese Qualität als Produktqualität.

### 5.5.2.3. Entwicklung von Kompetenzen

Zu den Studien zum Prozess zählen des Weiteren nach Strauß und Kohl (2009b) Studien zur Operationalisierung und Entwicklung von spezifischen therapeutischen Fertigkeiten und Kompetenzen, wie beispielsweise die Studien der Arbeitsgruppe um Clara Hill, die sich mit der Frage der Operationalisierung, Vermittlung und Messung von „helping skills“ befasst. Auch die hier vorliegende Studie kann diesem Bereich zugeordnet werden.

Crits-Christoph u. a. (2006) untersuchten, ob bzw. in welchem Ausmaß Therapeutinnen in Ausbildung Fertigkeiten des Aufbaus und der Pflege der therapeutischen Beziehung („alliance“) trainieren können. Die Ergebnisse, die leider nicht statistisch signifikant sind, deuten darauf hin, dass sich die therapeutische Beziehung (zumindest in der Wahrnehmung der Patientinnen) tatsächlich verbesserte und sich die Lebensqualität der Patientinnen (alle mit Diagnose Major Depressive Episode) auch positiv veränderte.

Rønnestad und Ladany (2006) halten fest, dass Kompetenzentwicklung nicht nur durch Therapieerfolg definiert und erfasst werden sollte und schlagen die folgenden Konzeptionalisierungsmöglichkeiten zur Messung des Ausbildungsfortschritts vor:

1. Outcome: z.B. Symptomatik der Patientin, Einsicht, Verhaltensänderung
2. Supervisionsbeziehung: z.B. Arbeitsbündnis
3. Fähigkeiten zur Konzeptionalisierung und theoretisches Wissen der Therapeutin: z.B. akademisches Wissen, diagnostische Fähigkeiten, Verständnis der Parallelprozesse
4. therapeutische Reflexionsfähigkeiten: z.B. Reflexion von Interkulturalität, Reflexion der Übertragung
5. interpersonale Merkmale der Therapeutin: z.B. Selbstwirksamkeit, Angst
6. therapeutische Fertigkeiten: z.B. Interventionen, Methoden
7. Fähigkeit der Therapeutin zur kritischen Selbstbewertung

#### **5.5.2.4. Zufriedenheit**

Auch Studien zur Zufriedenheit der Ausbildungsteilnehmerinnen mit der Psychotherapieausbildung bzw. mit einzelnen Ausbildungskomponenten gehören zur Kategorie „Prozess“ (vgl. Strauß und Kohl, 2009b). Wird in Studien Unzufriedenheit geäußert, so bezieht sich diese zumeist auf geringe bis fehlende Praxisrelevanz der theoretischen Ausbildungsbestandteile sowie auf Konflikte bzw. Probleme mit Lehrtherapeutinnen, negative Beziehungserfahrungen und Kompetenzprobleme (vgl. Laireiter und Botermans, 2005).

#### **5.5.2.5. Evaluation**

Hinsichtlich der Evaluation dominieren Studien, die das gesamte Ausbildungscurriculum evaluieren. Dieses Vorgehen ist insofern sinnvoll, als die Psychotherapieausbildung als komplexe, mehrschichtige Intervention angesehen werden kann. Gleichzeitig ist dieses Vorgehen mit einigen Schwierigkeiten verbunden, da Vergleichsgruppen kaum gefunden werden können, da die Ausbildungsteilnehmerinnen eine sehr heterogene Gruppe darstellen und die Ausbildung mehrere Jahre dauert. Hinzu kommt, dass das Verhalten der Therapeutinnen in einer Realsituation am Anfang der Ausbildung nicht beobachtet werden kann, da Anfängerinnen keine Therapien durchführen können bzw. dürfen (vgl. Laireiter und Botermans, 2005).

Petzold u. a. (1998) benennt als eine Schwierigkeit der Evaluationsforschung im Bereich der Psychotherapieausbildung und als einen möglichen Grund für das Fehlen entsprechender Studien, dass die Ausbildungen, insbesondere psychoanalytische Ausbildungen, häufig durch Ausbildungsordnungen festgelegt sind und keinem einheitlichen Curriculum folgen. Es bleibt die Frage, warum im Zusammenhang mit Psy-

chotherapieausbildung, obwohl auch der Ruf nach Qualitätssicherung lauter wird, nur sehr wenig Evaluationsstudien durchgeführt werden (vgl. Petzold u. a., 1998). Befragungen von Ausbildungskandidatinnen bezüglich ihrer Ausbildung liefern zwar Hinweise auf ihre Zufriedenheit mit der Ausbildung als auch über die wahrgenommene Qualität, eine echte Evaluation setzt aber (auch) objektive Messverfahren voraus. Außerdem sollte die Evaluation der Ausbildung nicht ohne Bezüge zur Wirksamkeitsforschung bei Patientinnen gesehen werden, denn ansonsten bleibt die Frage offen, ob eine Veränderung auf Seiten der Therapeutin auch tatsächlich zu besseren Ergebnissen im Outcome führt (vgl. Alberts und Edelstein, 1990).

#### 5.5.2.6. Didaktik, Vermittlung von Fertigkeiten

In einigen Studien wurden bestimmte Elemente der didaktischen Vermittlung der therapeutischen Kompetenzen in Vergleichsstudien untersucht. Im Folgenden werden einige dieser Studien dargestellt.

O'Toole (1979) untersuchte den **Einsatz von Rollenspielen** in einer Kontrollgruppenstudie bei der Vermittlung von der Fähigkeiten offene Fragen zu stellen, Schweigen zu nutzen und Antworten zu takten. Die angehenden Therapeutinnen hatten zuvor zur Vermittlung dieser Fähigkeiten geschriebene sowie audiovisuelle Modellbeispiele erhalten, eine Gruppe übte auch im Rollenspiel. Die Kontrollgruppen hatten kein spezielles Training erhalten. Die Gruppe mit dem Training, das Rollenspiele enthielt, zeigte anschließend eine signifikant bessere Leistung als die Trainingsgruppe, in der kein Rollenspiel durchgeführt wurde, und die Kontrollgruppen.

Errek & Randolph (1982, zitiert nach Alberts und Edelstein, 1990) verglichen den Effekt von Diskussion und Rollenspiel bei der Vermittlung von nicht näher definierten Gesprächsfähigkeiten. Teilnehmerin-

nen, die an dem Training mit Rollenspiel teilgenommen hatten, zeigten mehr (wenn auch nicht qualitativ bessere) angemessene Antworten auf Videoaufnahmen mit Patientinnen als die Teilnehmerinnen, die keine Rollenspiele durchgeführt hatten.

Auch Froehle u. a. (1983) untersuchten den Effekt von Übungseinheiten mit Rollenspielen im Rahmen der Therapieausbildung mit demselben Ergebnis: die Teilnehmerinnen des Trainings mit Übungseinheit erbrachten in der anschließenden Untersuchung (Tonaufnahmen von Fallvignetten) bessere Leistungen als jene Teilnehmerinnen ohne Übung. Allerdings gab es in dieser Studie keine Kontrollgruppe, es lässt sich also nicht zweifelsfrei festhalten, ob dieser Effekt auf das Training zurückgeführt werden kann. Außerdem unterschied sich das Training mit Übung auch deutlich in der Dauer vom Training ohne Übung, das heißt, die Teilnehmerinnen der ersten Gruppe hatten mehr Trainingseinheiten (vgl. Alberts und Edelstein, 1990).

Hazler und Hipple (1981) untersuchten den **Effekt von mentaler Vorstellung** im Rahmen eines Trainingsprogramms für angehende Therapeutinnen zur Förderung der empathischen Kommunikation. In anschließenden Rollenspielen zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Teilnehmerinnen, die an den Imaginationübungen teilgenommen hatten und jenen, die nur das vorlesungsbasierte Programm absolviert hatten. Leider wurden in dieser Studie keine Erhebungen vor dem Training durchgeführt. Unterschiede zwischen den Gruppen könnten daher bereits vor dem Training vorhanden gewesen sein (vgl. Alberts und Edelstein, 1990).

In der Studie von Hosford & Johnson (1983, zitiert nach Alberts und Edelstein, 1990) erhielten Teilnehmerinnen auf drei unterschiedliche Arten **Feedback**: Die Teilnehmerinnen der ersten Gruppe sahen bearbeitete Videos ihrer eigenen Übungsgespräche, um sich selbst

als angemessenes Modell zu erleben. Die Teilnehmerinnen der zweiten Gruppe sahen ebenfalls Videos, jedoch ohne Bearbeitung (Selbstbeobachtung). Die dritte Gruppe erhielt eine schriftliche Rückmeldung. In allen Gruppen zeigten sich anschließend Verbesserungen, am meisten in der ersten.

Kurpius u. a. (1985) verglichen die Effektivität der Vermittlung einer Strategie der kognitiven Selbstinstruktion nach Meichenbaum (1980, zitiert nach Kurpius u. a., 1985) und der Vermittlung von Wissen über klinische Hypothesen. Die Teilnehmerinnen am Selbstinstruktionstraining lernten sich selbst Fragen zur Aufgabe zu stellen und Copingstrategien hinsichtlich schwieriger Situationen im Erstgespräch zu üben. Diese Gruppe, sowie eine Gruppe, die Selbstinstruktion kombiniert mit klinischem Wissen vermittelt bekam, formulierten mehr klinische Hypothesen, als die Gruppe, die nur Wissen vermittelt bekommen hatte, und die Kontrollgruppe. In einer Follow-up-Erhebung nach sechs Wochen konnte dieser Unterschied aber nicht mehr gezeigt werden.

Außerdem konnte Ivey (1971) zeigen, dass durch „**Microteaching**“, also strukturiertes, kurzes Training, verschiedene technische und interpersonale Verhaltensweisen und therapeutische Fertigkeiten gut und effizient trainiert werden können.

Henry u. a. (1993) untersuchten Veränderungen im Verhalten von Therapeutinnen nach einem Jahr **manualbasierter Ausbildung** in psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie. Die Ergebnisse zeigen, dass das therapeutische Verhalten durch die Ausbildung verändert werden konnte. Einerseits erreichten die Therapeutinnen nach dem einjährigen Training höhere Werte auf der Vanderbilt Therapeutic Strategies Scale (VTSS, Skala zur Messung der „adherence“ in psychodynamischer Psychotherapie). Gleichzeitig wurden auch positive Veränderungen in anderen allgemeinen therapeutischen Fähigkeiten beobachtet,

wie beispielsweise eine verstärkte Betonung des Emotionsausdrucks in der Therapiesitzung. Neben diesen positiven Effekten wurde jedoch auch eine Verschlechterung von bestimmten interpersonalen und interaktionalen Aspekten der Therapie mit Hilfe der Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS, Skala zur Erfassung von bedeutsamen Einstellungen und Verhaltensweisen der Therapeutin in der therapeutischen Interaktion) und der SASB-Ratings (Structural Analysis of Social Behavior) festgestellt. Die absolute Zahl der disaffiliativen Äußerungen durch die Therapeutinnen in den Therapiesitzungen stieg, das Verhältnis von affiliativen und disaffiliativen Äußerungen in der Therapie blieb allerdings konstant. Dies wirkt etwas ironisch, nachdem bei der psychodynamischen Therapie interpersonale Verhaltensmuster im therapeutischen Setting als Medium der Veränderung angesehen werden. Daraus lässt sich ableiten, dass obwohl die Behandlung nach Manual erfolgte, Therapie im eigentlichen Sinne der psychodynamischen Kurzzeittherapie nicht erfolgte. Es zeigt außerdem, dass die Förderung einzelner Variablen des therapeutischen Vorgehens auch andere Faktoren (negativ) beeinflussen kann. Die Autoren empfehlen basierend auf ihren Ergebnissen traditionelle Trainingsmethoden für Psychotherapeutinnen zu überdenken, da damit unter Umständen nur das oberflächliche Verhalten, aber nicht die interpersonelle Tiefenstruktur des therapeutischen Verhaltens geändert wird. Offen bleibt die Frage, inwieweit diese Ergebnisse verallgemeinert werden können, da die Fallzahlen gering und die statistischen Zusammenhänge nur schwach ausgeprägt waren (vgl. Henry u. a., 1993). Strupp und Anderson (1997) weisen auf die Grenzen der manualbasierten Ausbildung hin, da diese eine Standardisierung psychotherapeutischer Techniken und eine weitere Vernachlässigung des Faktors „Therapeutin“ fördern. Sie führen weiters aus, dass Therapeutinnen, die beispielsweise starke Selbstzweifel und selbstkontrollierende



Introjekte haben, zwar manualgetreues Verhalten in der Therapie zeigen können, dies aber mechanisch und künstlich wirken könne.

Hess u. a. (2006) verglichen drei verschiedene Trainingsarten (Unterstützung durch Supervisorin, „self-training“ und „bibliotraining“) hinsichtlich der Selbstwirksamkeit der angehenden Therapeutinnen im Umgang mit Ärger der Patientin und hinsichtlich Angstzuständen. Die Ergebnisse zeigen, dass alle drei Formen des Trainings von den angehenden Therapeutinnen im Abschlussjahr als hilfreich wahrgenommen wurden, während die Therapeutinnen, die sich in einem früheren Stadium der Ausbildung befanden, die Supervision bevorzugten.

Hilsenroth u. a. (2006) untersuchten ein stark strukturiertes Training in psychodynamischer Kurzzeittherapie und konnten zeigen, dass die in der Ausbildung gelehrt Techniken in den Sitzungen mit den Patientinnen angewandt wurden. So wenig überraschend dieses Ergebnis wirkt, ist es doch von Bedeutung, da es bisher kaum Studien gibt, die die Ausbildung direkt mit dem Verhalten der Therapeutin im therapeutischen Setting in Verbindung bringen (vgl. Ronnestad und Ladany, 2006).

Laireiter und Botermans (2005) fassen zusammen, dass einfache Fertigkeiten (z.B. Fragen stellen, Reformulieren) durch kurze, einmalige Trainings vermittelt werden können, während der Erwerb komplexerer Verhaltensweisen, insbesondere der fachlich kompetenten Anwendung therapeutischer Methoden, mehr Zeit und verschiedene Trainingselemente (Anleitung, Modellierung, Feedback, Übung, Supervision) benötigt.

### 5.5.3. Studien zum Output

Zweifel an der Qualität psychotherapeutischer Ausbildung bzw. Zweifel, ob „ausgebildete“ Therapeutinnen auch „gute“ Therapeutinnen sind, wurde insbesondere durch die Studie von Durlak (1979) gefördert. Durlak (1979) kam zu dem Ergebnis, dass Patientinnen, die Hilfe bei Laien suchten, mit größerer Wahrscheinlichkeit geholfen wurde, als jenen, die sich in professionelle Behandlung begaben (vgl. Ronnestad und Ladany, 2006). Diese Ergebnisse müssen aber in Frage gestellt werden, da in den zugrunde liegenden Studien die Unterscheidung zwischen den professionellen und nicht-professionellen Therapeutinnen teilweise beinahe willkürlich scheint, die interne Validität mangelhaft ist und aufgrund des unklaren Einflusses von nicht-verworfenen Nullhypothesen in Studien mit niedriger Power und schwachen Forschungsdesigns (vgl. Nietzel und Fisher, 1981). Eine neuerliche Analyse der Daten durch Berman und Norton (1985), bei der die Studien mit methodischen Mängeln ausgeschlossen wurden, zeigte keinen Unterschied zwischen ausgebildeten und Lientherapeutinnen am Ende der Therapie und bei der Follow-up-Messung. Diesen Ergebnissen zu Folge sind ausgebildete und nicht-ausgebildete Therapeutinnen ähnlich effizient, es lassen sich aber Unterschiede im Zusammenhang mit der Therapiedauer finden. Auch die Studie von Strupp und Hadley (1979) warf Zweifel an der Ausbildung auf, da in ihrer Studie Collegeprofessorinnen und ausgebildete Therapeutinnen in der Therapie von neurotischen Collegestudentinnen ähnliche Erfolge vorweisen konnten.

Es gibt aber (Gott sei Dank) auch Studien, die den Nutzen von Psychotherapieausbildung belegen (vgl. Lambert und Ogles, 1997). So konnten Stein und Lambert (1995) zeigen, dass Therapeutinnen mit mehr Training geringe Dropout-Raten aufwiesen als Kolleginnen mit weniger Training. Smith und Glass (1977) konnten in einer klassischen

Meta-Analyse einen signifikanten Effekt der Dauer der Ausbildung bei psychotischen Patientinnen nachweisen. Crits-Christoph u. a. (1991) konnten in ihrer Metaanalyse zeigen, dass das Ausmaß an Ausbildung bei verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Therapien signifikant mit dem Therapieerfolg korreliert.

Insgesamt, fassen Laireiter und Botermans (2005) zusammen, kann festgehalten werden, dass die Psychotherapieausbildung sehr wohl nachweisbare Effekte bringt, wenn entsprechende methodische Standards eingehalten werden und spezifische Problemstellungen berücksichtigt werden.

#### **5.5.3.1. Studien zur Entwicklung von Psychotherapeutinnen**

Neben der bereits in 4.3 beschriebenen Minnesota-Studie von Ronnestad und Skovholt, ist in diesem Bereich besonders das 1989 gestartete Collaborative Research Network der Society of Psychotherapy Research (SPR) zu nennen. Die leitenden Forschungsfragen dieses Projekts waren:

- In welchem Ausmaß und in welcher Hinsicht entwickeln sich professionelle Psychotherapeutinnen im Verlauf ihrer beruflichen Karriere?
- Welche professionellen und persönlichen Umstände und Faktoren beeinflussen, positiv oder negativ, die Entwicklung von Psychotherapeutinnen?
- Wie beeinflusst die Entwicklung von Psychotherapeutinnen im Gegenzug ihre therapeutische Arbeit und ihr persönliches und berufliches Leben?

- In welchem Ausmaß sind Muster des therapeutischen Arbeitens und der beruflichen Entwicklung, und die Faktoren, die diese beeinflussen, im weitesten Sinne ähnlich für alle Therapeutinnen, und in welchen Ausmaß unterscheiden sie sich hinsichtlich des Grundberufs, der theoretischen Ausrichtung, der Nationalität oder anderen Charakteristika?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde ein Fragebogen (Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire, DP-CCQ) entwickelt, der von mehr als 5000 Psychotherapeutinnen unterschiedlicher Fachrichtungen, mit unterschiedlichen beruflichen Hintergrund und in verschiedenen Ländern beantwortet wurde. In dieser Studie werden 5 Entwicklungsstufen von Psychotherapeutinnen unterschieden: Novizinnen („novices“), die weniger als 1,5 Jahre Therapieerfahrung aufweisen; Auszubildende („apprentices“), die zwischen 1,5 und 3,5 Jahre Erfahrung aufweisen; Graduierte („Graduierte“), die über 3,5 bis 7 Jahre Erfahrung verfügen; etablierte Psychotherapeutinnen („established therapists“), die seit 7 bis 15 Jahren praktizieren, reife Therapeutinnen („seasoned therapists“), die 15 bis 25 Jahre an Erfahrung aufweisen; und sehr erfahrene Therapeutinnen („senior therapists“), die seit mehr als 25 Jahren praktizieren. Die Daten zeigen, dass Therapeutinnen, je erfahrener sie sind, weniger aktuelle Erschöpfung erleben. So erlebten 20% der Anfängerinnen die Berufspraxis als belastend, während nur noch 6-7% der etablierten Psychotherapeutinnen ihre Berufspraxis als belastend erlebten (vgl. Orlinsky und Ronnestad, 2005).

Aus den Ergebnissen dieser Studie leiten Orlinsky und Ronnestad (2005) sechs Empfehlungen für die Psychotherapieausbildung ab:

- Die Auswahl der Patientinnen für die Ausbildungsteilnehmerinnen soll mit großer Sorgfalt erfolgen, damit die angehenden The-

rapeutinnen nicht zu viele schwierige Patientinnen auf einmal behandeln müssen

- Die Bedeutung der Supervision wird betont
- Zusätzlich zur Supervision empfehlen Orlinsky und Ronnestad (2005) unterstützende Intervention
- Der Praxisanteil der Ausbildung soll möglichst hoch sein
- Ausbildungsteilnehmerinnen sollten verschiedene therapeutische Richtungen kennenlernen, verschiedene Fälle und verschiedene Modalitäten (Einzelsetting, Gruppentherapie, Paartherapie)
- Es sollte eine kontinuierliche Überprüfung der Entwicklung geben, damit gegebenenfalls problematischen Entwicklungen frühzeitig entgegengesteuert werden kann.

## 5.6. Psychotherapieausbildung in Österreich

Im europäischen Vergleich gibt es diverse länderspezifische Unterschiede in Bezug auf die Psychotherapieausbildung, die Regelungen, Zugangsvoraussetzungen, die Organisation der Ausbildung, den Status von Psychotherapeutinnen und damit verbunden die Stellung der Psychotherapie im Gesundheitswesen betreffen (vgl. Strauß und Kohl, 2009a). In Österreich ist der Beruf der Psychotherapeutin und die Psychotherapieausbildung seit der Einführung des Psychotherapiegesetzes 1990 staatlich geregelt. Da die vorliegende Studie in Österreich durchgeführt wurde, werden in diesem Kapitel die Besonderheiten des österreichischen Psychotherapie-Ausbildungswesens dargestellt.

### 5.6.1. Zweiteilung der Ausbildung

Das österreichische Psychotherapiegesetz beschreibt Psychotherapie in Artikel I, § 1, Absatz (1) als

„die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“

In § 2 heißt es weiters:

„Die selbständige Ausübung der Psychotherapie setzt die Absolvierung einer allgemeinen und einer besonderen Ausbildung voraus. Sowohl der allgemeine Teil (psychotherapeutisches Propädeutikum) als auch der besondere Teil (psychotherapeutisches Fachspezifikum) wird durch eine theoretische und praktische Ausbildung vermittelt.“

Damit ist bereits eine der Besonderheiten des österreichischen Ausbildungssystems beschrieben: die Zweiteilung der Ausbildung in das psychotherapeutische Propädeutikum und das Fachspezifikum.

Das Psychotherapeutische Propädeutikum umfasst mindestens 765 Stunden theoretische Ausbildung. Die zu vermittelnden Inhalte umfassen Grundlagen und Grenzbereiche der Psychotherapie einschließlich Supervision, Einführung in Problemgeschichte und die Entwick-

lung psychotherapeutischer Schulen, Persönlichkeitstheorien, Allgemeine Psychologie, Entwicklungspsychologie, Einführung in Rehabilitation, Sonder- und Heilpädagogik, Grundlagen der psychologischen Diagnostik, Psychosoziale Interventionsformen, Grundlagen der Somatologie und Medizin, Einführung in die Psychiatrie, Psychosomatik und Psychopharmakologie aller Altersstufen, Erste Hilfe, Grundlagen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik, Fragen der Ethik und Rahmenbedingungen der Ausübung der Psychotherapie mit besonderer Berücksichtigung institutioneller, gesundheitsrechtlicher und psychosozialer Rahmenbedingungen (vgl. Bogyi, 1997).

Das Psychotherapeutische Fachspezifikum umfasst mindestens 300 Stunden theoretische Ausbildung. Zentrale Inhalte sind hierbei die Theorie der gesunden und psychopathologischen Persönlichkeitsentwicklung, Methoden und Techniken, Persönlichkeitstheorien und Interaktionstheorien entsprechend der gewählten theoretischen Orientierung sowie psychotherapeutische Literatur (vgl. Kierein u. a., 1991).

### **5.6.2. 21 anerkannte psychotherapeutische Methoden**

In Österreich gibt es 21 anerkannte psychotherapeutische Methoden, es ist damit in Europa das Land, in dem am meisten Verfahren als Psychotherapie zugelassen sind. Deutschland bildet das andere Extrem, mit vier zugelassenen Verfahren (vgl. Strauß und Kohl, 2009a).

Im folgenden Abschnitt wird kurz dargestellt, welche Methoden anerkannt sind und welchen theoretischen Orientierungen sie zugeordnet werden können. Die einzelnen psychotherapeutischen Methoden werden hier jedoch nicht ausführlich beschrieben. Eine Darstellung, der für die vorliegende Arbeit relevanten Psychotherapieverfahren, erfolgte bereits in Kapitel 3.8.

Die Informationen in diesem Abschnitt beziehen sich auf die PatientIn-

nen-Information über die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Methoden des Bundesministeriums für Gesundheit ([http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/5/5/5/CH0962/CMS1143559577254/informationen\\_fuer\\_patienteninnen\\_und\\_patienten\\_ueber\\_in\\_oesterreich\\_anerkannte\\_psychotherapiemethoden.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/5/5/5/CH0962/CMS1143559577254/informationen_fuer_patienteninnen_und_patienten_ueber_in_oesterreich_anerkannte_psychotherapiemethoden.pdf), abgerufen im April 2010).

Die 21 psychotherapeutischen Methoden werden in vier Orientierungen unterteilt, wobei eine Orientierung zwei Methodengruppen umfasst. Die Kriterien, die zur Einteilung herangezogen wurden, sind nicht als einschränkend, sondern akzentuierend zu verstehen, Überlappungen sind daher möglich. Die vier Orientierungen und die jeweiligen Methoden sind:

1. Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung: Als Schwerpunkt dieser Orientierung werden das Unbewusste sowie das Konzept der Übertragung und Gegenübertragung angesehen. Diese Orientierung wird weiter in zwei Methodengruppen unterteilt, die psychoanalytischen Methoden und die tiefenpsychologisch fundierten Methoden. Zu den psychoanalytischen Methoden zählen:
  - Psychoanalyse nach Freud
  - Analytische Psychologie nach Jung, Kernbegriffe sind die Individuation bzw. Selbstwerdung, Komplex, Symbol, Traum und Unbewusstes
  - Gruppenpsychoanalyse, eine Form der Gruppenpsychotherapie, die sich aus der Psychoanalyse nach Freud und sozialwissenschaftlichen Theorien entwickelt hat. Zentrale Themen sind Übertragung, Unbewusstes und Gruppenphantasien
  - Individualpsychologie nach Adler, die zweitälteste psycho-



therapeutische Schule, auch hier ist Übertragung ein Kernbegriff, außerdem Widerstand, Deuten, das Bewusstwerden von Unbewusstem und Sicherung

Zur zweiten Gruppe, also zu den tiefenpsychologisch fundierten Methoden zählen die folgenden Verfahren:

- Hypnosepsychotherapie, nach Erickson, Trancefähigkeit wird zu Heilungszwecken genutzt, das Unbewusste wird nicht nur als konflikthafter Bereich, sondern als Quelle von Ressourcen und Fähigkeiten angesehen
- Katathym Imaginative Psychotherapie, das psychoanalytische Repertoire wird um das Element der Imagination erweitert. Kernbegriffe sind neben Imagination Symbolisierung, Emotionale Neuerfahrung, Kreativität und Phantasie
- Konzentrierte Bewegungstherapie, der Körper ist Ort des psychischen Geschehens, bewusste Körperwahrnehmung vor dem Hintergrund der individuellen Lebens- und Lerngeschichte
- Transaktionsanalytische Psychotherapie nach Berne, zentrale Begriffe sind Ich-Zustands-Modell, Transaktionen, Skript und Spiel
- Autogene Psychotherapie, Kernbegriffe sind Spannungsausgleich, Symbolinhalte, Assoziative Aufarbeitung und Körpererleben
- Daseinsanalyse nach Binswanger, zentrale Themen sind Dasein, Freiheit, Selbst- und Mitsein, Gewissen und Tod
- Dynamische Gruppenpsychotherapie nach Schindler

2. Humanistisch-existenzielle Orientierung: Die Schwerpunkte dieser Orientierung liegen in den Grundlagen der Existenzphilosophie und Humanistischen Psychologie. Zu den Methoden dieser Orientierung zählen:

- Existenzanalyse und Logotherapie nach Frankl, wird auch als „dritte Wiener Schule“ bezeichnet, Kernbegriffe sind Sinnfragen, Personale Begegnung, Leiderfahrung, Sinnorientierung und Klientengerechte Ethik
- Existenzanalyse nach Frankl und Längle, zentraler Aspekt ist das Leben mit innerer Zustimmung, Kernbegriffe sind Authentizität, Sinn, Dialog, Beziehung und Emotionalität
- Integrative Gestalttherapie, Kernbegriffe sind Erlebnisaktivierung, Aktive Problembewältigung, Förderung der Beziehungsfähigkeit und Kreativitätsförderung
- Gestalttheoretische Psychotherapie, spezielle Strömung der Gestalttherapie, tiefenpsychologischer und systemtheoretischer Ansatz, der sich von der Gestaltpsychologie der Berliner Schule ableitet und auf einem humanistischen Menschenbild gründet
- Integrative Therapie, systemische Methodenintegration, schulenübergreifende Konzeptentwicklung
- Klientenzentrierte Psychotherapie und Personenzentrierte Psychotherapie, beide nach Rogers, Kernbegriffe sind Bedingungsfreie Wertschätzung, Empathisches Verstehen, Authentizität, Aktualisierungstendenz und zwischenmenschliche Beziehung
- Psychodrama nach Moreno, zentrale Themen sind Rolle, Be-

gegnung, Kreativität, szenische Bearbeitung und Ressourcenorientierung

3. Systemische Orientierung: Die Schwerpunkte dieser Orientierung sind Systemtheorien und Konstruktivismus. Dieser Orientierung wird eine psychotherapeutische Methode, die systemische Familientherapie zugeordnet.
4. Verhaltenstherapeutische Orientierung: Zu dieser Orientierung zählt die Verhaltenstherapie, zentrale Begriffe sind Lernen, Selbstmanagement, Störungsorientierung, Selbstverantwortung und Lösungsorientierung.

### 5.6.3. Praktikum

Das österreichische Psychotherapiegesetz sieht im Rahmen des Psychotherapeutischen Propädeutikums 480 Stunden (zuzüglich mindestens 20 Stunden begleitende Teilnahme an Supervision), im Rahmen des Fachspezifikums 550 Stunden Praktikum (zuzüglich mindestens 30 Stunden begleitende Teilnahme an Supervision) vor, wobei 150 Stunden in einer facheinschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens zu leisten sind (vgl. Kierein u. a., 1991). Zumeist erfolgt dieses Praktikum im Rahmen der eigenen beruflichen Tätigkeit (zum Beispiel bei Psychologinnen) oder, falls dies nicht möglich ist als klassisches Praktikum, bei dem man weder versichert noch bezahlt wird. Zusätzlich sind im Rahmen des Fachspezifikums noch 600 Behandlungsstunden unter Supervision vorgesehen. Da es in Österreich keine Ausbildungsinstitute gibt, die eine Ambulanz haben, müssen diese 600 Behandlungsstunden selbst organisiert werden.

#### 5.6.4. Zulassung zur Ausbildung

In Österreich ist der Zugang zur Psychotherapieausbildung nicht wie beispielsweise in Deutschland auf Ärztinnen und Psychologinnen begrenzt, sondern steht auch anderen Berufsgruppen offen.

Nach § 10, Absatz (1) des österreichischen Psychotherapiegesetzes darf das psychotherapeutische Propädeutikum absolvieren, wer

1. „eigenberechtigt ist und entweder
2. die Reifeprüfung an einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden höheren Schule einschließlich der Anstalten der Lehrer- und Erzieherbildung oder die Reifeprüfung vor dem Inkrafttreten der entsprechenden Bestimmungen des Schulorganisationsgesetzes, BGBl. Nr. 242/1962, an einer Mittelschule oder einer anderen mittleren Lehranstalt oder eine Studienberechtigungsprüfung gemäß den Bestimmungen des Studienberechtigungsgesetzes, BGBl. Nr. 292/1985, abgelegt hat oder
3. einen in Österreich nostrifizierten, der Reifeprüfung gleichwertigen Abschluß im Ausland erworben hat oder
4. eine Ausbildung im Krankenpflegefachdienst oder in einem medizinisch-technischen Dienst gemäß den Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, absolviert hat oder
5. auf Grund seiner Eignung nach Einholung eines entsprechenden Gutachtens des Psychotherapiebeirates vom Bundeskanzler mit Bescheid zur Absolvierung des

psychotherapeutischen Propädeutikums zugelassen worden ist.“

§ 10, Absatz (2) regelt die Zulassung zum an das psychotherapeutische Propädeutikum anschließende Fachspezifikum.

„Das psychotherapeutische Fachspezifikum darf nur absolvieren, wer

1. eigenberechtigt ist,
2. das 24. Lebensjahr vollendet hat,
3. die schriftliche Erklärung einer psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtung, daß eine Ausbildungsstelle für die Absolvierung des psychotherapeutischen Fachspezifikums, einschließlich des Praktikums gemäß § 6 Abs. 2 Z 2, zur Verfügung gestellt werden wird, vorlegt,
4. das psychotherapeutische Propädeutikum erfolgreich absolviert hat und entweder
5. die Voraussetzungen des Abs. 1 Z 4 oder
6. auf Grund seiner Eignung nach Einholung eines entsprechenden Gutachtens des Psychotherapiebeirates vom Bundeskanzler mit Bescheid zur Absolvierung des psychotherapeutischen Fachspezifikums zugelassen worden ist, soweit nicht bereits eine Zulassung gemäß Abs. 1 Z 5 erfolgt ist, oder
7. eine Ausbildung an einer Akademie für Sozialarbeit, an einer ehemaligen Lehranstalt für gehobene Sozialberufe, an einer Pädagogischen Akademie oder an einer mit Öffentlichkeitsrecht ausgestatteten Lehranstalt

für Ehe- und Familienberater absolviert hat oder das Kurzstudium Musiktherapie oder einen Hochschullehrgang für Musiktherapie abgeschlossen hat oder

8. ein Studium der Medizin, der Pädagogik, der Philosophie, der Psychologie, der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft oder der Theologie oder ein Studium für das Lehramt an höheren Schulen abgeschlossen hat oder
9. einen in Österreich nostrifizierten Abschluß eines ordentlichen Studiums im Sinne der Z 8 an einer ausländischen Universität nachweist.“

Damit steht der Zugang zur Psychotherapieausbildung einerseits Personen mit entsprechenden Studienabschlüssen oder entsprechender Berufsvorbildungen offen, aber gleichzeitig auch allen anderen Personen, die an Psychotherapieausbildung interessiert und dafür geeignet sind (vgl. Kierein u. a., 1991).



## Teil II

# Forschungsmethoden und Ergebnisse





# Kapitel 6

## Forschungsdesign

In diesem Kapitel wird zuerst die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit präzisiert und einige ausgewählte Studien, die ebenfalls die Erfassung konzeptioneller Kompetenz zum Ziel hatten, dargestellt. Im Anschluss daran wird das Forschungsdesign dieser Studie vorgestellt. Nach der Darstellung der Erhebungsmethode werden die Stichprobe und die Rahmenbedingungen der Erhebung beschrieben und auf Schwierigkeiten im Forschungsprozess hingewiesen. Den Abschluss bildet die Begründung der Wahl der Auswertungsmethoden.

### 6.1. Forschungsfrage und Einschränkungen

**Wie verändert sich die Konzeptkompetenz von Psychotherapeutinnen während der Ausbildung?**

Die Konzeptkompetenz wird als therapeutische Kompetenz verstanden, die für alle Therapieschulen von Bedeutung ist. Daher wurde versucht eine Methode zu entwickeln, die zur Erfassung der Konzeptkompetenz von Psychotherapeutinnen unterschiedlicher psychotherapeutischer Orientierungen eingesetzt werden kann - der Forderung von

Elkin (1999) folgend: „What would be needed are instruments that could measure characteristics or dimensions of therapist behavior that would be considered indices of competent therapist performance in a variety of therapeutic modalities.“ (Elkin 1999, S. 24)

Die Konzeptkompetenz nach Kahl-Popp (2007) besteht aus vier Bereichen. In diesem Forschungsprojekt werden allerdings nur zwei Teile, das Erklärungsmodell und das Behandlungsmodell, untersucht. Die Akzeptanz des Modells durch die Patientin und die Reflexion der Verknüpfung der verschiedenen Kompetenzen kann ohne Einbindung realer Patientinnen nicht untersucht werden. Für zukünftige Studien ist daher zu überlegen, wie auch die Sicht der Patientinnen miteinbezogen werden kann.

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass „Behandlungskonzept und methodisches Vorgehen als konzeptionelle Kompetenz [...] mit den personalen und relationalen Fähigkeiten des Psychotherapeuten eng verwoben“ (Kahl-Popp, 2009, S. 116) sind. Die Therapeutin sollte, so Kahl-Popp (2009) ein adaptives Verständnis für die Beschwerden der Patientin besitzen und ihr therapeutisches Vorgehen am Interaktionskontext orientieren. Da die Erhebung der konzeptionellen Kompetenz anhand einer Fallvignette erfolgt, können keine Aussagen über die Adaptivität des Behandlungskonzepts getroffen werden.

In Anlehnung an Gerstenmaier und Mandl (2000) wird Kompetenzsteigerung als Veränderung im Denken (kognitiver Aspekt) und Veränderung im Handeln (Verhaltensaspekt) verstanden, wobei der Verhaltensaspekt mehr als die reine Performanz beinhaltet. Der kognitive Aspekt, also die Veränderung im Denken, kann sowohl auf Gruppenebene als auch auf der individuellen Ebene indirekt erschlossen bzw. beobachtet werden (vgl. Kraler und Menges, 2007). In diesem Projekt erfolgt die Erfassung der Veränderung auf kognitiver Ebene

durch die Bearbeitung von Fallvignetten (siehe dazu 6.3.1), der Verhaltensaspekt wird in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht.

## **6.2. Bereits erprobte Forschungsansätze zur Erfassung konzeptioneller Kompetenz**

Claiborn und Dixon (1982) beschreiben ein Vorgehen zur Erfassung der (verhaltenstherapeutischen) konzeptionellen Kompetenz bei „Counseling Psychologists“. Sie entwickelten einen Fragebogen, der nach dem Erstinterview bearbeitet werden soll und die folgenden 5 Fragen enthält:

1. „What are the possible problem definitions in this case?”
2. What is the most probable problem definition?
3. What would you perceive as the root cause of the problem?
4. What would be the short-term counseling goal selected for the case?
5. What would be the outcome goal selected for this case?“ (Claiborn und Dixon, 1982, S. 277)

Die Antworten wurden dann hinsichtlich „fluency“ (Anzahl der unterschiedlichen Problemdefinitionen bei Frage 1), „problem definition“ (bezogen auf Frage 2 und 3, inwieweit das Problem verhaltenstherapeutisch formuliert wird) geratet. Zwei weitere Ratings bezogen sich auf die Ziele (Frage 4 und 5) und überprüften, ob diese verhaltensbezogen definiert waren. Dieses Vorgehen ist weitgehend an verhaltenstherapeutischen Modellen angelegt und damit nicht therapieschulenübergreifend

einsetzbar. Die in dieser Arbeit verwendete Erhebungsmethode, orientiert sich aber (zumindest zum Teil) an den von Claiborn und Dixon (1982) vorgeschlagenen Fragen.

Einen anderen Ansatz wählten Hillerbrand und Claiborn (1990). Sie baten 17 „Expertinnen“ und 15 „Novizinnen“ anhand von schriftlichen Fallvignetten (den Reporting Standards entsprechend) in einem Satz das Problem oder die am besten passende Diagnose für diesen Fall zu nennen. Die Antworten wurden anschließend auf einer dreistufigen Likertskala beurteilt. Auch die Anzahl der Diagnosen (im Falle von Zusatzdiagnosen) sowie die Begründung für die Diagnose wurden beurteilt. Außerdem wurden die Probandinnen aufgefordert, Annahmen zum eigenen Verhalten sowie zum Verhalten der Patientin in der nächsten Therapiestunde zu treffen. Auch diese Aussagen wurden anhand einer dreistufigen Likertskala beurteilt. Zusätzlich wurden die Einstellungen und Gefühle der Therapeutinnen anhand von 4 fünfstufigen Likertskalen erhoben. In dieser Studie konnten keine Unterschiede zwischen den zwei Gruppen erfasst werden. Unklar ist, so die Autoren, ob dies an der Gruppeneinteilung (waren die Expertinnen wirklich Expertinnen und die Novizinnen Novizinnen), der schriftlichen Darbietung des Falls (schriftliche Information ist einfacher zu erfassen als die Informationen in der Realsituation) oder an den verwendeten Methoden lag (vgl. Hillerbrand und Claiborn, 1990).

Crits-Christoph u. a. (1988) untersuchten die Akkuratheit der therapeutischen Interpretation und ihren Einfluss auf den Therapieerfolg in psychodynamischer Therapie. Dazu kodierten zwei Raterinnen Aussagen der Therapeutinnen als Interpretation, sofern die Aussagen Erklärungen für die Gedanken, Gefühle oder das Verhalten der Patientin enthielten und/oder die Therapeutin auf Parallelen in der aktuellen Lebenssituation und früheren Erfahrungen hinweist. Zusätzlich wurde für

jede Patientin von zwei oder drei Beurteilerinnen das zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBKT bzw. CCRT) ermittelt und die Kongruenz zwischen den Interpretationen und dem ZBKT auf einer vierstufigen Skala beurteilt. Die so erfasste Akkuratheit der therapeutischen Interpretation korreliert statistisch signifikant mit dem Therapieerfolg, jedoch nicht mit der therapeutischen Beziehung.

Persons, Mooney & Padesky (1995, zitiert nach Kuyken u. a., 2005) gaben 46 Verhaltenstherapeutinnen eine Audioaufzeichnung eines Erstinterviews von zwei Patientinnen und forderten sie auf, die präsentierten Probleme und die zugrundeliegenden irrationalen Überzeugungen und Verhaltensweisen zu formulieren. Die Ergebnisse zeigten große Übereinstimmungen zwischen den Teilnehmerinnen hinsichtlich der präsentierten Probleme, allerdings nicht hinsichtlich der zugrundeliegenden kognitiven Mechanismen. Hinzu kommt, dass auch die Übereinstimmung zwischen den Probandinnen hinsichtlich der Inhalte nicht zweifelsfrei bedeutet, dass es sich dabei um eine richtige, „gute“ Fallbeschreibung handelt (vgl. Kuyken u. a., 2005). In ihrer eigenen Studie untersuchten Kuyken u. a. (2005) 115 „Case Formulations“ anhand der „Quality of Cognitive Case Formulation Rating Scale“ (Fothergill & Kuyken, 2002, zitiert nach Kuyken u. a., 2005). Qualität ist hierbei definiert als „parsimonious, coherent and meaningful account of a client’s presenting problems in cognitive therapy terms.“ (Kuyken u. a., 2005, S. 1194). Ihre Ergebnisse zeigen, dass die Therapeutinnen in den zentralen Inhalten der Fallbeschreibungen übereinstimmen. Therapeutinnen können also reliable „Case Formulations“ formulieren, fraglich bleibt allerdings deren Validität (vgl. Kuyken u. a., 2005).

Eells u. a. (1998) entwickelten ein Kodierschema zur Beurteilung des Inhalts von Fallkonzeptionen, genannt Case Formulation Content Co-

ding Method (CFCCM). Die Grundlage dieser Methode bildet die Annahme, dass Fallkonzeptionen die Informationen über die Patientin zu einem Ganzen integrieren und nicht nur zusammenfassen sollen. Des Weiteren sollte diese Methode in unterschiedlichen therapeutischen Richtungen angewandt werden können, also von theoretischen Konzepten bestimmter therapeutischer Schulen losgelöst sein. Das Kodierschema sieht vier Hauptkategorien vor:

1. Symptome und Probleme: Diese Kategorie umfasst einerseits die von der Patientin eingebrachten Beschwerden, als auch Probleme, die die Therapeutin wahrnimmt, nicht aber die Patientin
2. Auslösende Stressoren und Ereignisse: Ereignisse, die zum Ausbruch oder zur Verschärfung der Symptomatik führten
3. Zugrundeliegende, prädisponierende Lebensereignisse und Stressoren: Traumatische Ereignisse, die zu einer erhöhten Vulnerabilität der Patientin führten, unterteilt in drei Kategorien: Kindheit und Jugend, vergangenes Erwachsenenalter (mehr als zwei Jahre vor dem Beginn der Behandlung) und jüngere Vergangenheit
4. Mechanismus, der die anderen drei Kategorien verbindet und eine Erklärung für die Aufrechterhaltung der Probleme bietet: Diese Kategorie stellt die Hypothese der Therapeutin zur Symptomentwicklung dar. Die genannten Mechanismen können wiederum drei Gruppen zugeordnet werden: psychologische Mechanismen (beispielsweise dysfunktionale Gedanken, zentrale Beziehungskonfliktthemen, Verhaltensdefizite, usw.), biologische Mechanismen (beispielsweise genetische Veranlagung) und soziokulturelle Mechanismen (beispielsweise sozioökonomischer Status, ethnische Zugehörigkeit)

Jede dieser Kategorien wird mit einem der drei Codes „absent“ (nicht vorhanden), „somewhat present“ (vage vorhanden) und „clearly present“ (klar vorhanden) beurteilt. Zusätzlich gibt es noch weitere Kategorien, wie beispielsweise Erfahrungen der Therapeutin, Anpassungsniveau der Patientin, deskriptive Informationen usw. Neben dem Rating des Inhalts wird auch die Fallkonzeption als Ganzes beurteilt hinsichtlich der Qualität der vier Hauptkategorien, der Komplexität der Fallkonzeption, dem Grad der Inferenz (niedrig bei sehr deskriptiver Wiedergabe, hoch bei klinischen Hypothesen) und der Genauigkeit der Sprache.

## 6.3. Das Forschungsdesign

Da in dieser Studie die Veränderung der konzeptionellen Kompetenz erfasst werden soll, wurde ein Prä-Post-Design ausgewählt. Es handelt sich bei dieser Studie also um eine Längsschnittuntersuchung, da dieselben Ausbildungskandidatinnen zu Beginn ihrer Ausbildung und gegen Ende der theoretischen Ausbildung jeweils an einer Erhebung teilnehmen. In diesem Abschnitt werden nun die Erhebungsmethode, die Stichprobe sowie die gewählten Auswertungsmethoden kurz dargestellt.

### 6.3.1. Die Erhebungsmethode

Als Methode zur Datenerhebung wurde die schriftliche Bearbeitung einer Fallvignette gewählt. Alle Teilnehmerinnen bekamen bei beiden Messzeitpunkten dieselbe Fallvignette, allerdings wurde der Text leicht verändert, um Wiedererkennungseffekte zu reduzieren.



### **Fallvignette Ersterhebung: Frau N**

Die Patientin „Frau N.“ (41 Jahre, Sekretärin, 2. Ehe) wendet sich auf Anraten ihres Hausarztes zur Psychotherapie. Ich lerne sie im Juni zur Anamnesenerhebung kennen. Frau N. schildert Schwierigkeiten am Morgen aufzustehen. Sie fühlt sich schnell erschöpft, überfordert und bricht ohne erkennbaren Grund in Tränen aus. Sie erlebt verstärkt den Wunsch, sich sozial zurückzuziehen. Die Patientin reagiert schnell gereizt, sei „kratzbürstig“ und fühlt sich kritisch hinterfragt. Kleine Hinweise oder Ratschläge empfinde sie als Kritik, „schnappe schnell ein“ und fühle sich oft verletzt und unverstanden. Es reiche z.B. schon, wenn Menschen etwas anderes sehen oder erleben als sie selbst, um ärgerlich zu werden. Sie habe das Gefühl, in ihr lauere ein Tier. Dieses Muster wiederhole sich häufig in ihren sozialen Beziehungen. Ihre Symptomatik komme nun immer schneller zum Vorschein. Schon nach einem Jahr in der nun zweiten Ehe habe sie keine Lust mehr auf Sexualität, sei ungeduldig und ungerecht ihrem Partner gegenüber. Ihre Angst, erneut einen Partner zu verlieren, lässt den Therapiewunsch entstehen. Sie schildert ihren Partner als ruhig und geduldig, aber auch seine Geduld habe Grenzen. Die Patientin sieht ihre Autonomie schnell bedroht. Das Schlimmste sei für sie, wenn jemand anderes sie dominiere. So rauche sie z.B. des Abends nur deshalb, weil ihr Mann das nicht schätze. Sie habe immer Angst „auf der Strecke zu bleiben“. Sie hat Angst vor ihrer Wut, schimpfe zwar im Auto, aber befürchte, „es könne was kaputt gehen“. Sie ist ständig autoaggressiv mit ihren Fingern beschäftigt. Die Daumennägel sind entstellt, nur mit Hilfe einer Behandlung durch ein Nagelstu-

dio kann sie ihr selbstverletzendes Verhalten ein wenig regulieren. Auf Nachfrage räumt sie einen Grübelzwang ein. Immer wieder frage sie sich, was sie falsch gemacht habe, versuche perfekt zu sein und ihr Verhalten zu korrigieren. Neben den massiven Selbstvorwürfen findet sich ein fragiles Selbstwertgefühl, das als übermäßig abhängig von äußerer Bestätigung beschrieben werden kann. Zudem ruft sich die Pat. systematisch Kindheitserinnerungen auf, vor allem schöne Szenen mit der Mutter, die vor drei Jahren verstarb, um weinen zu können.

Erstmalig entwickelte die Patientin die Symptomatik im Alter von 19 Jahren nachdem ihre erste Ehe scheiterte. Auch gegen Ende ihrer zweiten Partnerschaft (dauerte 18 Jahre, nicht verheiratet) war sie von ähnlich depressiver Symptomatik geplagt. Heute, ein Jahr nach ihrer zweiten Eheschließung, leidet sie ähnlich, obwohl sie erneut ihre Problematik (vermeintlich) durch Trennung gelöst zu haben schien. Sobald das „Hollywoodgefühl“ der Verliebtheit und Werbung der Partner umeinander vorübergeht, fühlt sich die Patientin betrogen. Sie kann sich nur wohl fühlen, wenn sie umgarnt wird. Doch ließe das Hochgefühl des Anfangs immer wieder alles nach und sie fühle sich ungeliebt.

Die Pat. wächst als einziges Kind im häuslichen Milieu auf. Die Mutter (+24) wird als „ganz liebe Träumerin“ beschrieben. Die Patientin habe sie immer beschützen müssen, da die Mutter aufgrund von Kinderlähmung behindert gewesen sei. Sie schwärmt im Gespräch von den „himmelblauen Babyaugen“ der Mutter. Der Vater (+23) hingegen wird als cholerisch und jähzornig geschildert. Er sei „von jeher“ Alkoholiker gewesen und habe sie unvermittelt geschlagen. Die Mutter habe von der Suchterkrankung ihres Man-

nes schon vor der Ehe gewusst, war jedoch davon ausgegangen, ihn heilen zu können. Die Patientin berichtet davon, wie der Vater mit ihr als Säugling durchgebrannt sei. Als Kind sei sie viel von zu Hause weggelaufen, in der Hoffnung, es käme ihr jemand hinterher. Es schien jedoch, als habe sie niemand vermisst und so kam sie von selbst zurück. Sie beschreibt sich auf der einen Seite als liebes braves Kind. Auf der anderen Seite berichtet sie von kindlichen Wutanfällen, bei denen sie sich so heftig zu Boden warf, dass ihr Arm mehrfach ausgekugelt wurde. Als sie 16 Jahren alt war, trennten sich die Eltern. Der Vater starb vor vier Jahren, völlig verwahrlost an den Folgen seines Alkoholismus. Die enge Bindung („Affenliebe“) an die Mutter im Bündnis gegen den Vater wurde durch den neuen Partner der Mutter jäh unterbrochen. Sie fühlte sich abgeschoben. Die Verlassenheit überforderte die Patientin und sie floh in eine Ehe, die etwa ein Jahr dauerte. Zwischen den Partnern kam es zu gewalttätigen Auseinandersetzungen. Es schließt sich eine Beziehung an, die über 18 Jahre trug, sich aber „totgelaufen“ habe. Das Scheitern der 18-jährigen Beziehung erlebt sie als ihr Versagen.

Die Patientin hat vor drei Jahren eine sechswöchige Kur in einer psychosomatischen Klinik absolviert. Sie klagte über Rücken- und Herzschmerzen ohne organischen Befund. Die begleitenden psychotherapeutischen Gespräche mit einem männlichen Behandler beschreibt sie als unergiebig. Sie habe mehr Antworten erwartet und Rat, „wo es lang geht“. Vor allem sei ihr der Abschied von Mitpatienten schwer gefallen. Die empfohlene psychotherapeutische ambulante Weiterbehandlung hat die Patientin nicht aufgegriffen. Beruflich hat sich die Patientin von der ungelernten Verkäuferin über

eine Fortbildung als Stenokontoristin zur Sekretärin hochgearbeitet. Wenngleich ihr Arbeitsplatz aufgrund der wirtschaftlichen Situation des Unternehmens, für das sie arbeitet nicht als gesichert gelten kann, ist sie mit ihrer beruflichen Situation sehr zufrieden. Von ihrem Chef erhält sie die Wertschätzung und Anerkennung, die sie braucht.

### **Fallvignette Postmessung: Frau A**

„Frau A.“ (41 Jahre, Sekretärin, zum zweiten Mal verheiratet) kommt auf Anraten ihres Hausarztes zur Psychotherapie. Bei der Anamnesenerhebung schildert Frau A. Schwierigkeiten am Morgen aufzustehen. Sie fühle sich schnell erschöpft, überfordert und breche ohne erkennbaren Grund in Tränen aus. Sie erzählt, dass sie den Wunsch verspüre, sich sozial zurückzuziehen. Sie reagiere schnell gereizt, sei „kratzbürstig“. Kleine Hinweise oder Ratschläge empfinde sie als Kritik, „schnappe schnell ein“ und fühle sich oft verletzt und unverstanden. Es reiche z.B. schon, wenn andere nicht ihre Sichtweise teilen, um sie zu verstimmen. Sie habe das Gefühl, in ihr lauere ein Tier. Schon nach einem Jahr in der nun zweiten Ehe habe sie keine Lust mehr auf Sexualität, sei ungeduldig und ungerecht ihrem Partner gegenüber. Sie schildert ihren Partner als ruhig und geduldig, aber auch seine Geduld habe Grenzen. Ihre Angst, erneut einen Partner zu verlieren, veranlasse sie zur Therapie. Frau A. legt Wert darauf sich als autonom wahrzunehmen. Das Schlimmste sei für sie, wenn jemand anderer sie dominiere. So rauche sie z.B. abends nur deshalb, weil ihr Mann das nicht

schätze. Sie habe immer Angst „auf der Strecke zu bleiben“.

Frau A. wuchs als einziges Kind im häuslichen Milieu auf. Ihre Mutter (24 Jahre älter) beschreibt sie als „ganz liebe Träumerin“, die sie immer habe beschützen müssen, da die Mutter aufgrund von Kinderlähmung behindert gewesen sei. Sie schwärmt im Gespräch von den „himmelblauen Babyaugen“ der Mutter. Der Vater (23 Jahre älter) wird als cholerisch und jähzornig geschildert. Er sei „von jeher“ Alkoholiker gewesen und habe sie unvermittelt geschlagen. Die Mutter habe von der Suchterkrankung ihres Mannes schon vor der Ehe gewusst, war jedoch davon ausgegangen, ihn heilen zu können. Frau A. berichtet davon, wie der Vater mit ihr als Säugling durchgebrannt sei. Als Kind sei sie viel von zu Hause weggelaufen, in der Hoffnung, es käme ihr jemand hinterher. Es schien jedoch, als habe sie niemand vermisst und so kam sie von selbst zurück. Sie beschreibt sich auf der einen Seite als liebes, braves Kind. Auf der anderen Seite berichtet sie von kindlichen Wutanfällen, bei denen sie sich so heftig zu Boden warf, dass ihr Arm mehrfach ausgekugelt wurde.

Die Eltern trennten sich, als Frau A 16 Jahre alt war. Die bis dahin enge Bindung („Affenliebe“) an die Mutter im Bündnis gegen den Vater wurde durch einen neuen Partner der Mutter jäh unterbrochen. Sie fühlte sich abgeschoben und floh in eine Ehe, die etwa ein Jahr dauerte (Scheidung mit 19). Zwischen den Partnern kam es zu gewalttätigen Auseinandersetzungen. Zu dieser Zeit traten erstmals die oben beschriebenen Symptome auf. Nach der ersten Ehe ging Frau A eine 18 Jahre dauernde Partnerschaft ein, die sich aber „totgelaufen“ habe. Das Scheitern der 18-jährigen Beziehung erlebt sie als ihr Versagen. Auch gegen Ende dieser Beziehung litt

sie unter ähnlichen Symptomen. Heute, ein Jahr nach ihrer zweiten Eheschließung, leidet sie ähnlich, obwohl sie erneut ihre Problematik (vermeintlich) durch Trennung gelöst zu haben schien. Sobald das „Hollywoodgefühl“ der Verliebtheit und Werbung der Partner umeinander vorübergeht, fühlt sich Frau A. betrogen. Ohne das Hochgefühl des Anfangs fühle sie sich ungeliebt.

Sie hat Angst vor ihrer Wut, schimpfe zwar im Auto, aber befürchte „es könne was kaputt gehen“. Auf Nachfrage räumt sie einen Grübelzwang ein. Immer wieder frage sie sich, was sie falsch gemacht habe, versuche perfekt zu sein und ihr Verhalten zu korrigieren. Neben den massiven Selbstvorwürfen findet sich ein fragiles Selbstwertgefühl, das als übermäßig abhängig von äußerer Bestätigung beschrieben werden kann. Sie ist ständig mit ihren Fingern beschäftigt. Die Daumennägel sind entstellt, nur mit Hilfe einer Behandlung durch ein Nagelstudio kann sie ihr Nägelbeißen ein wenig regulieren. Zudem ruft sich Frau A. systematisch Kindheitserinnerungen in Erinnerung, vor allem schöne Szenen mit der Mutter, die vor drei Jahren verstarb, um weinen zu können. Der Vater starb vor vier Jahren, völlig verwahrlost an den Folgen seines Alkoholismus.

Frau A. hat vor drei Jahren eine sechswöchige Kur in einer psychosomatischen Klinik absolviert. Sie klagte über Rücken- und Herzschmerzen ohne organischen Befund. Die begleitenden psychotherapeutischen Gespräche mit einem männlichen Therapeuten beschreibt sie als unergiebig. Sie habe mehr Antworten erwartet und Rat, „wo es lang geht“. Vor allem sei ihr der Abschied von Mitpatienten schwer gefallen. Die empfohlene psychotherapeutische ambulante Weiterbehandlung hat sie nicht aufgegriffen.

Beruflich hat sich Frau A. von der ungelernten Verkäuferin über

eine Fortbildung als Stenokontoristin zur Sekretärin hochgearbeitet. Wenngleich ihr Arbeitsplatz aufgrund der wirtschaftlichen Situation des Unternehmens, für das sie arbeitet, nicht als gesichert gelten kann, ist sie mit ihrer beruflichen Situation sehr zufrieden. Von ihrem Chef erhält sie Wertschätzung und Anerkennung.

Die Teilnehmerinnen wurden gebeten die Fallvignette zu lesen und im Anschluss daran die folgenden drei Fragen zu beantworten:

1. Welche Assoziationen, Gefühle und Gedanken haben Sie zu diesem Fall?
2. Warum entwickelt die Patientin Ihrer Meinung nach diese Symptome und welche Bedeutung haben sie für die Patientin?
3. Wie würden Sie in diesem Fall - von Ihrem eigenen Therapiekonzept aus - vorgehen und warum?

Die erste Frage, die sich auf die Assoziationen, Gefühle und Gedanken zum Fall bezieht, soll Auskunft über die Gefühle der angehenden Therapeutinnen, insbesondere hinsichtlich möglicher Überforderung geben, da:

„The feelings that therapists have as they work with patients during therapy sessions reflect the therapists’ personal response to the vicissitudes of therapeutic work“ (Orlinsky und Ronnestad, 2005, S. 45).

Außerdem orientieren sich die drei Fragen auch an den Kriterien, die nach Körner (2003) die Grundlage einer argumentationszugänglichen Kasuistik entsprechen: Frage 1 bezieht sich auf den Kontext, in dem die

Interpretation zu verstehen ist. Frage 2 bezieht sich auf die Theorien, die zur Erklärung der Erkrankung herangezogen wurden, Frage 3 gibt Auskunft über die Therapieplanung.

Die Beantwortung erfolgte handschriftlich, zur Auswertung wurden die Antworten ohne Änderungen abgetippt.

### 6.3.2. Beschreibung der Stichprobe

Die Ausbildungskandidatinnen verteilen sich auf verschiedene Ausbildungsinstitute und Psychotherapieschulen: Integrative Therapie, Integrative Gestalttherapie und Psychotherapeutische Medizin, Fachrichtung Integrative Therapie sowie Psychodrama. Die Fallgeschichten wurden jeweils an die gesamten Ausbildungsjahrgänge verteilt. Es ist allerdings anzumerken, dass nicht in allen Gruppen alle Teilnehmerinnen bereit waren die Fragen zu beantworten. Welche Teilnehmerinnen dies verweigerten, kann jedoch aufgrund der Anonymität nicht analysiert werden. Tabelle 6.1 zeigt die Verteilung der Teilnehmerinnen der vier Therapierichtungen, die Geschlechtsverteilung und das Durchschnittsalter. Weitere Angaben zu soziodemografischen Merkmalen sind aufgrund der begrenzten Bereitschaft der Teilnehmerinnen, das Beiblatt mit den soziodemografischen Daten auszufüllen, nicht möglich.

Eine Schwierigkeit bei der Erhebung liegt im Prä-Post-Design der Studie. Dieses Forschungsdesign setzt voraus, dass dieselben Personen bei beiden Erhebungen bereit sind, an der Studie teilzunehmen. Dass dies nicht der Fall war, zeigen die unterschiedlichen Datenmengen: So liegen von der ersten Erhebung 118 Fallbearbeitungen vor, von der zweiten Erhebung allerdings nur noch 49. Von 43 Personen liegen jeweils beide Fallbearbeitungen vor. Neben den bereits genannten Therapierichtungen wurden zudem Daten in den Ausbildungsgruppen der Kli-



Therapierichtung	TN	weiblich	männlich	Alter (Durchschnitt)
Integrative Therapie (IT)	13	9	4	keine Angaben
Integrative Therapie für Medizinerinnen (MED)	9	7	2	37,4 Jahre
Integrative Gestalttherapie (IG)	9	7	2	keine Angaben
Psychodrama (PD)	12	10	2	42,7 Jahre

Tabelle 6.1.: Informationen zur Stichprobe

entenzentrierten Psychotherapie und der Konzentrativen Bewegungstherapie erhoben. In diesen Gruppen konnte keine zweite Erhebung durchgeführt werden bzw. die Unterlagen nur per Post versandt werden, wobei der geringe Rücklauf (3 Fallbearbeitungen) eine Auswertung unmöglich machte.

Eine Ausbildungsgruppe mit 13 Personen hatte in einem anderen Forschungsprojekt negative Erfahrungen gemacht und verweigerte daraufhin die Teilnahme an diesem Projekt, sie wollten „mit Forschung in Ruhe gelassen werden“. Dies zeigt, wieviel Sensibilität im Umgang mit Studienteilnehmerinnen, insbesondere bei Prä-Post-Studien, notwendig ist. Aber nicht nur mit den Teilnehmerinnen an sich braucht es Feingefühl und Überzeugungskraft, um sie zur Teilnahme zu motivieren. Bei manchen Gruppen scheiterte die Erhebung bereits im Vorfeld, da die zuständigen Ausbildungsleiterinnen der Studie skeptisch gegenüber standen und sich daher gegen eine (zweite) Teilnahme der Gruppe aussprachen.

Diese „Forschungsfeindlichkeit“ ist in der Psychotherapieforschung als auch in der Psychotherapieausbildungsforschung nicht ungewöhnlich.

So halten Protz u. a. (im Druck) fest, dass in manchen Studien weniger als 1% der dazu eingeladenen Praktikerinnen zu einer Teilnahme bereit waren. Insbesondere bei psychodynamisch ausgerichteten Therapeutinnen bzw. Psychoanalytikerinnen ist die Forschungsbereitschaft gering ausgeprägt, wie Morrow-Bradley und Elliott (1986) und Vaughan u. a. (2000) zeigen. Vachon u. a. (1995) führten Telefoninterviews mit Therapeutinnen durch, die zuvor die Teilnahme an einer Studie verweigert hatten. Die am häufigsten angegebenen Begründungen für die Ablehnung waren Bedenken gegenüber den geforderten Tonaufzeichnungen (33%), Zeitmangel (28%), für die Forschung unpassende Patientinnen (16%), externale Faktoren (beispielsweise nicht das geforderte Setting, 10%), Vorbehalte gegenüber dem Forschungsdesign (9%) und Bedenken hinsichtlich der Auswirkungen der Teilnahme auf die therapeutische Beziehung (5%). Interessant ist, dass 20% der befragten Therapeutinnen auch von einem „generellen Unwillen“ berichteten, d.h. auch bei veränderten Bedingungen nicht bereit wären, an einer Studie teilzunehmen.

Eine neuere Studie von Felber und Margreiter (2007) vermittelt im Gegensatz dazu ein sehr positives Bild. So zeigen die Ergebnisse von 50 Telefoninterviews, dass die befragten Therapeutinnen (z.T. in Ausbildung) Therapieforschung als notwendig für die Erforschung der Wirksamkeit von Psychotherapie und die Qualitätssicherung, für die Stärkung der Anerkennung und der Akzeptanz nach außen und für die Weiterentwicklung der Methode ansahen. Mehr als die Hälfte der Befragten gab außerdem an, dass Psychotherapieforschung zu den Aufgaben von Praktikerinnen zählt. Felber und Margreiter (2007) interpretieren diese Ergebnisse als Trend, Psychotherapie als eigenständige Wissenschaft wahrzunehmen und eine steigende Forschungsorientierung. Es muss jedoch in Frage gestellt werden, ob die befragten Therapeutinnen auch tatsächlich bereit sind, an einer Studie teilzunehmen, oder ob sozial er-

wünschtes Antwortverhalten gezeigt wurde. Auch Rudolf (2008b) hält fest, dass die meisten Therapeutinnen Psychotherapieforschung durchaus als sinnvoll erachten, sich aber nicht selbst daran beteiligen wollen.

Protz u. a. (im Druck) zeigen anhand qualitativer Interviews mit Psychoanalytikerinnen, dass die Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an einer Studie komplex motiviert ist, wobei insbesondere Schutz- und Sicherheitsbedürfnisse eine bedeutende Rolle einnehmen. Die Autorinnen beschreiben die Ambivalenz der Analytikerinnen, die Psychoanalyse einerseits als hilfreich und als wichtigen Bestandteil des Gesundheitssystems ansehen und daher, auch aus berufspolitischen Gründen, Psychotherapieforschung als notwendig betrachten. Gleichzeitig befürchten sie allerdings, dass die Forschung der Psychoanalyse oder der einzelnen Psychoanalytikerin schaden könnte. Eine weitere Ambivalenz betrifft die Forschungsmethoden. Qualitative Forschungsmethoden gelten bei Psychoanalytikerinnen als eher dem Forschungsgegenstand angemessen als quantitative Erhebungen, Tonaufzeichnungen werden aber wiederum abgelehnt.

Garfield (1997) beschreibt, dass die Konzentration auf die Therapeutin in der Therapieforschung negative Auswirkungen für beteiligte Therapeutinnen und Ausbildungsinstitute haben kann und berichtet von einem Kollegen, der eine Studie nicht veröffentlichen durfte, weil ein Therapeut ein außerordentlich schlechtes Ergebnis aufwies. Auch in den Ausbildungsgruppen wurden teilweise solche Bedenken geäußert. Insbesondere der Gedanke mit anderen Therapieschulen verglichen zu werden, löste bei einigen Teilnehmerinnen die Sorge aus, dass ihre eigene Richtung „schlechter“ abschneiden könnte und dass dies dem Ansehen dieser Therapieschule schaden könnte. Dies führte teilweise zu ausführlichen Diskussionen mit den Teilnehmerinnen, einige verweigerten aus diesem Grund die Teilnahme an der Studie.

Da sowohl die Auswertung nach GABEK bzw. WinRelan als auch die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) qualitative Forschungsansätze darstellen, können wesentlich kleinere Stichproben als bei quantitativen Forschungsprojekten notwendig sind, als ausreichend angesehen werden (vgl. Hofer, 2000). Die Stichprobengröße von 43 Teilnehmerinnen ist daher als ausreichend groß zu betrachten.

### 6.3.3. Rahmenbedingungen der Erhebung

Die Rahmenbedingungen der ersten Erhebungen können nicht mehr rekonstruiert werden, da die Erhebung von Mitarbeiterinnen der betreffenden Ausbildungsrichtungen durchgeführt wurden. Die Teilnahme an der Studie war grundsätzlich freiwillig. Dies hatte zur Folge, dass in manchen Gruppen nicht alle Teilnehmerinnen die Fragen beantwortet haben. Außerdem ist bekannt, dass es Unterschiede hinsichtlich des zeitlichen Rahmens gab. Auf einigen Fragebögen (insbesondere bei der Ausbildungsgruppe „Konzentrativen Bewegungstherapie“, die in dieser Studie nicht berücksichtigt werden konnte, fanden sich Randbemerkungen, in denen sich die TeilnehmerInnen über den Zeitdruck beschwerten. Die Erhebung erfolgte selbstverständlich anonym.

Die zweite Erhebung wurde von der Autorin selbst durchgeführt. Im Rahmen eines Seminars hatten die Teilnehmerinnen der Gruppen Integrative Gestalttherapie, Integrative Therapie und Psychodrama jeweils 30 Minuten Zeit zur Bearbeitung der Fallvignette. Die ersten Teilnehmerinnen waren in allen Gruppen nach ca. 10 Minuten fertig, in allen Gruppen gab es aber auch Teilnehmerinnen, die angaben, dass sie mehr Zeit benötigt hätten. Die Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen bildet eine Ausnahme, da hier die Bögen im Seminar nur verteilt werden konnten bzw. per Post versandt wurden. Wieviel Zeit die Mit-

glieder dieser Gruppe für die Bearbeitung der Fallvignette aufwandten, ist nicht bekannt.

#### **6.3.4. Wahl der Auswertungsmethoden**

Zur Analyse der Bearbeitungen der Fallvignette wurden zwei Methoden gewählt. Kuyken u. a. (2005) definieren die Qualität von Konzeptualisierungen durch Kohärenz, Eells u. a. (1998) geben Komplexität als ein Kriterium für Qualität an. GABEK stellt, wie in Kapitel 7 gezeigt wird, eine Möglichkeit dar, Texte hinsichtlich ihrer sprachlichen Struktur, ihrer Kohärenz und ihrer Komplexität zu untersuchen. Dieses Vorgehen wurde bereits in einer Pilotstudie von Andreatta und Kraler (2006) erprobt und wird in der vorliegenden Arbeit um einen zusätzlichen Auswertungsschritt erweitert: In einem zweiten Schritt wurde das Datenmaterial inhaltsanalytisch ausgewertet, um Aussagen betreffend des Therapiemodells zu erhalten.

## Kapitel 7

# GAnzheitliche BEwältigung von Komplexität

GABEK® (GAnzheitliche BEwältigung sprachlich erfasster Komplexitäten) ist eine PC-gestützte (WinRelan®) Methode zur qualitativen Datenauswertung, die am Institut für Philosophie der Universität Innsbruck (Copyright© Prof. Josef Zelger, Innsbruck) entwickelt wurde. Die theoretische Grundlage zur Entwicklung dieser Methode bilden Konzepte des Verstehens, Erklärens, Lernens und der Gestaltwahrnehmung (vgl. Zelger, 2002).

GABEK bzw. WinRelan dient der Erfassung von Erfahrungswissen sowie der Wahrnehmungen und Einstellungen der Befragten in Form eines ganzheitlichen „Bildes“ (vgl. de Wet u. a., 2000). Mit anderen Worten ermöglicht GABEK bzw. WinRelan die regelbasierte Erfassung und Darstellung semantischer, hierarchischer Strukturen in Form von so genannten Gestaltenbäumen, die regelgeleitete Erfassung inhaltli-

cher Vernetzungen und Zusammenhänge, die Erfassung und Abbildung von Wechselwirkungspostulaten über so genannte Kausalnetzgrafiken, die Identifikation von Wirkvariablen (beispielsweise Grundwerte, Ziele, Maßnahmen und Intervenierende Variablen) sowie die Analyse emotionaler „Ladungen“. Basierend auf einer Kodierung semantischer Schlüsselbegriffe in mehreren Schritten erfolgt unterstützt durch semantisch-syntaktische Regeln und über Clusteranalysen eine hierarchisch strukturierte Verdichtung von sprachlichen Zusammenhänge und die grafische Darstellung von Wechselwirkungsbeziehungen. Mit anderen Worten ist das (bzw. ein mögliches Ergebnis dieser Methode) eine vielschichtige (kollektive) „kognitiv-semantische Fall-Landkarte“ einzelner oder mehrerer Personen zu einem oder mehreren Items (vgl. Andreatta und Kraler, 2006).

Die Ursprünge bzw. Grundlagen dieser Methode liegen in der Theorie der Wahrnehmungsgestalten nach Carl Stumpf, die von Zelger (1999) zu einer Theorie linguistischer Gestalten weiterentwickelt wurde, in der Gemeinschaftstheorie von Moravcsik, Ergebnissen der Wahrnehmungspsychologie, Methoden der qualitativen Psychologie und systemtheoretisch orientierter Wissensorganisation (vgl. Andreatta und Kraler, 2006; Buber und Kraler, 2000).

## 7.1. Methodisches Vorgehen

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte der Auswertung, deren Ablauf in Tabelle 7.1 dargestellt ist, kurz beschrieben. Die einzelnen Schritte sind intersubjektiv rekonstruierbar und überprüfbar.

Auswertungsschritt	Ergebnis
Definition von Texteinheiten	Sätze bzw. Karteikarten
Kodierung: • Grundkodierung und Meta- sprachliche Kodierung • Bewertungskodierung • Kausalkodierung	• Ausdrucksliste • Bewertungsliste • Kausalliste • Beziehungsliste
Gestaltenbildung	Gestaltenbaum
Relevanzanalyse	Relevanzliste mit Zielen, Maßnahmen und intervenierenden Variablen
Kausalanalyse	Kausalnetzgrafiken

Tabelle 7.1.: Auswertungsschritte der Analyse mit GABEK unter der Verwendung von WinRelan

### 7.1.1. Grundkodierung

Den ersten Schritt der Auswertung des schriftlichen Materials bildet die Erstellung eines Indexierungssystems. Dazu wird das schriftlich vorliegende Material, in diesem Fall die Antworten zur Fallvignette in Sinneinheiten untergliedert. Als Sinneinheit wird eine kurze Textpassage, ein Satz oder eine Satzreihe, die eine sinnvolle gedankliche Einheit bildet, bezeichnet. In jeder Sinneinheit, die auch Karteikarte oder Satz genannt wird, werden anschließend die inhaltlich relevanten Begriffe markiert, es erfolgt die objektsprachliche Kodierung (vgl. Zelger, 2002). Grammatikalische, logische, metrische und indexikalische Partikel werden bei dieser Kodierung nicht berücksichtigt. Kodiert werden nur lexikalische Begriffe als Schlüsselbegriffe, die eine selbstständige semantische Bedeutung haben (vgl. Zelger, 2000b). Jeder Karteikarte sollen drei bis neun Schlüsselbegriffe zugeordnet werden können. Abbildung





[illegible]

Abbildung 7.2.: WinRelan, Ausdrucksliste, geordnet nach Häufigkeit

weiteren Auswertungsschritte. Spätere Veränderungen der Kodierung oder das nachträgliche Hinzufügen neuer Daten sind daher nicht möglich bzw. ziehen eine neuerliche Durchführung der darauf aufbauenden Auswertungsschritte mit sich.

Neben der beschriebenen objektsprachlichen Kodierung erfolgt eine metasprachliche Kodierung. Diese Kodierung ermöglicht einen späteren Vergleich unterschiedlicher Teilgruppen bzw. Teildaten. Jeder Karteikarte bzw. Sinneinheit kann so verschiedenen Kriterien zugeordnet werden. In diesem Projekt wurden folgende Kriterien ausgewählt:

- Therapierichtung
- Geschlecht

- Quellenberuf
- Alter (in Gruppen: bis 35, 36 bis 45, über 46)

## 7.1.2. Bewertungskodierung und Kausalkodierung

Im Anschluss an die Grundkodierung werden die einzelnen Karteikarten noch weiteren Kodierungsschritten unterzogen. Zuerst erfolgt die so genannte **Bewertungskodierung**. Für jeden Schlüsselbegriff jeder Karteikarte kann bei dieser Kodierung angegeben werden, ob dieser Schlüsselbegriff positiv oder negativ bewertet wurde. 7.3 zeigt die Karteikarte zur Bewertungskodierung.

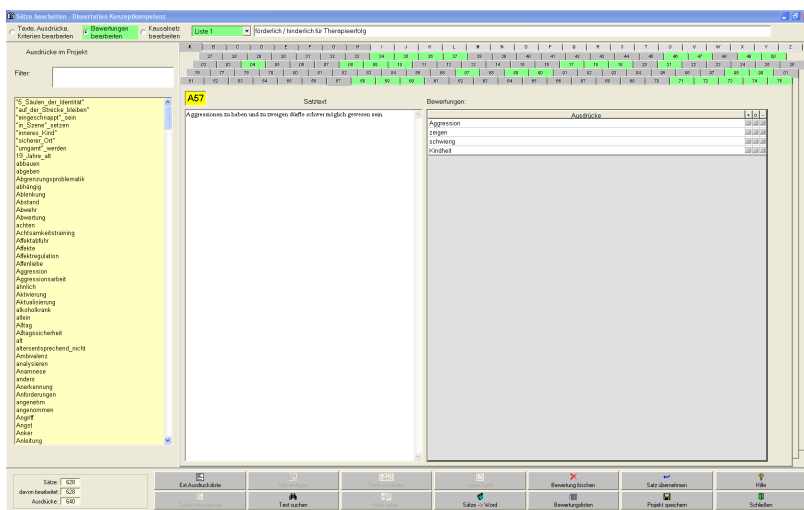


Abbildung 7.3.: WinRelan, Karteikarte bei der Bewertungskodierung

Es geht dabei nicht um eine objektive Bewertung (die auch kaum

möglich wäre), sondern um die Einschätzung der Person, die die jeweilige Fallvignette bearbeitet hat. Für dieses Projekt wurde die Bewertungskodierung unter der folgenden Leitfrage durchgeführt: Ist dieser Schlüsselbegriff aus Sicht der Verfasserin des Textes förderlich für den Therapieerfolg (positive Bewertungskodierung) oder hinderlich für den Therapieerfolg (negative Bewertungskodierung). Es ist nicht zwingend notwendig für jeden Schlüsselbegriff eine Bewertung festzuhalten, bei diesem Projekt blieben die meisten Schlüsselbegriffe ohne Bewertungskodierung (vgl. Zelger, 2002).

Im nächsten Schritt erfolgt die **Kausalkodierung**, d.h. die einzelnen Karteikarten werden hinsichtlich der Kausalzusammenhänge analysiert, die Beziehungen zwischen den kodierten Ausdrücken werden spezifiziert, im Text geäußerte Vermutungen über Kausalzusammenhänge werden markiert. Durch eine Kreuztabelle, in der alle Schlüsselbegriffe der Karteikarte angeführt sind, kann durch (+) oder (-) der positive bzw. negative Einfluss eines Begriffs auf einen anderen angezeigt werden. Dies wird in Grafik 7.4 dargestellt. Zusätzlich ermöglicht GABEK wiederum eine Bewertung dieser Zusammenhänge durch die Verwendung verschiedener Farben, diese Funktion wurde für dieses Projekt allerdings nicht genutzt (vgl. Zelger, 2002).

Sowohl die Bewertungen als auch die Kausalzusammenhänge können mit Hilfe der Bewertungsliste bzw. der Kausalliste als Tabelle dargestellt werden.

### 7.1.3. Assoziationsgraphen und Kausalnetze

Nach der Grundkodierung können so genannte Assoziationsgraphen erstellt werden. Ein Assoziationsgraph zeigt alle Begriffe auf, mit denen ein beliebig ausgewählter Begriff im kodierten Textmaterial verbunden

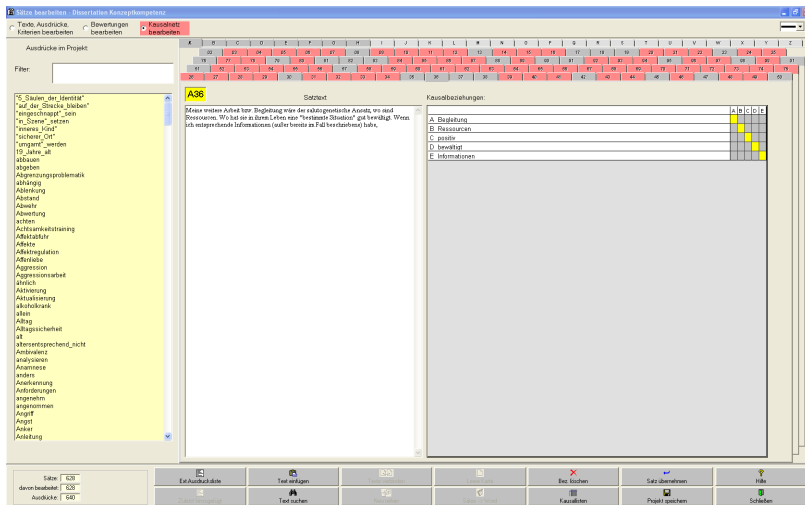


Abbildung 7.4.: WinRelan, Karteikarte bei der Kausalkodierung

ist und gibt alle Sätze an, in denen diese Verbindungen vorkommen. Für dieses Projekt von größerer Bedeutung sind allerdings die Kausalnetze. Diese basieren auf der Kausalkodierung und bilden Kausalbeziehungen ausgehend von einer beliebig ausgewählten Variable ab (vgl. Zelger, 2002).

### 7.1.4. Gestaltenbildung

„Eine sprachliche Gestalt ist eine komplexe sprachliche Einheit, bei der sich die einzelnen Sätze als Teile voneinander deutlich unterscheiden und gleichzeitig durch Knotenbegriffe stabil miteinander vernetzt sind, so daß die Textgruppe insgesamt als sinnvolle gedankliche Einheit empfunden

wird.“ (Zelger, 1999, S. 41)

Analog zu Wahrnehmungsgestalten nach Carl Stumpf, die als Beziehungsgefüge zwischen Sinnesinhalten aufgefasst werden, werden sprachliche Gestalten als Beziehungsgefüge zwischen Aussagen verstanden. Sie sind als abstrakte Struktur aufzufassen. Die sprachliche Gestalt wird analog zur Wahrnehmungsgestalt gebildet. Die Ausdrücke eines Kontexts entsprechen den Sinnesinhalten eines Komplexes, die syntaktischen und semantischen Verknüpfungen der Ausdrücke, die durch Sätze und Aussagen gegeben sind, entsprechen den Beziehungen zwischen Sinnesinhalten. Einzelne Aussagen werden als Teile der sprachlichen Gestalt aufgefasst, eine sinnvoll verknüpfte Textgruppe als Ganzes. Das Verstehen der sprachlichen Gestalt entspricht der Wahrnehmung der Wahrnehmungsgestalt. Im Folgenden werden die Grundlagen der Wahrnehmungsgestalt bzw. der sprachlichen Gestalt zusammengefasst (vgl. Zelger, 1999).

- Sowohl für die Wahrnehmung von Wahrnehmungsgestalten als auch für das Verstehen von sprachlichen Gestalten ist hinreichende Aufmerksamkeit erforderlich
- Diskursive und intuitive Stadien der Wahrnehmung bzw. des Verstehens wechseln sich ab. Diskursives Verstehen entspricht der seriellen Analyse der Aussagen nacheinander. Intuitives Verstehen entspricht der Neuformulierung, d.h. während des Verstehens werden immer wieder Aussagen formuliert, die den Inhalt der Aussagen rekonstruieren
- Gestaltwahrnehmung als auch die Rekonstruktion der syntaktisch-semantischen Beziehungsstruktur ist selektiv. Es werden nie alle Beziehungen zwischen den Begriffen erfasst

- Eine Wahrnehmungsgestalt ist eine Ganzheit, die als Beziehungsgefüge aufgefasst wird. Die sprachliche Gestalt ist eine Textgruppe, die zusammenhängend und einheitlich als Beziehungsgefüge, d.h. als Ausdrucksnetz oder Begriffsnetz dargestellt werden
- Eine Gestalt setzt eine Gliederung in Teile voraus, die Teile der Textgruppe sind Sätze bzw. Aussagen, die syntaktische und semantische Beziehungen zwischen Ausdrücken wiedergeben
- Die Wahrnehmung einer Wahrnehmungsgestalt als auch das Verstehen einer sprachlichen Gestalt im Sinne der selektiven Zusammenfassung bzw. Neuformulierung kann in einem Bewusstseinsakt geschehen
- Wahrnehmungsgestalten als auch sprachliche Gestalten setzen als Fundament gestaltetes Material voraus
- Wahrnehmungsgestalten als auch sprachliche Gestalten sind abstrakt und durch die Beziehungen zwischen den Sinnesinhalten bzw. zwischen den Ausdrücken festgelegt. Als Abstraktum sind sie „übertragbar“
- Wahrnehmungsgestalten und sprachliche Gestalten müssen sinnhaftig und verständlich sein

Sprachliche Gestalten sind in GABEK nach semantischen, syntaktischen und pragmatischen Regeln gebildete und semantisch sinnvolle Zusammenfassungen von 3 bis 9 Karteikarten, kohärente Textgruppen. Die Gestaltenbildung erfolgt rekursiv, so lange diese Regeln erfüllt werden können. Zur Erleichterung der Gestaltenbildung bietet WinRelan verschiedene Möglichkeiten der Clusteranalyse. Die so erzeugten Cluster müssen jedoch alle einzeln hinsichtlich der semantischen, syntakti-

schen und pragmatischen Regeln überprüft und gegebenenfalls verändert werden. Für jede Gestalt wird schließlich eine Zusammenfassung erstellt, die alle Schlüsselbegriffe erhält, die auf mindestens zwei Karteikarten, die in der Gestalt erfasst werden, vorkommen. Aus den so gebildeten sprachlichen Gestalten können wiederum unter Befolgung derselben Regeln Gestalten höherer Ebenen erstellt werden - die sogenannten Hyper- und HyperHyperGestalten (vgl. Buber und Kraller, 2000; Zelger, 2000a). Dadurch erhält man eine hierarchisch strukturierte Darstellung semantischer Zusammenhänge in Form des so genannten Gestaltenbaumes. Der Gestaltenbaum ordnet die Äußerungen aller Beteiligten hierarchisch. Die Inhalte an der Spitze des Gestaltenbaums sind besonders wichtig, weil es hierzu besonders viel Konsens bei den Beteiligten gibt. Die Bildung sprachlicher Gestalten bzw. des Gestaltenbaums wird in Abbildung 7.5 dargestellt.

Die Strukturierung der Daten als Gestaltenbaum, die durch eine Clusteranalyse erleichtert wird, ermöglicht einerseits eine Zusammenfassung, gleichzeitig aber auch eine detaillierte Betrachtung. Jede Ebene des Gestaltenbaums stellt die Situation als ein Ganzes dar, jedoch mit mehr oder weniger Details. Kurze Zusammenfassungen auf den höheren Ebenen werden jeweils durch Textgruppen aus den tiefer liegenden Ebenen begründet oder gerechtfertigt.





Die Ergebnisse der Clusteranalyse sind dabei nicht als Endergebnis, als „fertige“ sprachliche Gestalten zu verstehen. Vielmehr muss jede Textgruppe einzeln entsprechend den folgenden Regeln der Gestaltenbildung überprüft und gegebenenfalls verändert werden.

1. Die formale Vernetzungsregel: Die Sätze der sprachlichen Gestalt sollen über die gemeinsamen Schlüsselausdrücke eng zusammenhängen. Jeder Satz soll mehrere Ausdrücke enthalten, die auch in anderen Sätzen der Textgruppe vorkommen. Dazu wird von Zelger (1999) empfohlen, dass mindestens drei Ausdrücke jedes Satzes mindestens zweimal in der Textgruppe vorkommen und dass jeder Satz durch seine Knotenausdrücke mit mindestens zwei anderen Sätzen der Textgruppe verbunden ist.
2. Die formale Abgrenzungs- und Differenzierungsregel: Jeder Satz einer Textgruppe soll sich von jedem anderen Satz der Textgruppe hinreichend unterscheiden, jede Aussage soll Neuigkeitswert haben und eine inhaltliche Ergänzung zur Textgruppe liefern. Das heißt, die Menge der Schlüsselausdrücke eines Satzes soll nicht in der Menge der Schlüsselausdrücke eines anderen Satzes bereits enthalten sein und mindestens drei Ausdrücke eines Satzpaars sollen nicht in der Schnittmenge ihrer Ausdrucksmengen liegen.
3. Die Regel der maximalen formalen Distanz: Da eine sprachliche Gestalt als gedankliche Einheit noch bewusst erfasst werden soll, darf sie nicht zu umfangreich sein. Daher soll jeder Satz über höchstens einen weiteren Satz zu jedem weiteren Satz der Textgruppe Verbindung haben.
4. Die Regel der semantischen Demonstrierbarkeit: Für jede sprachliche Gestalt soll auch ein paradigmatisches Beispiel vorgewiesen werden können.

5. Die Regel der formalen Selektion: Da eine Textgruppe von drei bis neun Karteikarten bereits inhaltlich zu komplex ist, um sie als gedankliche Einheit zu erfassen, wird für jede Textgruppe eine schnell erfassbare Zusammenfassung (selektive Repräsentation) formuliert. Diese Zusammenfassung wird durch die in der Textgruppe mehrfach vorkommenden Schlüsselbegriffe definiert.
6. Die Regel der semantischen Implikation: Die Zusammenfassung der Textgruppe muss, wenn alle Sätze der Satzgruppe wahr sind, auch wahr sein.
7. Die Regel der pragmatischen Anwendbarkeit: Die sprachliche Gestalt soll sinnvoll sein, d.h. ein mögliches Erklärungs-, Orientierungs- oder Handlungsmuster darstellen.

Erst nach diesem (arbeitsaufwändigen) Schritt der Überprüfung und Überarbeitung von Textgruppen kann von sprachlichen Gestalten gesprochen werden (vgl. Zelger, 1999).

### 7.1.5. Relevanzanalyse

Durch die Relevanzanalyse kann erfasst werden, welche Variablen einen wesentlichen Einfluss auf das Gesamtgefüge haben, also systemisch relevant sind. Die Ausgabe der Relevanzanalyse erfolgt in der so genannten Relevanztafel, die sowohl die Informationen aus den Gewichtungen des Gestaltenbaumes, des Bewertungsprofils als auch des Wirkungsgefüges vereinigt. Mit anderen Worten sind jene Variablen besonders relevant, die bewertet wurden, viele Kausalverknüpfungen mit anderen Schlüsselbegriffen aufweisen und im Gestaltenbaum „weit oben“ sind (vgl. Buber und Kraler, 2000; Zelger, 2000a).

Eine Möglichkeit der Interpretation dieser Relevanztabellen besteht darin, Variablen, die viele andere Variablen beeinflussen als „Maßnahmen“, Variablen, die von vielen anderen Variablen beeinflusst werden als „Ziele“ und Variablen, die sowohl beeinflussen, als auch beeinflusst werden als „intervenierende Variablen“ zu interpretieren. Diese Zuordnung kann sich durch die Dynamik des therapeutischen Kontext selbstverständlich verändern, als konstant kann aber die direkte oder indirekte Relevanz der Variablen angenommen werden (vgl. Andreatta und Kraler, 2006).

## 7.2. Ergebnisse

Die Ergebnisse werden zu den jeweiligen Auswertungsschritten einzeln dargestellt und erläutert. Zuerst wird die Gesamtstatistik der Computeranalyse, die Informationen über Ausdrucksdichte, Verbindungs-dichte und Beziehungsdichte enthält, dargestellt. Anschließend wird die sprachliche Gestaltstruktur anhand der Gestaltenbäume betrachtet, sowie die Ergebnisse der Relevanzanalyse anhand der Relevanztabellen. Den Abschluss bildet eine Auswahl der Kausalnetzgrafiken der einzelnen Gruppen.

### 7.2.1. Grobanalyse des Datenmaterials

Eine erste Grobanalyse der Daten zeigt, dass die Ausbildungskandidatinnen bei der ersten Erhebung durchwegs quantitativ mehr schrieben, wie Tabelle 7.2 zeigt. Eine Ausnahme bildet hier die Gruppe der psychotherapeutischen Medizinerinnen, die bei der zweiten Erhebung geringfügig mehr schrieben. Dieser Unterschied kann allerdings damit erklärt werden, dass in dieser Gruppe die Fallvignette zu Hause be-

arbeitet wurde und nicht, wie in den anderen Gruppen, im Rahmen eines Theorieseminars. Starke quantitative Veränderungen zeigen sich bei den Ausbildungsgruppen Integrative Therapie und Integrative Gestalttherapie. Es kann nicht mehr festgestellt werden, wieviel Zeit bzw. in welchem Setting die Ersterhebung stattfand. Es ist aber anzunehmen, dass diese beiden Ausbildungsgruppen bei der ersten Bearbeitung erheblich mehr Zeit hatten bzw. mehr Zeit in Anspruch nahmen, als bei der zweiten Erhebung, bei der die Zeit auf eine halbe Stunde begrenzt war.

Gruppe	Erste Erhebung		Zweite Erhebung	
	Wörter pro TN (Durchschnitt)	Semantisch relevante Wörter pro Gruppe	Wörter pro TN (Durchschnitt)	Semantisch relevante Wörter pro Gruppe
Integrative Gestaltthera- pie	309	290	173	213
Psychodrama	278	333	263	310
Integrative Therapie	416	409	217	323
Integrative Therapie für Medizinerin- nen	243	248	250	268
Gesamt	321	637	229	547

Tabelle 7.2.: Grobanalyse des gesamten Datenmaterials

Interessant ist des Weiteren, dass nicht nur der Umfang der Bearbeitung in den Gruppen (mit Ausnahme der psychotherapeutischen Medizinerinnen) abnahm, sondern auch die Anzahl der semantisch relevanten Wörter. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu den Ergebnissen von Andreatta und Kraler (2006), die bei einer vergleichbaren Studie eine

deutliche Zunahme der semantisch relevanten Wörter beim Vergleich von Anfängerinnen und Finalistinnen beschreiben. Die Abnahme der Schlüsselbegriffe bei der zweiten Erhebung kann allerdings nicht als qualitative Verschlechterung gewertet werden. Vielmehr scheint es, als gäbe es eine stärkere Konzentration auf gemeinsame Schlüsselbegriffe, eine „gemeinsame Sprache“ der Teilnehmerinnen der einzelnen Ausbildungsgruppen.

### **7.2.2. Gesamtstatistik der Computeranalyse**

In den folgenden Tabellen werden ausgewählte statistische Daten der Analyse mit WinRelan dargestellt.

Die Tabelle 7.3 enthält die statistischen Daten für die Gruppe Integrative Therapie. Hier zeigt sich als erstes die starke quantitative Abnahme des vorliegenden Datenmaterials, die durchschnittliche Wortanzahl pro Teilnehmerin nahm in dieser Gruppe fast um die Hälfte ab. Dies zeigt sich auch in einer Abnahme der Sätze und damit auch der Gestalten. Trotzdem steigen in dieser Gruppe die Ausdrucksdichte, die Verbindungs-dichte und die Beziehungsdichte, sowohl auf Satzebene als auch auf Ebene der Gestalten und Hypergestalten. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass die Teilnehmerinnen gelernt haben, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren bzw. die wesentlichen Informationen verdichtet wiederzugeben.

	Erste Erhebung			Zweite Erhebung		
	Sätze	Gestalten	Hyper- gestalten	Sätze	Gestalten	Hyper- gestalten
Anzahl	237	30	3	126	18	2
Ausdrücke	405	107	41	323	73	33
Ausdrucks- dichte	6,2	5,6	15,0	6,8	6,1	18,0
Verbindungen	7340	134	5	2382	77	3
Verbindungs- dichte	0,26	0,31	1,67	0,30	0,50	3,00
Beziehungen	6234	117	3	1927	62	1
Beziehungs- dichte	0,22	0,27	1,00	0,24	0,41	1,00

Tabelle 7.3.: Statistische Eckdaten, Gruppe Integrative Therapie

Die Tabelle 7.4 stellt dieselben Daten für die Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen dar. Hier gibt es, im Gegensatz zur Gruppe Integrative Therapie eine Zunahme der Daten, d.h. durchschnittlich längere Antworten (vermutlich bedingt durch unterschiedliche Bearbeitungszeiten). Es zeigt sich, dass die Ausdrucksdichte ähnlich ansteigt, jedoch die Beziehungsdichte und die Verbindungsdichte auf Satzebene abnehmen, auf Ebene der Gestalten allerdings wiederum steigen, obwohl bei der zweiten Erhebung weniger Gestalten gebildet werden können.

Die Tabelle 7.5 enthält die statistischen Daten der Gruppe Integrative Gestalttherapie. Auch hier zeigt sich als erstes, dass beim zweiten Mal ein geringeres Datenmaterial vorliegt. Die Abnahme der durchschnittlichen Antwortlänge der Teilnehmerinnen von 309 auf 173 Wörter zeigt sich in der geringeren Anzahl der Sätze bei der zweiten Erhebung (70, also ca. um ein Drittel weniger Sätze als bei der ersten Erhebung). Interessant ist, dass die Ausdrucksdichte bei beiden Erhebungen gleich hoch ist, auf Ebene der Gestalten sogar bei der zweiten Erhebung

	Erste Erhebung			Zweite Erhebung		
	Sätze	Gestalten	Hyper- gestalten	Sätze	Gestalten	Hyper- gestalten
Anzahl	98	10	0	106	14	1
Ausdrücke	249	49		268	68	31
Ausdrucks- dichte	6,1	6,2		6,6	7,0	31,0
Verbindungen	1700	20		1640	57	0
Verbindungs- dichte	0,36	0,44		0,29	0,63	
Beziehungen	1478	19		1329	43	0
Beziehungs- dichte	0,31	0,42		0,24	0,47	

Tabelle 7.4.: Statistische Eckdaten, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen

	Erste Erhebung			Zweite Erhebung		
	Sätze	Gestalten	Hyper- gestalten	Sätze	Gestalten	Hyper- gestalten
Anzahl	110	13	1	70	11	2
Ausdrücke	290	67	27	213	51	30
Ausdrucks- dichte	7,0	7,8	27,0	7,0	6,5	16,5
Verbindungen	2595	73	0	1028	28	3
Verbindungs- dichte	0,43	0,94		0,43	0,51	3,00
Beziehungen	2034	50	0	772	20	1
Beziehungs- dichte	0,34	0,64		0,32	0,36	1,00

Tabelle 7.5.: Statistische Eckdaten, Gruppe Integrative Gestalttherapie

geringer ausfällt. Das selbe Phänomen zeigt sich bei der Ausdrucksdichte und der Verbindungs-dichte. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu den von Andreatta und Kraler (2006) beschriebenen Ergebnissen.



Eine mögliche Erklärung hierfür bietet der Vergleich mit den anderen Gruppen. Es zeigt sich, dass die Gruppe Integrative Gestalttherapie bereits bei der ersten Erhebung mit 7,0 die in dieser Studie höchste Ausdrucksdichte auf Ebene der Sätze hat. Es ist fraglich, ob eine Ausdrucksdichte über 7,0 erreicht werden kann, d.h. ob eine Steigerung überhaupt noch möglich ist.

In der Tabelle 7.6 sind dieselben Daten für die Gruppe Psychodrama abgebildet. Auch bei dieser Gruppe liegt bei der zweiten Erhebung ein geringeres Datenmaterial und damit verbunden eine geringere Anzahl an Sätzen vor. Die Anzahl der Gestalten nimmt aber nur geringfügig ab, die Anzahl der Hypergestalten bleibt trotz der geringeren Anzahl von Karteikarten konstant. Interessant ist, dass bei dieser Gruppe im Gegensatz zur Gruppe Integrative Gestalttherapie, die Ausdrucksdichte, die Verbindungsichte und die Beziehungsichte bei der zweiten Erhebung deutlich höher sind, als bei der ersten Erhebung. Außerdem erkennt man bei dieser Gruppe, dass obwohl die Anzahl der Gestalten abnimmt, auch auf dieser Ebene die Ausdrucksdichte, Beziehungsichte und Verbindungsichte jeweils ansteigt.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass in allen Gruppen die Ausdrucksdichte in den Sätzen ansteigt bzw. auf sehr hohem Niveau konstant bleibt. Dasselbe gilt auch für die Verbindungsichte und die Beziehungsichte, allerdings nicht in der Gruppe Integrative Psychotherapie für Medizinerinnen. Dieses Ergebnis kann damit zusammenhängen, dass diese Gruppe mehr Zeit für die Bearbeitung hatte und die Teilnehmerinnen die Fragen daher ausführlicher, weniger dicht und gestrafft, beantworteten. Grundsätzlich lässt sich aber festhalten, dass die Veränderungen der Ausdrucksdichte, der Verbindungsichte und der Beziehungsichte unabhängig der zugrunde liegenden Datenmenge zu sein

	Erste Erhebung			Zweite Erhebung		
	Sätze	Gestalten	Hyper- gestalten	Sätze	Gestalten	Hyper- gestalten
Anzahl	172	21	2	139	19	2
Ausdrücke	333	80	37	310	89	37
Ausdrucks- dichte	5,5	5,5	21,5	6,8	7,1	21,0
Verbindungen	3751	78	6	3769	125	5
Verbindungs- dichte	0,26	0,37	6,00	0,39	0,73	5,00
Beziehungen	3186	63	1	2938	89	1
Beziehungs- dichte	0,22	0,30	1,00	0,31	0,52	1,00

Tabelle 7.6.: Statistische Eckdaten, Gruppe Psychodrama

scheinen. Bei der Betrachtung der Statistiken der einzelnen Gruppen zeichnet sich allerdings auch bereits ab, dass die Datenmenge einen starken Einfluss auf die Gestaltenbildung hat. Dies wird im nächsten Abschnitt, anhand der Gestaltenbäumen, ausführlicher betrachtet.

### 7.2.3. Sprachliche Gestaltstruktur

In diesem Abschnitt werden nun die Gestaltenbäume der ersten und der zweiten Erhebung jeder einzelnen Gruppe verglichen. Da die Datenmenge der einzelnen Gruppen für eine Analyse mit *WinRelan* relativ gering ist, kann bereits das Vorhandensein von HyperGestalten als deutlicher Hinweis auf die systemische, bzw. vernetzte und semantisch wechselwirkungsrelevante Qualität der Aussagen angesehen werden (vgl. Andreatta und Kraler, 2006).

Ein Vergleich der einzelnen Ausbildungsgruppen miteinander ist nicht zulässig, da die Gestaltenbäume auf den Daten der Gesamtgruppe basieren und die Gruppengröße bzw. die Datenmenge den Gestaltenbaum

beeinflusst. GABEK bzw. WinRelan bietet keine Möglichkeit, die Gestaltenbäume um diesen „Messfehler“ zu bereinigen, die Ergebnisse werden daher für jede Gruppe einzeln betrachtet.

Die Gestaltenbäume 7.6 und 7.7 zeigen, dass bei der ersten Erhebung der Gruppe Integrative Gestalttherapie 13 Gestalten und eine Hypergestalt erstellt wurden, bei der zweiten Erhebung 11 Gestalten und 2 Hypergestalten. Da vor allem das Vorhandensein bzw. die Anzahl der Hypergestalten ein Hinweis auf die systemische, d.h. die vernetzte und semantisch wechselwirkungsrelevante Qualität der Aussagen ist, kann festgehalten werden, dass die Aussagen der Teilnehmerinnen bei der zweiten Erhebung als stärker vernetzt angesehen werden können. Wichtig ist es an dieser Stelle auch nochmals festzustellen, dass die Vernetzung zunimmt, obwohl die Antworten bei der zweiten Erhebung durchschnittlich um ein Drittel kürzer sind als bei der ersten Erhebung (vgl. Andreatta und Kraler, 2006).

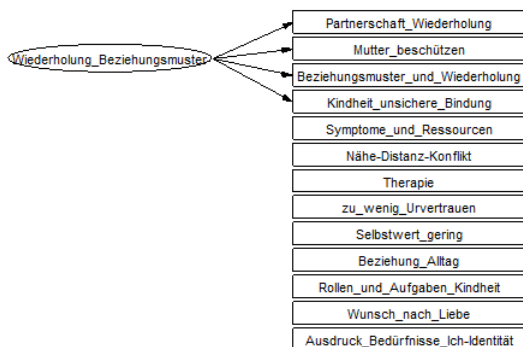


Abbildung 7.6.: Gestaltenbaum, Gruppe Integrative Gestalttherapie, erster Erhebungszeitpunkt

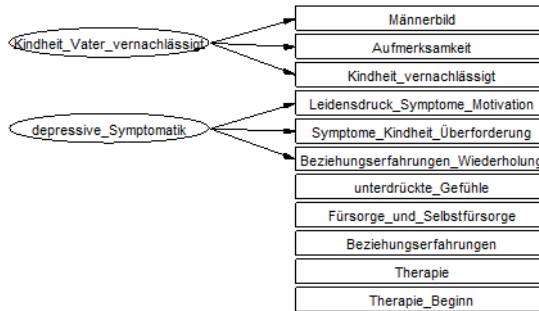


Abbildung 7.7.: Gestaltenbaum, Gruppe Integrative Gestalttherapie, zweiter Erhebungszeitpunkt

Bei der Gruppe Psychodrama zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Bei der ersten Erhebung (siehe Abbildung 7.8) konnten 21 Gestalten und zwei Hypergestalten gebildet werden, bei der zweiten Erhebung (siehe Abbildung 7.9) 19 Gestalten und 2 Hypergestalten. Die geringere Anzahl an Gestalten kann durch die durchschnittlich kürzeren Antworten bei der zweiten Erhebung begründet werden. Obwohl die Daten bei der Erhebungen die Bildung zweier Hypergestalten zulassen, zeigt sich hier ein Unterschied: bei der zweiten Erhebung können deutlich mehr Gestalten in die Bildung der Hypergestalten einbezogen werden.

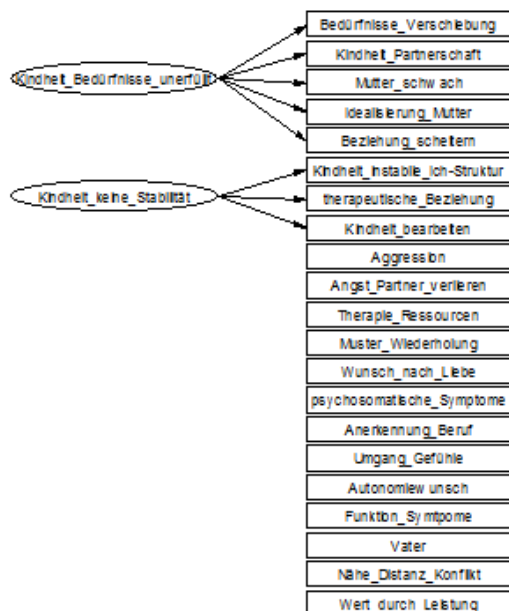


Abbildung 7.8.: Gestaltenbaum, Gruppe Psychodrama, erster Erhebungszeitpunkt

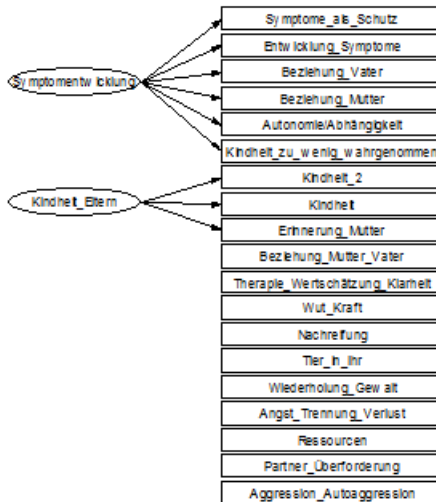


Abbildung 7.9.: Gestaltenbaum, Gruppe Psychodrama, zweiter Erhebungszeitpunkt

Bei der Gruppe Integrative Therapie entsteht ein überraschendes Bild. Beim Vergleich der sprachlichen Gestaltstrukturen der ersten und zweiten Erhebung (siehe Abbildung 7.10 und 7.11) zeigt sich, dass der Gestaltenbaum bei der zweiten Erhebung, erheblich kleiner ausfällt. Dies kann auf das geringere Datenmaterial zurückzuführen sein. Dann stellt sich allerdings die Frage, ob die Gestaltenbäume ein zuverlässiges Mittel zur Erfassung von Kompetenzveränderungen darstellen.

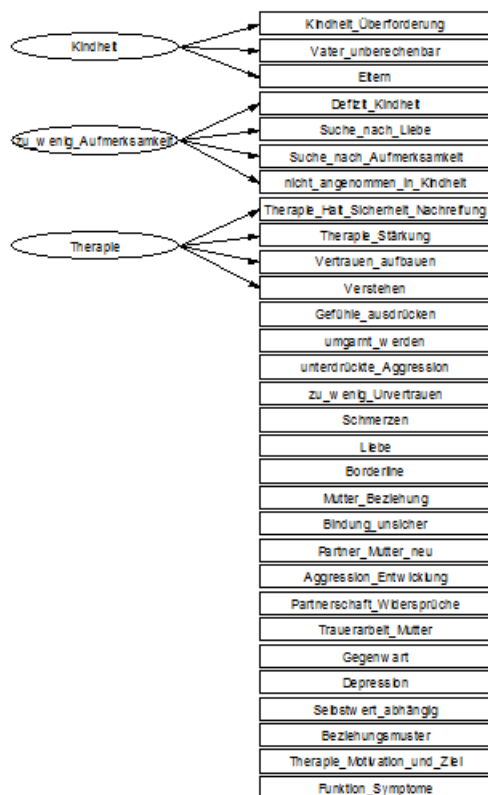


Abbildung 7.10.: Gestaltenbaum, Gruppe Integrative Therapie, erster Erhebungszeitpunkt

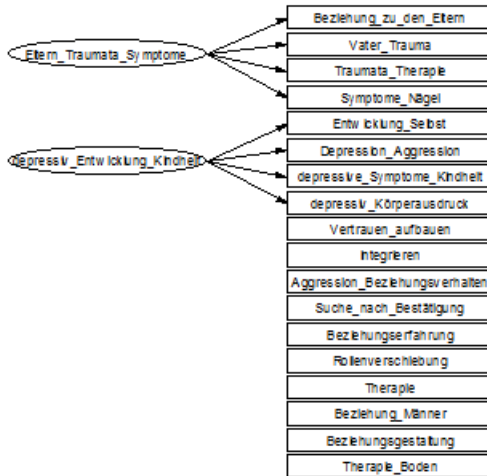


Abbildung 7.11.: Gestaltenbaum, Gruppe Integrative Therapie, zweiter Erhebungszeitpunkt

Bei der Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen kann aus den Daten der ersten Erhebung keine Hypergestalt gebildet werden, bei der zweiten Erhebung kann eine Gestalt gebildet werden. Nach Andreatta und Kraler (2006) kann dies wiederum als Zunahme der systemischen Qualität der Aussagen verstanden werden.



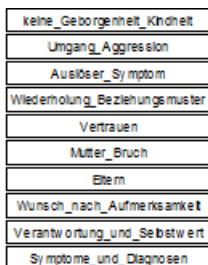


Abbildung 7.12.: Gestaltenbaum, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, erster Erhebungszeitpunkt

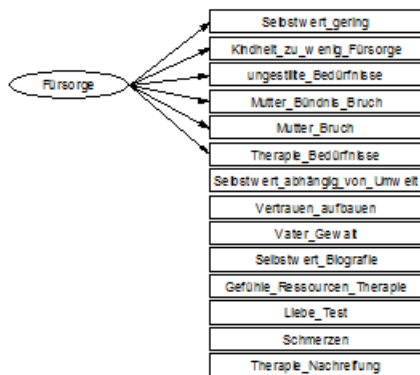


Abbildung 7.13.: Gestaltenbaum, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, zweiter Erhebungszeitpunkt

Abschließend muss festgehalten werden, dass die Gestaltenbäume bei drei der vier Gruppen auf eine höhere systemische Vernetztheit der Antworten hinweisen. Gleichzeitig ist aber fraglich, ob dies maßgeblich durch den Umfang der zugrundeliegenden Datenmenge beeinflusst wird.

#### **7.2.4. Relevanzanalyse: Ziele, Maßnahmen, intervenierende Variablen**

In diesem Abschnitt werden die Relevanztabellen der einzelnen Gruppen, geordnet nach Kausallisten, dargestellt. In Anlehnung an Andreatta und Kraler (2006) werden jene Variablen, die von anderen Variablen beeinflusst werden, als Ziele bezeichnet. Jene Variablen, die andere beeinflussen, werden als Maßnahmen bezeichnet und Variablen, die sowohl andere beeinflussen, als auch selbst beeinflusst werden, als intervenierende Variablen. Die Zuordnung einer Variable zur Kategorie „Ziel“ ist daher nicht gleichzusetzen mit „Therapieziel“, die Kategorie „Maßnahme“ ist nicht gleichbedeutend mit „therapeutische Intervention“.

Die Relevanztabellen der Gruppe Integrative Therapie (7.7 und 7.8) zeigen eine Zunahme der relevanten Begriffe und gleichzeitig eine inhaltliche Verschiebung, d.h. bei der zweiten Erhebung sind deutlich mehr relevante Begriffe der Kategorie „Intervenierende Variable“ zuzuordnen. Dies kann als Hinweis auf eine höhere zyklische Vernetztheit verstanden werden.

Ziele	Maßnahmen	Intervenierende Variablen
depressiv	Kindheit	Symptome
Entwicklung	Defizite („zu wenig“)	Beziehung
Wiederholung	Tanzen	Angst
spüren		Autoaggression
		Scheitern
		Überforderung
		beschützen
		Flucht
		Wunsch

Tabelle 7.7.: Relevanzanalyse, Gruppe Integrative Gestalttherapie, erste Erhebung

Ziele	Maßnahmen	Intervenierende Variablen
Somatisierung	Vater	Kindheit
Boden	Mutter	Defizite („zu wenig“)
Entwicklung	Therapeutische Beziehung	Symptome
		unterdrückt
		Angst
		Selbstwert_gering
		Überforderung
		schwierig
		vernachlässigt
		Wut
		umsorgen
		unsicher

Tabelle 7.8.: Relevanzanalyse, Gruppe Integrative Gestalttherapie, zweite Erhebung

Dasselbe Bild ergibt sich bei der Betrachtung der Relevanztabellen der Gruppe Psychodrama (7.9 und 7.10). Auch hier zeigt sich insgesamt eine Zunahme der relevanten Begriffe, vor allem in der Kategorie „Intervenierende Variable“.

Ziele	Maßnahmen	Intervenierende Variablen
Gefühle	Kindheit	Symptome
		Angst
		Entwicklung
		Scheitern
		Vater
		Wut
		Mutter
		Selbstbild
		Therapie
		abhängig
		Ambivalenz
		Beziehung

Tabelle 7.9.: Relevanzanalyse, Gruppe Psychodrama, erste Erhebung

Ziele	Maßnahmen	Intervenierende Variablen
Entwicklung	Vater	Symptome
Schutz	alkoholkrank	Angst
	Rollentausch	Erfahrung
		Gewalt
		Bedürfnisse
		Beziehung
		unterdrückt
		Aggression
		Kindheit
		Mutter
		Ressourcen
		Rollen
		Wut
		Wutanfälle
		Defizite („zu wenig“)
		Bindungsstörung

Tabelle 7.10.: Relevanzanalyse, Psychodrama, zweite Erhebung

Die Gruppe Integrative Therapie unterscheidet sich, wie auch bei den Gestaltbäumen wiederum von den anderen Gruppen. Hier sehen wir bei der Betrachtung der Tabellen 7.11 und 7.12 eine (geringfügige) Abnahme der relevanten Begriffe, auch in der Kategorie „Intervenierende Variable“.

<b>Ziele</b>	<b>Maßnahmen</b>	<b>Intervenierende Variablen</b>
Überforderung	Kindheit	Symptome
Beziehungsfähigkeit	Vater	depressiv
	Gewalt	Wut
	Mutter	Aggression
	Partner _ Mutter _ neu	Autoaggression
	Ressourcen	Persönlichkeitsstruktur
		Therapie
		Angst
		Nachreifung
		Urvertrauen
		Belastung
		Selbstwert _ gering
		Selbstzweifel
		unsicher
		Zuwendung
		Liebe
		Defizite („zu wenig“)

Tabelle 7.11.: Relevanzanalyse, Gruppe Integrative Therapie, erste Erhebung

Ziele	Maßnahmen	Intervenierende Variablen
Linderung	Kindheit	depressiv
	Gewalt	Symptome
		Nachreifung
		Ausdruck
		Förderung
		Ressourcen
		Traumata
		Aggression
		Angst
		Nägel
		Selbstwert _gering
		Körperausdruck
		Körperwahrnehmung
		verändern
		Wut
		Autoaggression

Tabelle 7.12.: Relevanzanalyse, Gruppe Integrative Therapie, zweite Erhebung

Bei der Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen zeigt sich wiederum eine starke Zunahme der relevanten Begriffe, insbesondere in der Kategorie „Intervenierende Variable“, wie der Vergleich der Tabellen 7.13 und 7.14 zeigt.

Ziele	Maßnahmen	Intervenierende Variablen
Enttäuschung		Symptome
		Autoaggression
		Aufmerksamkeit
		depressiv
		Selbstwert

Tabelle 7.13.: Relevanzanalyse, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, erste Erhebung

Ziele	Maßnahmen	Intervenierende Variablen
spüren	Körperarbeit	Ausdruck
Liebe	Leistung	Selbstwert_gering
	Mutter	bekommen
	Weglaufen	Symptome
	Behinderung	Vater
	Hilfe	Defizite („zu wenig“)
		Bedürfnisse
		Somatisierung
		Herzschmerzen
		ungeliebt
		Fürsorge
		Gefühle
		Verstehen
		bearbeiten
		Entspannung
		lernen
		Reaktion
		Wut

Tabelle 7.14.: Relevanzanalyse, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, zweite Erhebung

Abschließend kann festgehalten werden, dass in drei von vier Gruppen, auch bei geringerer Datenmenge, ein Anstieg der relevanten Be-

griffe festzustellen ist. Dies weist auf einen höheren Grad der kausalen Vernetzung hin. Interessant ist besonders, dass die Variablen, die sowohl Einfluss ausüben, als auch von anderen Variablen beeinflusst werden, am stärksten zunehmen. Dies bedeutet, dass mehr zyklische Zusammenhänge erkannt werden. Dies wird bei Betrachtung der Kausalgrafiken im nächsten Abschnitt verdeutlicht.

### 7.2.5. Kausalnetzgrafiken

GABEK ermöglicht die Darstellung impliziter Wechselwirkungszusammenhänge in Form von Kausalnetzgrafiken bzw. Wechselwirkungsnetzen. Im Folgenden werden nun beispielhaft Kausalnetzgrafiken der einzelnen Ausbildungsgruppen dargestellt und die Veränderungen, die sich beim Vergleich der Grafiken der Prä- und der Posterhebung zeigen, diskutiert. Ein Vergleich der einzelnen Ausbildungsgruppen miteinander ist allerdings auch hier aufgrund der unterschiedlichen Gruppengrößen nicht zulässig.

Die Auswahl der Ausgangsvariablen der Kausalnetzwerkgrafiken orientiert sich an den Ergebnissen der Relevanzanalyse. Für jede Gruppe wurden bei beiden Erhebungszeitpunkten jeweils (soweit es die Datenlage zuließ) Kausalnetzgrafiken zu den folgenden Begriffen erstellt: „Symptome“, „Therapie“, „therapeutische Beziehung“, „Nachreifung“, „Selbstwert\_gering“, „Angst“, „depressiv“, „Kindheit“, „Vater“ und „Mutter“. Pro Ausbildungsgruppe werden im Folgenden jeweils sechs ausgewählte Kausalnetzgrafiken als Beispiele dargestellt und diskutiert, da die Abbildung aller Kausalnetzgrafiken nicht im Verhältnis zum dadurch gewonnenen Erkenntnisgewinn steht.

Die Grafik 7.14 zeigt die Kausalnetze zur Variable „Symptome“ der Gruppe Intergrative Gestalttherapie zum ersten Erhebungszeitpunkt.



Die Grafik 7.15 zeigt dieselben Wechselwirkungen, allerdings nach der zirkulären Komplexitätsreduktion, d.h. die Kausalnetzgrafiken wurden auf jene Items reduziert, die über Rückkoppelungsschleifen miteinander und mit der Hauptvariable verbunden sind (vgl. Northcutt und McCoy, 2004). Dadurch ergibt sich einerseits eine Vereinfachung der Darstellung, gleichzeitig wird die Zirkularität der Kausalannahmen deutlicher. Bei den im Folgenden dargestellten Wechselwirkungsnetzen wurde jeweils diese zirkuläre Komplexitätsreduktion vorgenommen.

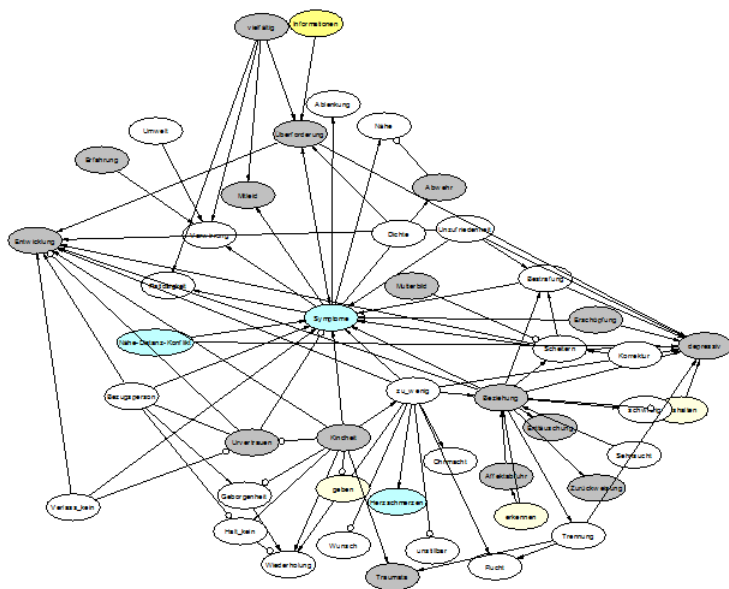
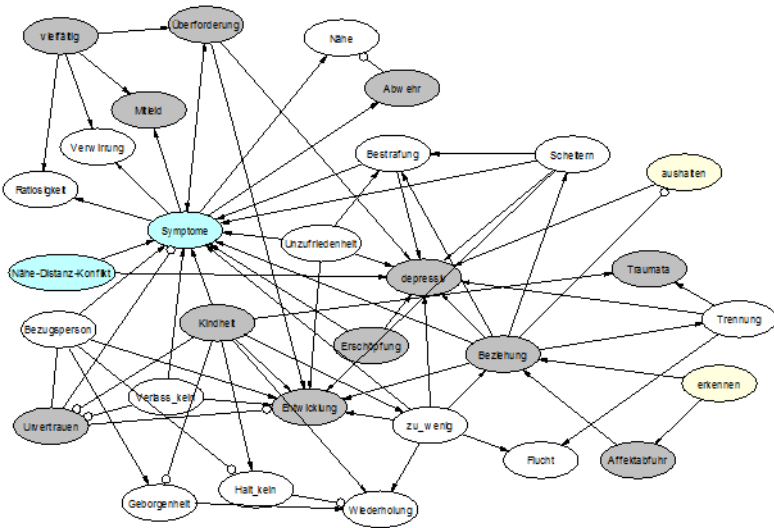


Abbildung 7.14.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung



Abbildungung 7.15.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung, Komplexitätsreduktion

### 7.2.5.1. Intergrative Gestalttherapie

Die Grafik 7.15 zeigt bereits das zirkulär komplexitätsreduzierte Wechselwirkungsgefüge zur Variable „Symptome“ der Gruppe Integrative Gestalttherapie zum ersten Erhebungszeitpunkt. Abbildung 7.16 zeigt dasselbe Wechselwirkungsgefüge, allerdings basierend auf den Daten der zweiten Erhebung. Auf den ersten Blick lassen sich nur wenig Unterschiede zwischen den zwei Darstellungen feststellen. Bei genauerer Betrachtung wird allerdings deutlich, dass die Anzahl der mit der Variable „Symptome“ verbundenen Knotenpunkte von 29 auf 35 steigt.

Auch die Dichte der Verbindungen zwischen diesen Knotenpunkten nimmt zu. Besonders interessant ist in dieser Grafik aber auch eine inhaltliche Veränderung. So beziehen sich beim ersten Erhebungszeitpunkt fünf Knotenpunkte („vielfältig“, „Überforderung“, „Mitleid“, „Verwirrung“ und „Ratlosigkeit“) auf die Gefühle der Teilnehmerinnen beim Lesen der Fallgeschichte. Die eigene Überforderung, die durch diesen Fall und die vielfältigen Symptome ausgelöst wird, ist ein zentraler Aspekt. Bei der zweiten Bearbeitung fehlt dieser Aspekt. Selbstverständlich kann daraus nicht zweifelsfrei geschlossen werden, dass die Kandidatinnen keine Selbstzweifel mehr verspüren. Es bleibt offen, ob das Gefühl der Überforderung beim zweiten Erhebungszeitpunkt weniger deutlich im Erleben der Teilnehmerinnen war, oder ob sie nur weniger davon berichteten.

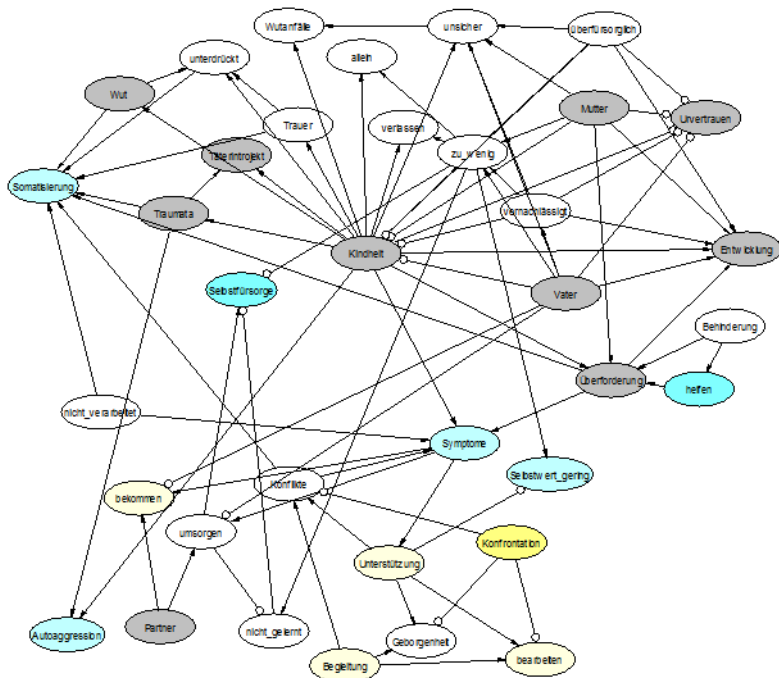


Abbildung 7.16.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

Auch bei den Abbildungen 7.17 und 7.18, sowie 7.19 und 7.20 lassen sich deutliche Unterschiede in der Komplexität beim Vergleich der ersten und der zweiten Erhebung feststellen.

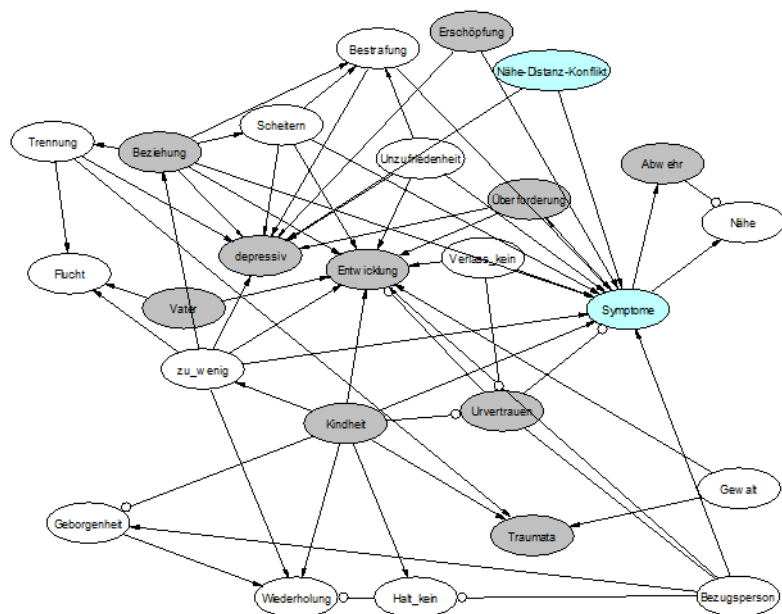
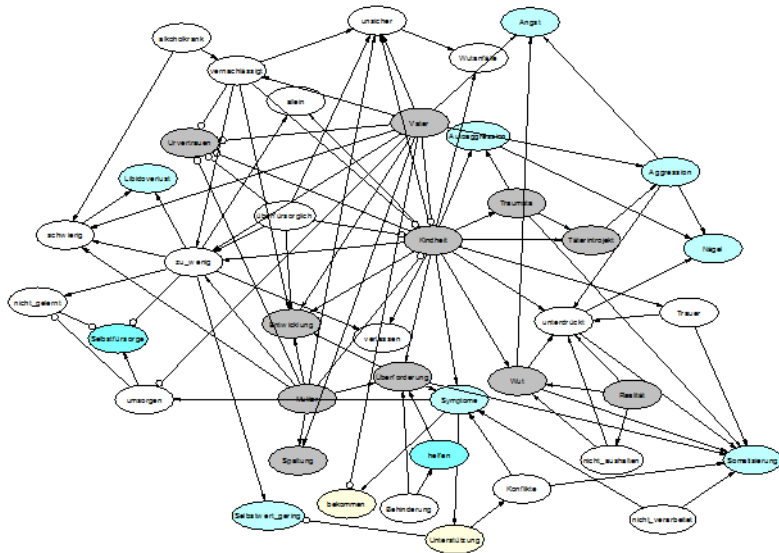


Abbildung 7.17.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Kindheit“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung



Abbildungung 7.18.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Kindheit“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

Bei der Betrachtung der beiden Abbildungen 7.19 und 7.20 zeigt sich auf den ersten Blick, dass die Komplexität beim zweiten Erhebungszeitpunkt stark zugenommen hat. Inhaltlich lassen sich durchaus Ähnlichkeiten beider Abbildungen feststellen. Bei beiden Grafiken ist die Behinderung der Mutter und die dadurch auf die Patientin übertragene Verantwortung zentrales Thema, bei der zweiten Erhebung ist dieses Bild allerdings deutlich differenzierter - obwohl die Datenmenge an sich abgenommen hat.

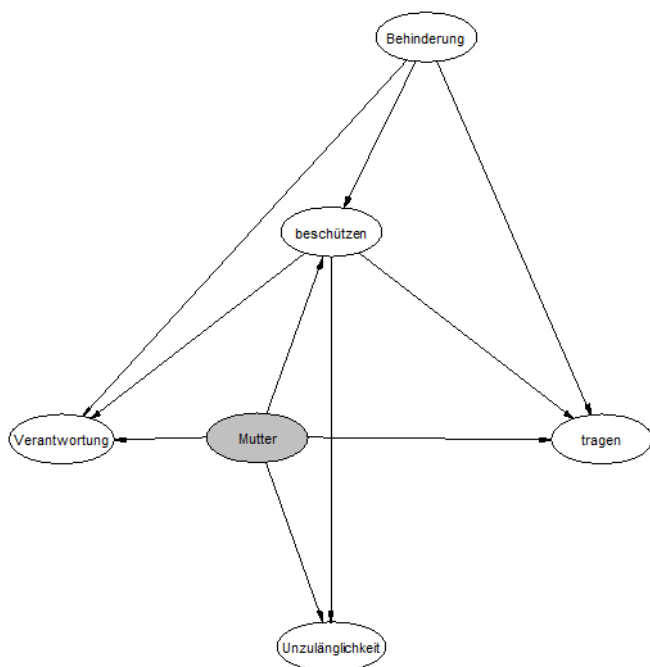


Abbildung 7.19.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Mutter“, Gruppe Integrative Gestalttherapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung





kuläre Komplexität auf. Zwar steigt die Anzahl der mit der Variable „Symptome“ zirkulär verbundenen Knotenpunkte von 59 auf 66, ebenso wie die Anzahl der Verbindungen zwischen den Knotenpunkten, die Inhalte unterscheiden sich aber kaum.

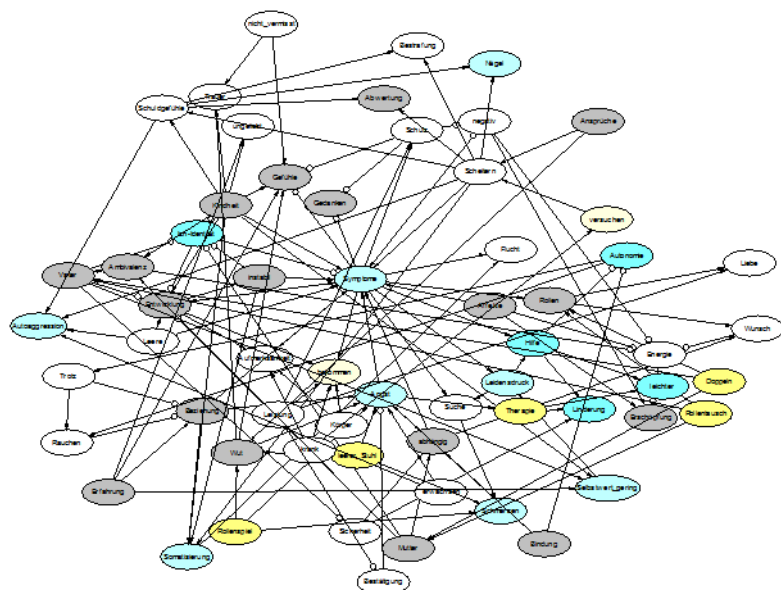


Abbildung 7.21.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Psychodrama, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung



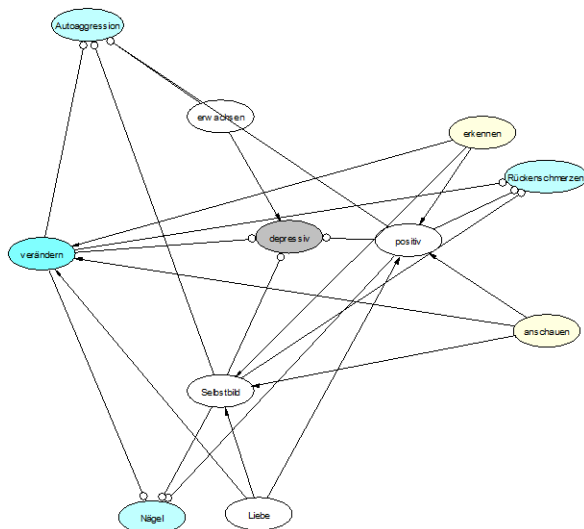
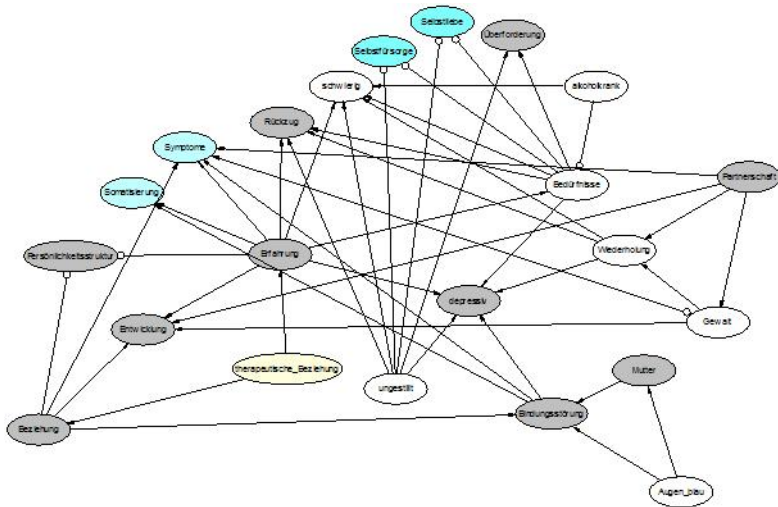


Abbildung 7.23.: Wechselwirkungsnetz zum Item „depressiv“, Gruppe Psychodrama, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

Veränderung durch die Therapie sowie eine Stärkung des Selbstbilds positiv (im Sinne von lindernd) auf die depressive Symptomatik auswirken können. In der zweiten Abbildung 7.24 hingegen werden vor allem Kausalannahmen über die Entstehung der depressiven Symptomatik dargestellt. Genannt werden dabei beispielsweise die ungestillten Bedürfnisse der Patientin, die Wiederholung negativer Beziehungserfahrungen und die Bindungsstörung, wiederum bedingt durch die negativen Beziehungserfahrungen, insbesondere mit ihrer Mutter. Es kann also festgehalten werden, dass sich in diesen beiden Abbildungen sowohl qualitative als auch quantitative Veränderungen zeigen.



Abbildungung 7.24.: Wechselwirkungsnetz zum Item „depressiv“, Gruppe Psychodrama, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

Auch die Wechselwirkungsgefüge zur Variable „Kindheit“, dargestellt in Abbildung 7.25 und 7.26, zeigen eine deutliche Zunahme der Komplexität bei ähnlichen inhaltlichen Schwerpunkten. In beiden Grafiken zeigt sich die enge Verbindung zwischen der Kindheit der Patientin und der Entwicklung der Symptomatik. Auch der Einfluss des alkoholkranken Vaters ist in beiden Kausalnetzen offensichtlich, wobei diese Zusammenhänge bei der zweiten Erhebung deutlich differenzierter sind als beim ersten Erhebungszeitpunkt.

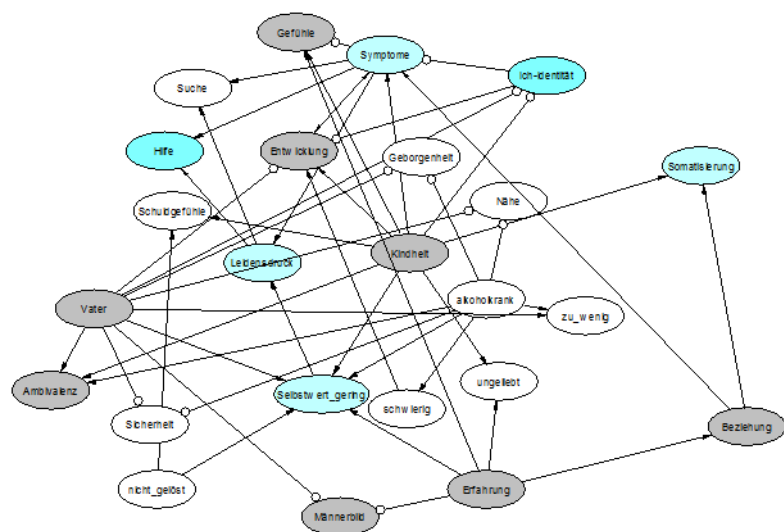


Abbildung 7.25.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Kindheit“, Gruppe Psychodrama, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

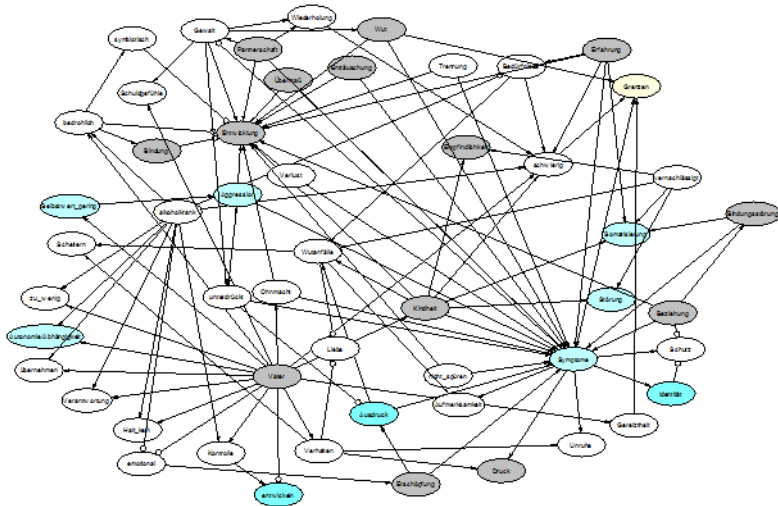


Abbildung 7.26.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Kindheit“, Gruppe Psychodrama, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

### 7.2.5.3. Integrative Therapie

Bei der Gruppe Integrative Therapie zeigt sich bei den Wechselwirkungsgefügen zur Variable „Symptome“ ein anderes Bild als bei den anderen Gruppen. Betrachtet man die beiden Grafiken 7.27 und 7.28 wird deutlich, dass bei dieser Gruppe die Komplexität abnimmt. Unklar ist allerdings, wie diese Abnahme der Komplexität zu interpretieren ist. Einerseits wäre es möglich, dass eine Art „Sättigungsgrad“ erreicht wurde, also eine höhere Komplexität keine qualitative Verbesserung mehr darstellen würde, oder, dass bei der zweiten Erhebung die Gruppe sich

auf ein gemeinsames Modell „geeignet“ hat und daher weniger Knotenpunkte im gesamten Wechselwirkungsgefüge notwendig sind.

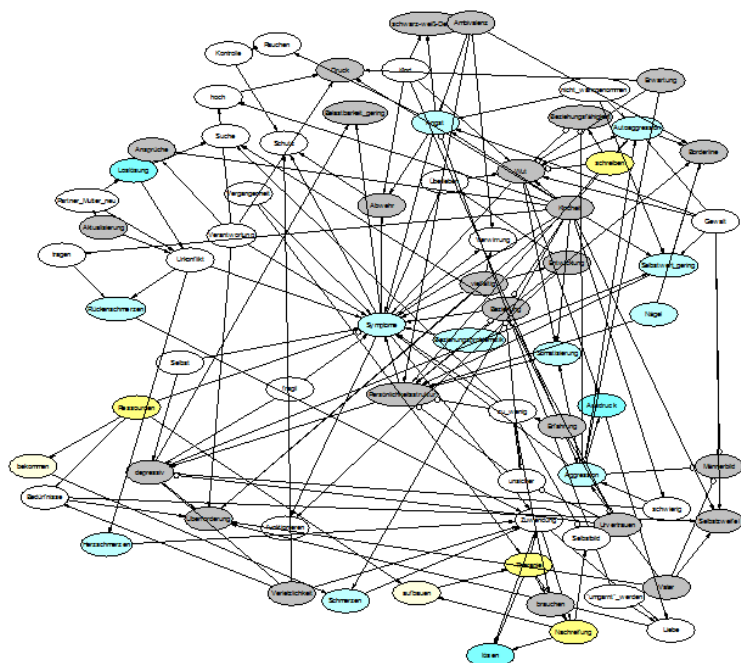


Abbildung 7.27.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Therapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

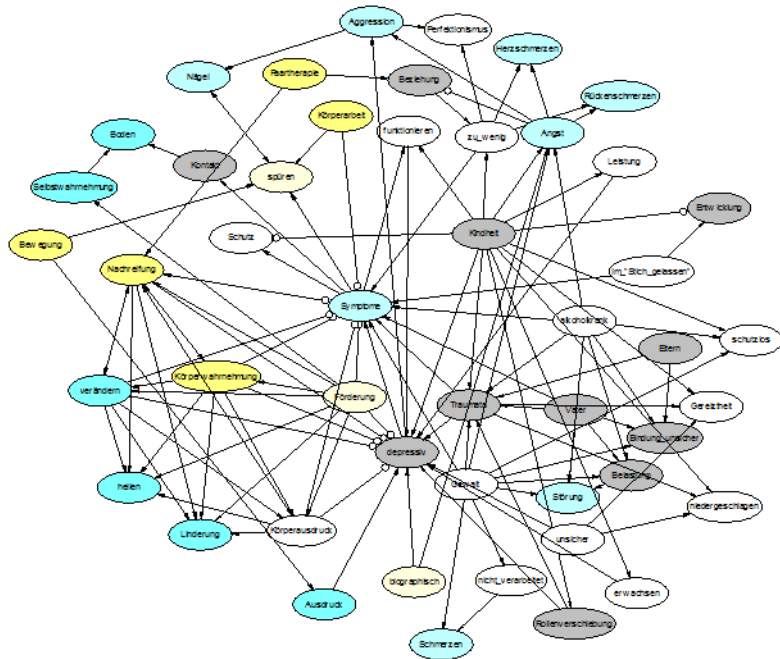


Abbildung 7.28.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Therapie, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

Bei den weiteren Variablen zeichnet sich allerdings wieder das aus den anderen Gruppen gewohnte Bild ab. Betrachtet man beispielsweise die Wechselwirkungsgefüge zur Variable „Angst“ (7.29 und 7.30), zeigt sich wiederum eine Zunahme der Komplexität beim zweiten Messzeitpunkt. Inhaltlich sind beide Grafiken ähnlich, es werden einerseits Gründe für die Entstehung von Angst, als auch Auswirkungen der Angst genannt, wobei die Kausalannahmen beim zweiten Erhebungszeitpunkt stärker





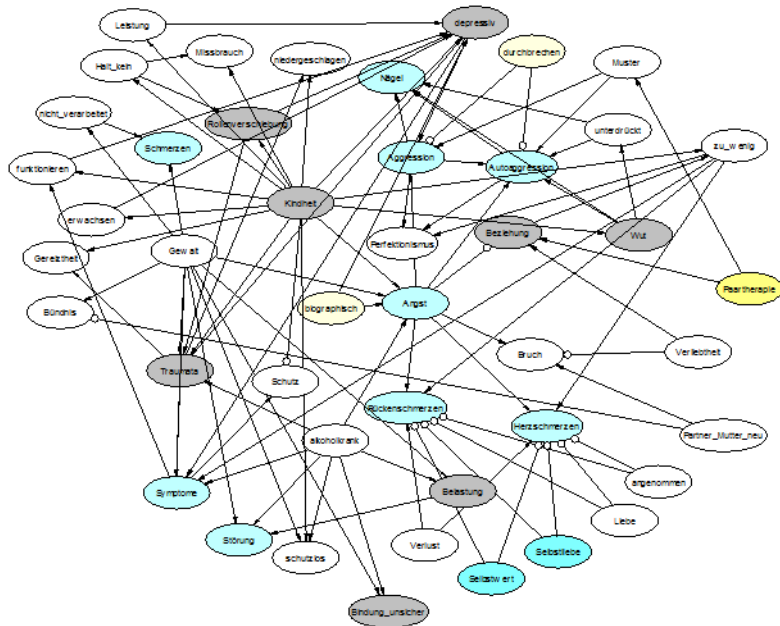


Abbildung 7.30.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Angst“, Gruppe Integrative Therapie, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

Als drittes Beispiel werden bei dieser Gruppe in den Abbildungen 7.31 und 7.32 noch die Kausalnetze der Variable „Nachreifung“ (diese umfasst Nachreifung, Nachbeelterung und Nachnähren) dargestellt, da diese Variable bei dieser Gruppe besonders relevant war (siehe Relevanzanalyse). Auch hier ist eine Zunahme der Komplexität beim zweiten Erhebungszeitpunkt deutlich. Inhaltlich lässt sich festhalten, dass beim ersten Zeitpunkt Nachreifung durch die Therapie an sich und durch Zuwendung erreicht werden soll, während beim zweiten Messzeitpunkt vor

allem Körperausdruck und Körperwahrnehmung sowie Paartherapie die Nachreifung fördern sollen.

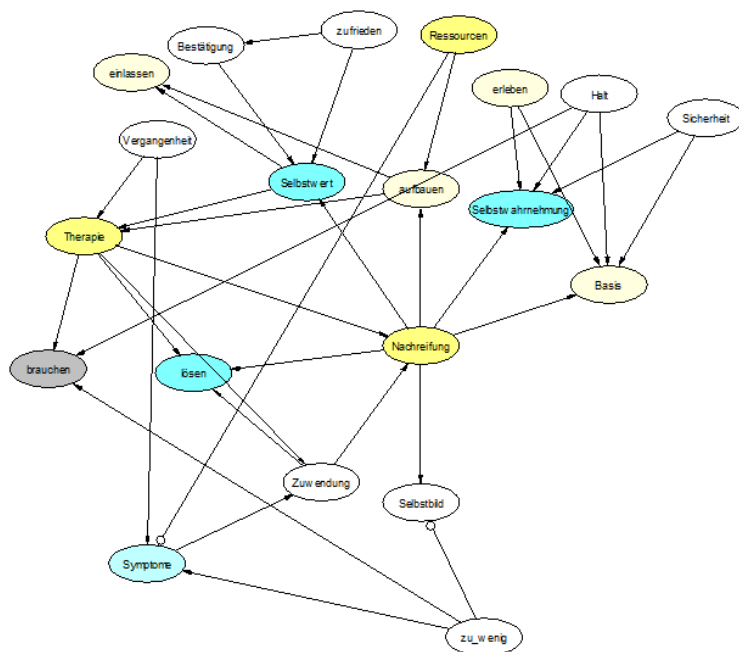


Abbildung 7.31.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Nachreifung“, Gruppe Integrative Therapie, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

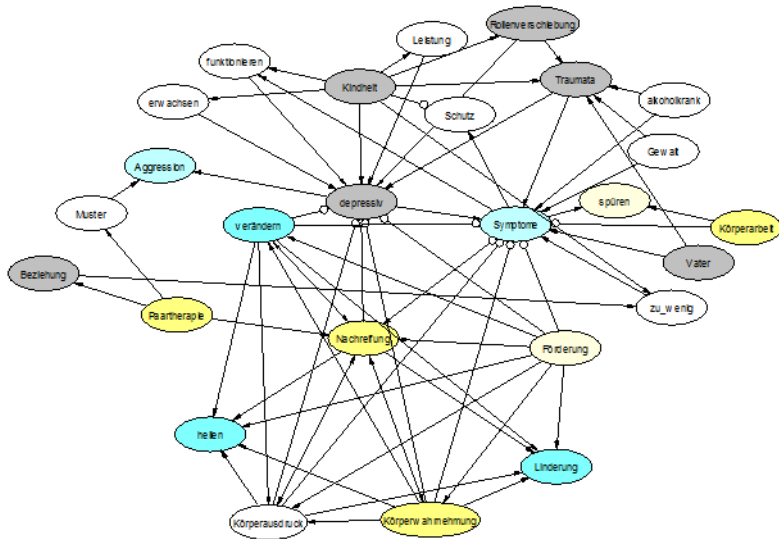


Abbildung 7.32.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Nachreifung“, Gruppe Integrative Therapie, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

#### 7.2.5.4. Integrative Therapie für Medizinerinnen

Beim Vergleich der Kausalnetze zur Variable „Symptome“ der Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen (7.33 und 7.34) kann ein deutlicher Anstieg der Komplexität festgestellt werden.

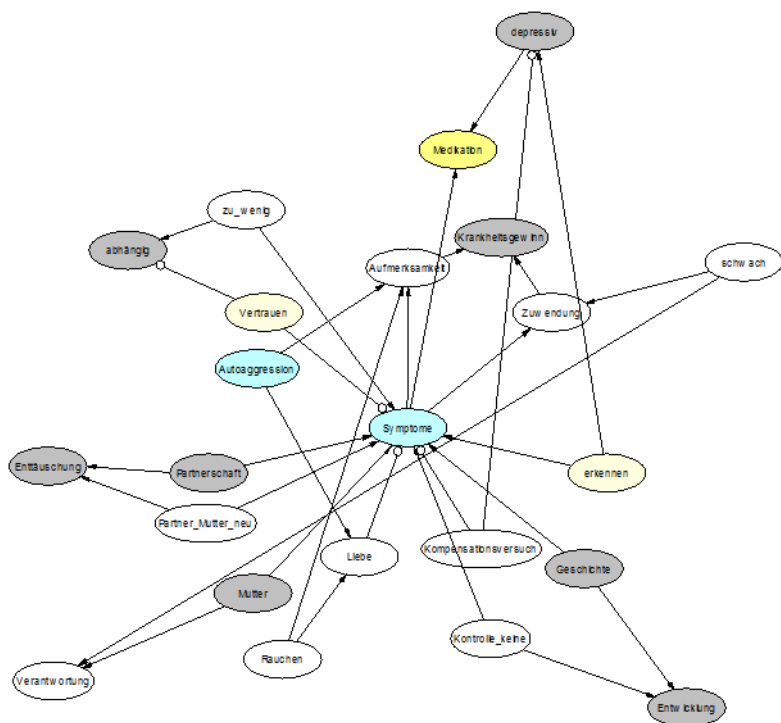


Abbildung 7.33.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

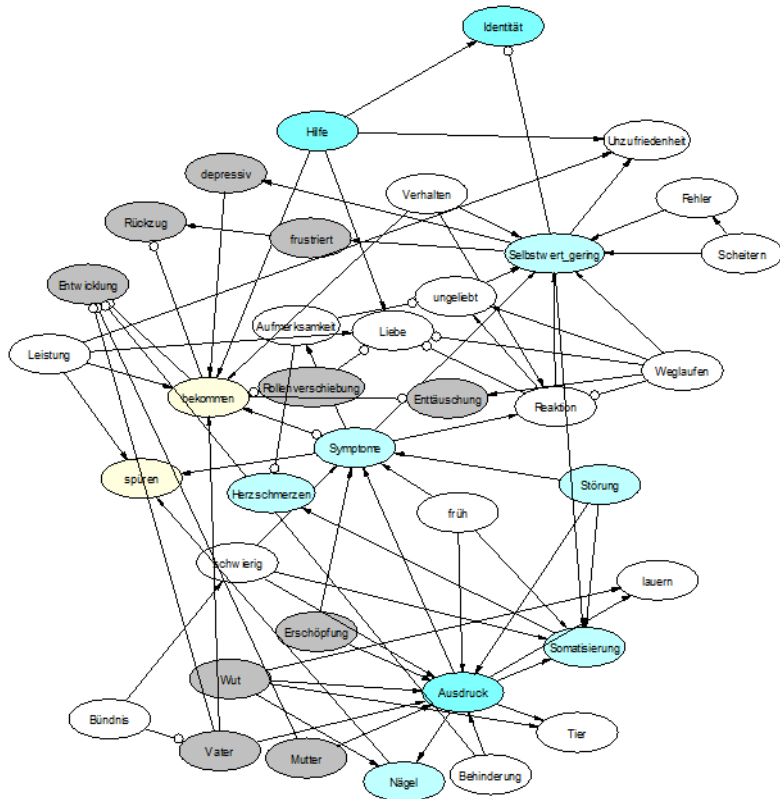


Abbildung 7.34.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Symptome“, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

Noch deutlicher wird die Komplexitätszunahme in den Bearbeitungen bei der Betrachtung des Knotenpunkts „depressiv“. Auch inhaltlich sind hier deutliche Unterschiede erkennbar.

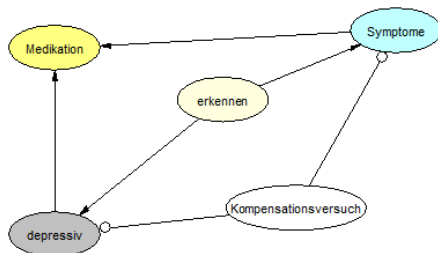


Abbildung 7.35.: Wechselwirkungsnetz zum Item „depressiv“, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

Während bei der ersten Erhebung (siehe 7.35) die Kausalannahmen noch sehr trivial waren (der Kompensationsversuch der Patientin führt zur depressiven Symptomatik, aufgrund der depressiven Symptomatik braucht sie Medikamente), sind die Kausalannahmen bei der zweiten Erhebung (siehe 7.36) deutlich komplexer. Zum einen wird die Entwicklung der Depression durch ihre Aggression erklärt, die wiederum in Zusammenhang mit ihrem Vater und unerfüllten Bedürfnissen steht. Ein weiterer Faktor, der die Entstehung der Depression fördert, ist ihr geringer Selbstwert, der wiederum durch zahlreiche Faktoren beeinflusst wird. Außerdem wird in der Grafik 7.36 die Annahme abgebildet, dass die depressiven Symptome dazu dienen, dass die Patientin etwas „bekommt“ (im Sinne von Aufmerksamkeit, Zuwendung, Umsorgtwerden).

Als letztes Beispiel der Kausalnetzgrafiken dieser Gruppe wird als das Wechselwirkungsgefüge der Variable „Mutter“ dargestellt. Auch hier zeichnet sich wieder eine quantitative als auch qualitative Veränderung ab.



Abbildung 7.36.: Wechselwirkungsnetz zum Item „depressiv“, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung



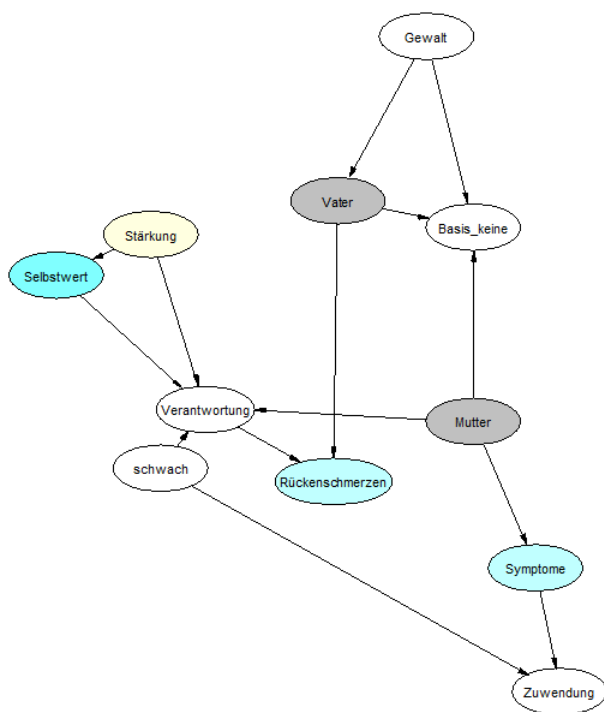


Abbildung 7.37.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Mutter“, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, erster Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

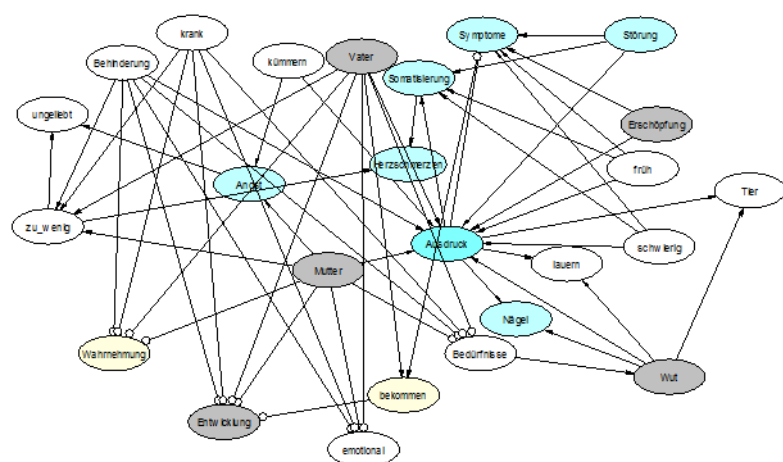


Abbildung 7.38.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Mutter“, Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen, zweiter Erhebungszeitpunkt, 2-Ebenen-Darstellung

### 7.2.6. Veränderungen auf individueller Ebene

In diesem Abschnitt wird zuerst dargestellt, inwieweit eine Analyse mit GABEK auch auf individueller Ebene eingesetzt werden kann. Dazu werden exemplarisch die Bearbeitungen der Fallvignette von drei Personen detailliert dargestellt. Im Anschluss daran werden die statistischen Eckdaten aller Teilnehmerinnen auf signifikante Unterschiede überprüft.

#### 7.2.6.1. Teilnehmerin A

##### **Teilnehmerin A, erste Erhebung**

1. Frau N hat teilweise sehr kindliche Beziehungsmuster. Ich sehe in Frau N ein pubertierendes Mädchen. Auf Seiten der Elternbeziehung empfinde ich massiv Enttäuschungen und Zurückweisungen. Ich habe das Gefühl, dass Frau N sich nie bedingungslos geliebt fühlte und auch ihre Mutter ihr keine sichere Bindung geben konnte. Der Vater spielt hierbei ebenfalls eine wichtige Rolle, die körperliche Gewalt hatte bestimmt großen Einfluss auf die Entwicklung von Beziehungen und das Selbstwertgefühl der Patientin. Frau N hat sowohl den Drang nicht dominiert zu werden, andererseits wünsche sie sich jemanden, der ihr zeige, wo es lang geht. Ich fühle viel Verzweiflung, die diese Frau quält. Außenstehende begegnen ihr eventuell mit Verständnislosigkeit.
2. Aufgrund des anscheinend nicht völlig entwickelten Selbst, benötigt die Patientin viel Aufmerksamkeit der Außenwelt. Sie wünsche sich umgarnt und umworben zu werden. Ihre Gefühle für andere sind nicht von langer Dauer. Auch in ihrer Kindheit erlebt sie das Gefühl unsicherer Bindungen. Sowohl ihre Mutter als auch ihr Vater gaben ihr nicht die Emotion einer bedingungslosen Liebe. Für die Patientin hat das selbstverletzende Verhalten eventuell die Funktion des Spannungsabbaus. Durch diese Handlung werden für sie unerträgliche Gefühle abgeschwächt.

3. Die beschriebenen Symptome haben für mich den Eindruck einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur. Dementsprechend schwierig wird sich auch die Psychotherapie gestalten, da Borderline-Patienten oft den/die Therapeut/in in den Himmel heben um ihn anschließend vom Sockel zu stoßen. Wesentlich hierbei ist eine exakte diagnostische Abklärung. Prinzipiell ist es von großer Relevanz zu Beginn der Behandlung einen Großteil am Vertrauen und Beziehungsaufbau zu arbeiten. Anschließend wären die frühkindlichen Beziehungen zu bearbeiten um hier auch mögliche Muster für heutige Beziehungen ausfindig zu machen. Wichtig ist ebenfalls das selbstverletzende Verhalten und das Körperbewusstsein zu bearbeiten und zu analysieren in welchen Situationen das kritische Verhalten auftritt.

#### **Teilnehmerin A, zweite Erhebung**

1. Mühsam, anstrengend, wenig beweglich, eher starr. Depression. Auffällige Beziehungsgestaltung (große Nähe wird rasch zur großen Distanz). Für Mutter Partnerersatz?
2. Selbstwert steht in Verbindung mit Rückmeldung, vor allem Wahrnehmung, Beachtung der Umwelt. Ihr Verhalten erinnert an eine pubertierende Jugendliche.
3. Selbstwertstärkung. Arbeit mit dem inneren Kind. Arbeit mit inneren Anteilen, welche Stärken sind. Kontaktverhalten in der therapeutischen Beziehung.

Die Gesamtstatistik der Analyse mit GABEK bzw. WinRelan, die in Tabelle 7.15 abgebildet ist, zeigt deutlich den quantitativen Unterschied (elf Sätze bei der ersten Erhebung im Gegensatz zu drei Sätzen bei der zweiten Erhebung). Die Ausdrucksdichte und die Beziehungsdichte nehmen allerdings nur geringfügig ab, die Verbindungs-dichte ist bei der zweiten Erhebung sogar höher. Die Informationen werden bei der zwei-

ten Erhebung also komprimierter, stärker verdichtet wiedergegeben.

	Erste Erhebung		Zweite Erhebung
	Sätze	Gestalten	Sätze
Anzahl	11	1	3
Ausdrücke	58	26	19
Ausdrucksdichte	7,4	26,0	7,0
Verbindungen	35	0	2
Verbindungsichte	0,64		0,67
Beziehungen	26	0	1
Beziehungsichte	0,47		0,33

Tabelle 7.15.: Statistische Eckdaten, Teilnehmerin A

Aus der Tabelle 7.15 lässt sich weiters bereits erkennen, dass bei der Fallbearbeitung der ersten Erhebung eine sprachliche Gestalt gebildet werden kann. Die sprachliche Gestalt für die erste Fallbearbeitung dieser Teilnehmerin lautet:

Beziehungsmuster\_Kindheitserfahrungen: Frau N erlebte in ihrer Kindheit weder von der Mutter noch vom gewalttätigen Vater bedingungslose Liebe. Sie ist unsicher gebunden. Dies hat ihre Beziehungsmuster geprägt, diese Beziehungsmuster sollten in der Therapie bearbeitet werden.

Bei der zweiten Bearbeitung konnte keine sprachliche Gestalt gebildet werden. Auch die Relevanzanalyse weist darauf hin, dass die Bearbeitung bei der ersten Erhebung deutlich reichhaltiger ausfällt, wie ein Vergleich der beiden Tabellen 7.16 und 7.17 zeigt.

Bei dieser Teilnehmerin konnten aus den Daten der ersten Fallbearbeitung zwei zirkularitätsreduzierte Kausalnetzgrafiken erstellt werden. Die erste Kausalnetzgrafik (siehe Abbildung 7.39) zeigt das Kausalnetz zum Knotenpunkt „Therapie“ und bezieht sich auf die erwarteten

Ziele	Maßnahmen	Intervenierende Variable
Schwierigkeiten	Autoaggression	Abwertung
Therapie	Borderline	Idealisierung
Enttäuschung	Selbstwert_gering	
Entwicklung	Beziehung	
Selbstwert	Eltern	
Zurückweisung	Gewalt	
	Vater	

Tabelle 7.16.: Relevanzanalyse, Teilnehmerin A, erste Erhebung

Ziele	Maßnahmen	Intervenierende Variable
Selbstwert	„inneres Kind“	
Stärkung	Stärken	

Tabelle 7.17.: Relevanzanalyse, Teilnehmerin A, zweite Erhebung

Schwierigkeiten in der Therapie aufgrund der vermuteten Borderline-Persönlichkeitsstruktur.

Abbildung 7.40 zeigt die Kausalnetzgrafik zu „Entwicklung“ und stellt damit das Erklärungsmodell der Symptomentwicklung dar, wobei der Vater und die Gewalterfahrungen als zentrale Einflussfaktoren angenommen werden, die sich negativ auf den Selbstwert der Patientin auswirkten.

Aus den Daten der zweiten Erhebung kann nur ein Wechselwirkungsnetz gebildet werden. Die Kausalnetzgrafik zum Knotenpunkt „Selbstwert“ (Abbildung 7.41) bezieht sich auf die therapeutische Arbeit mit der Patientin. So soll die Arbeit mit dem „Inneren Kind“ zu einer Stärkung des Selbstwerts führen.

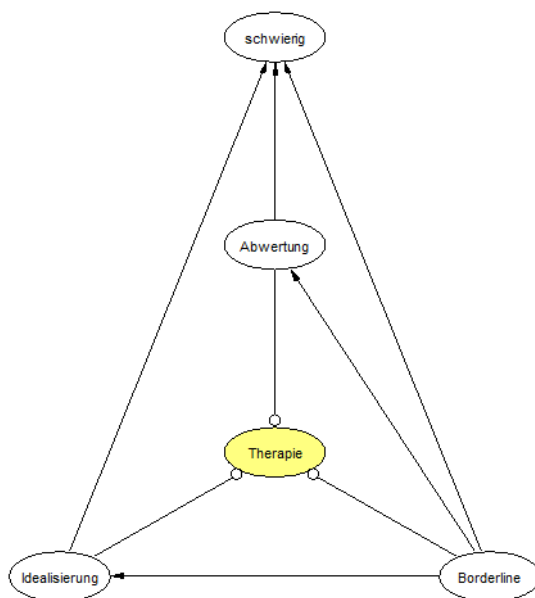


Abbildung 7.39.: Wechselwirkungsnetz zu „Therapie“, Teilnehmerin A, erste Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung

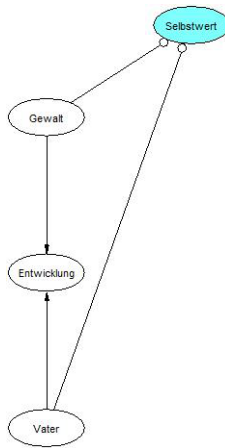


Abbildung 7.40.: Wechselwirkungsnetz zu „Entwicklung“, Teilnehmerin A, erste Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung

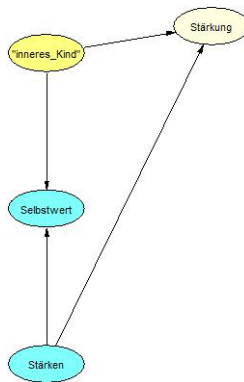


Abbildung 7.41.: Wechselwirkungsnetz zu „Selbstwert“, Teilnehmerin A, zweite Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung



Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die statistischen Daten und die Relevanzanalyse deutlich zeigen, dass die erste Fallbearbeitung qualitativ reichhaltiger und komplexer ist. Interessant ist die Betrachtung der Kausalnetzgrafiken. Hier zeigt sich eine thematische Verschiebung. Während bei der ersten Bearbeitung das Erklärungsmodell und Befürchtungen hinsichtlich möglicher Schwierigkeiten in der Therapie im Vordergrund standen, wurde bei der zweiten Bearbeitung stärker auf das therapeutische Vorgehen fokussiert.

#### 7.2.6.2. Teilnehmerin B

Auch bei Teilnehmerin B ist die zweite Bearbeitung kürzer als die erste.

##### **Teilnehmerin B, erste Erhebung**

1. Meine Assoziationen sind Traurigkeit um das Bemühen ihr Leben in den Griff zu bekommen. Sie hat als Kind keine Geborgenheit erfahren und kämpft wegen diesen Kindheitsverletzungen als Erwachsene um ihre Beziehungen und hat das Gefühl, dass sie niemand versteht und die anderen sie verletzen wollen. Sie kann sich nur in der ersten Phase der Verliebtheit halbwegs glücklich fühlen, kaum sind die ersten überschwänglichen Gefühle vorbei, dann gerät sie wieder in den Sumpf der Selbstzweifel. Meine Assoziationen sind auch Verständnis für die Partner, denen ununterbrochene Daueraufmerksamkeit zu geben nicht möglich ist.
2. Die Patientin entwickelt die Symptome aufgrund ihrer schwierigen Kindheit. Die Mutter war gehbehindert und der Vater gewalttätiger Alkoholiker. Sie konnte sich nie sicher fühlen und wurde auch nicht als Kind behandelt, sondern musste auf ihre Mutter „die ganz liebe Träumerin“ aufpassen. Die Mutter lebt in ihrer Traumwelt auch im Hinblick darauf, dass sie glaubte einen Alkoholiker ohne Hilfe heilen zu können und ist, als sie die Ausweglosigkeit ihres Verhaltens erkannte, wieder in die Traumwelt abgeglitten und hat alles ihrer Tochter überlassen. Genauer

zu erforschen wäre noch bei der Geschichte, warum der Vater durchgebrannt ist. (War er alkoholisiert? Wie sind sie zurückgekommen? Warum überhaupt durchgebrannt?) Die Bedeutung der Symptome für die Patientin ist, die Kontrolle zu behalten. Solange sie Gründe findet mit anderen „eingeschnappt“ zu sein und sie von der „bösen Welt“ draußen schlecht behandelt wird, muss sie sich nicht so stark mit sich selbst beschäftigen. Grund für die Therapie sei ja die Angst vom Partner verlassen zu werden und nicht der Wunsch sich fürsorglich zu behandeln. Langsam wird der Leidensdruck aber immer größer, weil die Symptomatik periodisch schneller eintritt und es droht ihr gesamtes Gefüge zusammenzubrechen.

3. Anfänglich würde ich versuchen die Patientin zu stützen und positive Aspekte ihres Lebens hervorholen (z.B. Arbeit) und vielleicht eine Szene mit ihrem Chef spielen, von dem sie die „Wertschätzung und Anerkennung bekommt, die sie braucht“. Ich würde sehr oft betonen, dass sie über alle Schritte immer die letzte Kontrolle hat, da sonst die Gefahr besteht, dass sie sich zurückzieht. Wenn wir genug Vertrauen aufgebaut haben, würde ich mit ihr Szenen aus ihrer Kindheit bearbeiten, die sie sich jetzt als Erwachsene anschauen und auch das Kind in ihr bedauern und auch um es trauern kann.

### **Teilnehmerin B, zweite Erhebung**

1. Als ich in ihr laure ein Tier höre, werde ich wach und interessiert, vorher war ich eher gelangweilt. Bei den himmelblauen Babyaugen der Mutter bekomme ich Beklemmungsgefühle. Die Wut, die als Kind in ihr steckt, macht mich wieder lebendig. Sie kommt um ihren Mann nicht zu verliehen. Löst Ärger aus. Sie raucht abends, um ihren Mann zu ärgern, löst Ungläubigkeit aus. Freude über ihren beruflichen Erfolg.
2. Durch das extrem nahe Verhältnis zur Mutter, die sie mit himmelblauen Babyaugen umschreibt, hat die Patientin eine Bindungsstörung entwickelt, die sich zu einer rezidivierenden Depression, Zwangsgedanken und

psychosomatische Beschwerden äußert. Durch Kinderlähmung der Mutter und Alkoholsucht des Vaters musste sie als Kind Verantwortung für Mutter übernehmen und leidet unter einem Autonomieabhängigkeitskonflikt. Sie geht in Therapie, aus Angst von ihrem zweiten Ehemann verlassen zu werden, nicht vorrangig wegen ihrer Depressionen, die ja der Grund dafür sind.

3. Als diagnostisches Instrument würde ich ein soziales Atom erstellen lassen, aus dem wahrscheinlich die enge Bindung zur Mutter und der feindselige Kontakt zum Vater hervorgeht. In weiterer Folge würde ich sehr stark an Förderung ihrer Autonomie arbeiten, um die Verlustängste, die sie zum Teil hat, mit ihr gemeinsam erarbeiten zu können. In Form von Rollenspielen, wie es bei meinem Konzept üblich ist. Besonders interessant wäre natürlich, das Tier in ihr herauszuarbeiten, um den in ihr lauernden Aggressionen einen Platz auf der Bühne zu geben und ihr damit zu neuen Ressourcen zu verhelfen.

Bei dieser Teilnehmerin konnte weder bei der ersten noch bei der zweiten Erhebung eine sprachliche Gestalt gebildet werden. Die statistischen Daten, die in Tabelle 7.18 dargestellt werden, beziehen sich daher nur auf die Ebene der Sätze. Es zeigt sich, dass bei der zweiten Erhebung die Ausdrucksdichte, die Verbindungsdichte und die Beziehungsdichte höher sind als bei der ersten Erhebung.

	Erste Erhebung	Zweite Erhebung
	Sätze	Sätze
Anzahl	18	11
Ausdrücke	75	50
Ausdrucksdichte	5,7	6,2
Verbindungen	31	25
Verbindungsichte	0,20	0,45
Beziehungen	28	19
Beziehungsichte	0,18	0,35

Tabelle 7.18.: Statistische Eckdaten, Teilnehmerin B

Die Tabellen 7.19 und 7.20 zeigen die Ergebnisse der Relevanzanalyse der beiden Bearbeitungen. Die Unterschiede zwischen den beiden Erhebungen scheinen gering zu sein und können durch die unterschiedliche Textmenge bzw. unterschiedliche Anzahl der Schlüsselbegriffe begründet sein.

<b>Ziele</b>	<b>Maßnahmen</b>	<b>Intervenierende Variable</b>
Trauer	„Inneres Kind“	beschützen
Bedauern	Anschauen	Kontrolle
Kampf	Ausweglosigkeit	Verletzung
Schwierigkeiten	betonen	Defizite („zu_wenig“)
bedrohlich	Geborgenheit	
Rückzug	Kindheit	
Selbstzweifel	Symptome	
Träumerin	Verliebtheit	

Tabelle 7.19.: Relevanzanalyse, Teilnehmerin B, erste Erhebung

Ziele	Maßnahmen	Intervenierende Variable
Autonomie/- Abhängigkeits- konflikt	Rollenspiel	Bindungsstörung
übernehmen	„auf die Bühne bringen“	Angst
Verantwortung	alkoholkrank	Mutter
Verlust	Behinderung	Autonomie
Freude	Vater	Förderung
interessant	Augen_ blau	

Tabelle 7.20.: Relevanzanalyse, Teilnehmerin B, zweite Erhebung

Die Analyse der Kausalnetzgrafiken zeigt, dass die Wechselwirkungsgefüge bei der zweiten Erhebung eine deutlich höhere Komplexität aufweisen. Bei der ersten Erhebung kann eine Kausalnetzgrafik zum Knotenpunkt „Trauer“ erstellt werden (siehe Abbildung 7.42). Dieses Wechselwirkungsgefüge zeigt die Einflussfaktoren auf die Trauer der Patientin, die in der Therapie gefördert werden soll.

Aus den Daten der zweiten Erhebung können zwei Wechselwirkungsgefüge gebildet werden. Die erste Kausalnetzgrafik zum Knotenpunkt „Autonomie“ (siehe Abbildung 7.43) beschreibt, dass die Autonomie der Patientin in der Therapie durch Rollenspiele gefördert werden kann. Dies wiederum würde sich positiv auf ihre Ängste, vor allem auf die Angst den Partner zu verlieren ausdrücken.

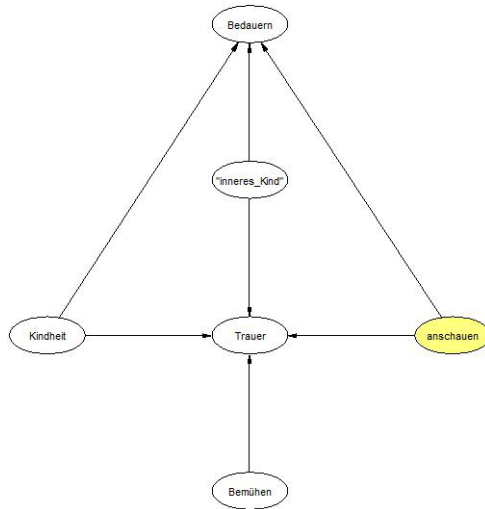


Abbildung 7.42.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Trauer“, Teilnehmerin B, erste Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung

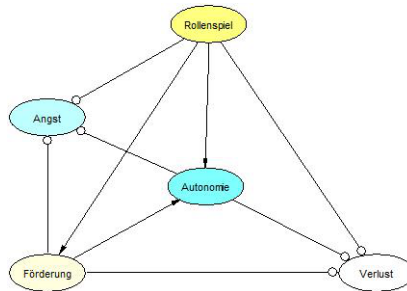


Abbildung 7.43.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Autonomie“, Teilnehmerin B, zweite Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung

Die zweite Kausalnetzgrafik 7.44 zum Knotenpunkt „Autonomie/Abhängigkeitskonflikt“ beschreibt die Entstehung dieses Konflikts durch die schwierigen Beziehungen zu den Eltern, das frühe Übernehmen von Verantwortung und die Bindungsstörung, die aus der Beziehung zur Mutter resultiert.

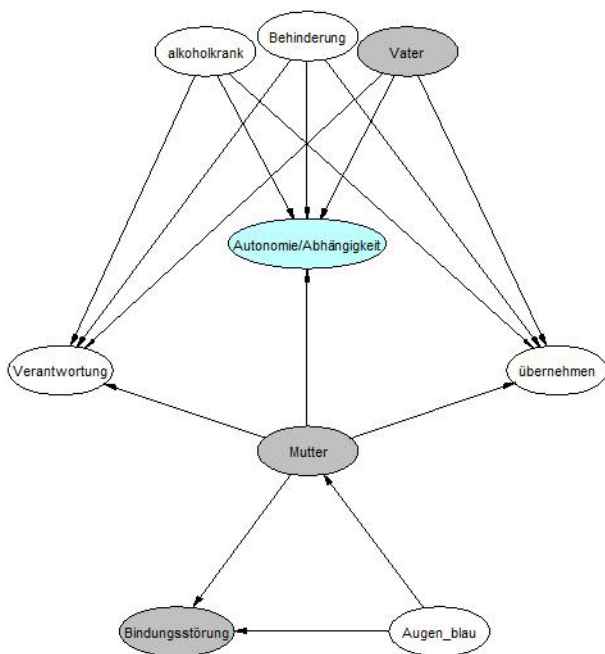


Abbildung 7.44.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Autonomie/Abhängigkeitskonflikt“, Teilnehmerin B, zweite Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die statistischen Daten (Ausdrucksdichte, Verbindungsdichte, Beziehungsdichte) darauf

hinweisen, dass die zweite Fallbearbeitung systemisch vernetzter und komplexer ist. Auch die Wechselwirkungsgefüge deuten darauf hin, dass die zweite Bearbeitung komplexer ist und dass bei der zweiten Bearbeitung sowohl ein Erklärungsmodell als auch ein Therapiemodell vorhanden ist.

### 7.2.6.3. Teilnehmerin C

#### Teilnehmerin C, erste Erhebung

1. Die Patientin konnte nie Kind sein, weil die Mutter von ihr beschützt werden musste. Vom Vater hat sie keine Stütze erfahren, weil sie ihn cholerisch und jähzornig erlebt hat und von ihm geschlagen wurde. Ein Gefühl des „Allein-gelassen-zu-sein“ macht sich breit. Stabilität, Schutz und Wärme fehlt. Hier liegt ein großes Defizit vor. Anerkennung erhält bzw. erfährt die Patientin nur durch große Taten und nicht durch ihr bloßes Dasein.
2. Die Autoaggression ist Ausdruck ihr selbst bzw. ihrem Körper gegenüber. Es ist aber auch eine Möglichkeit sich selbst spüren zu können. Dass sie bewusst des Abends raucht, obwohl ihr Mann das nicht schätzt, könnte Ausdruck dafür sein, Aufmerksamkeit zu erhalten. Das systemische Aufrufen von Kindheitserinnerungen (schöne Szenen mit der Mutter) um weinen zu können, dürfte die einzige Möglichkeit sein, angenehmes Gefühl zu erzeugen.
3. Anfangs würde ich ihr erklären, dass sie sich von der Therapie nicht erwarten darf, ein Kochrezept „wo es lang geht“ zu bekommen. Diese Erklärung deswegen, weil sie genau diese Enttäuschung schon erlebt hat, und das ist zu vermeiden. Die Patientin phantasieren lassen, was wäre, wenn sie sich wieder von ihrem Partner trennen würde. Herausarbeiten der Ambivalenz - einerseits die Angst den Partner zu verlieren, andererseits Sorge ihre Autonomie zu verlieren. Herausfinden, warum sie an schöne Szenen mit der Mutter in Erinnerung rufen muss, um weinen zu können. Warum will sie weinen?



**Teilnehmerin C, zweite Erhebung**

1. Frau A hat nicht erlebt, bedingungslos geliebt zu werden. Sie hat ein Defizit bezüglich Mannrolle. Der Vater war durch seine Alkoholkrankheit schwer einschätzbar und unstet, sodass die Stärke eines Vaters nicht gut wahrzunehmen war. Durch die Allianz mit der Mutter gegen den Vater, war es sicher noch schwerer, ein stabiles Tochter-Vater-Verhältnis aufzubauen bzw. war es unmöglich. Die Enttäuschung, nicht zurückgeholt zu werden, nachdem sie von zu Hause weggelaufen ist, hängt ihr bis heute nach. Und das Erlebnis, dass das Bündnis mit der Mutter, durch einen neuen Partner jäh unterbrochen wurde, ist nicht förderlich, für ein gesundes Selbstbewusstsein.
2. Die Symptome sind vielleicht Ausdruck für eine gewisse Erschöpfung. Sie musste schon für die behinderte Mutter sorgen, und sich vor dem trinkenden Vater in Acht nehmen, wo bleibt die Fürsorge, die ihr als Kind zugestanden ist. Sie braucht bzw. spürt sich offensichtlich nur in Extremsituationen. Die Partnerschaft läuft gut, solange das Hollywoodgefühl vorhanden ist. Ein Ausdruck von ungelebter Wut ist vielleicht das exzessive Nägelbeißen und aber auch das Gefühl, dass in ihr ein Tier lauiert. Die Rücken- und Herzschmerzen können Ausdruck dafür sein, gepflegt, betreut und behandelt zu werden (ohne Gegenleistung).
3. Ich würde anbieten, in Form von verschiedener kreativer Medien (je nach Belieben der Klientin), die Beschwerden auszudrücken. Z. B. Malen sie die Rücken- und Herzschmerzen, oder in Bewegungen ausdrücken. Zwischendurch ressourcenorientiert arbeiten. Z. B. welche Szene oder welchen Ort aus der Kindheit bereitet ihr behagliches Gefühl, evtl. mit einem sicheren Ort verknüpfen, der Stabilität geben kann. An den Selbstzweifeln arbeiten, in dem Frau A ermuntert wird, Erfolge gut Gelingen, Liebenswertes ihrer Person, festzuhalten (evtl. schriftlich) und dadurch verinnerlichen. Aber auch die Möglichkeit geben, trauern zu dürfen, Wut und Aggression zeigen zu dürfen, weil auch das wichtig ist.

Bei Teilnehmerin C zeigen die statistischen Daten, die in Tabelle 7.21 dargestellt sind, dass bei der zweiten Erhebung im Gegensatz zur ersten Erhebung eine sprachliche Gestalt gebildet werden konnte und dass die Ausdrucksdichte, die Verbindungsichte und die Beziehungsdichte bei der zweiten Fallbearbeitung höher sind.

Die sprachliche Gestalt der zweiten Fallbearbeitung lautet:

Symptome\_ fehlende\_ Fürsorge: Die Symptome, vor allem die Rücken- und Herzschmerzen können Ausdruck ihres Wunsches nach Fürsorge und ihrer Erschöpfung sein. Die Erschöpfung ist auf die fehlende Fürsorge in ihrer Kindheit, in der sie für den alkoholkranken Vater und die behinderte Mutter sorgen musste, zurückzuführen. Die Alkoholerkrankung des Vaters hat sich zudem negativ auf ihr Männerbild ausgewirkt.

	Erste Erhebung	Zweite Erhebung	
	Sätze	Sätze	Gestalten
Anzahl	11	13	1
Ausdrücke	46	65	22
Ausdrucksdichte	5,4	6,5	22,0
Verbindungen	16	29	0
Verbindungsichte	0,29	0,37	
Beziehungen	13	20	0
Beziehungsdichte	0,24	0,26	

Tabelle 7.21.: Statistische Eckdaten, Teilnehmerin C

Ein Vergleich der beiden Tabellen 7.22 und 7.23, die die Ergebnisse der Relevanzanalyse zeigen, weist ebenfalls auf eine höhere Komplexität und einen höheren Grad der Kausalität hin.

Ziele	Maßnahmen	Intervenierende Variable
Gefühle	Erinnerungen	Autoaggression
Vater	Rauchen	spüren
		weinen

Tabelle 7.22.: Relevanzanalyse, Teilnehmerin C, erste Erhebung

Ziele	Maßnahmen	Intervenierende Variable
Selbstzweifel	Bündnis	Ausdruck
lauern	Wut	bearbeiten
Nägel	unterdrückt	Vater
Stabilität	Weglaufen	Bruch
Tier	alkoholkrank	
Fürsorge	erfolgreich	
nicht spüren	ermutigen	
Selbstbewusstsein	Erschöpfung	
Spüren	Herzschmerzen	
Symptome	Partner_Mutter_neu	
umsorgen	Rückenschmerzen	
	verinnerlichen	
	Wert	

Tabelle 7.23.: Relevanzanalyse, Teilnehmerin C, zweite Erhebung

Aus den Daten der ersten Erhebung konnte bei dieser Teilnehmerin kein Wechselwirkungsgefüge gebildet werden. Bei der zweiten Fallbearbeitung können zwei Kausalnetzgrafiken erstellt werden. Die erste Kausalnetzgrafik 7.45 beschreibt einerseits, dass die Symptome auf die Erschöpfung der Patientin zurückgeführt werden können, und, dass die unterdrückte Wut der Patientin ihren Ausdruck im Nägelkauen als auch in der Schilderung des lauernden Tieres findet.

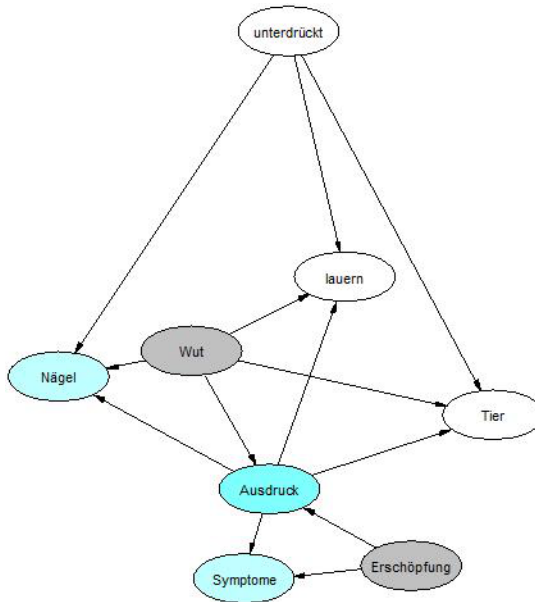


Abbildung 7.45.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Ausdruck“, Teilnehmerin C, zweite Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung

Die zweite Grafik zeigt, dass die Selbstzweifel der Patientin bearbeitet werden können, indem sie ihren eigenen Wert verinnerlicht, sie braucht Ermutigung in der Therapie.

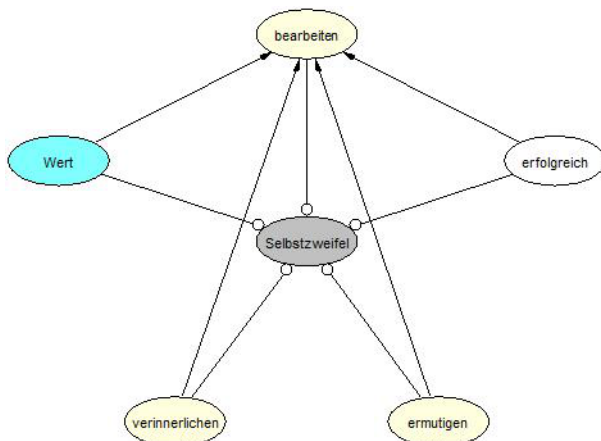


Abbildung 7.46.: Wechselwirkungsnetz zum Item „Selbstzweifel“, Teilnehmerin C, zweite Erhebung, 2-Ebenen-Darstellung

Insgesamt lässt sich festhalten, dass bei Teilnehmerin C klar gezeigt werden kann, dass die Komplexität sowie die systemische Vernetztheit bei der zweiten Fallbearbeitung deutlich höher sind als bei der ersten Bearbeitung des Falls.

#### 7.2.6.4. Statistische Analyse der individuellen Veränderungen

Zur Überprüfung ob die Veränderungen auf individueller Ebene signifikant sind, wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben basierend auf den durch WinRelan ermittelten statistischen Eckdaten durchgeführt.<sup>1</sup> Aufgrund der geringen Stichprobengröße erfolgt die Berechnung nicht für jede einzelne Ausbildungsgruppe, sondern für die gesamte Stichprobe. Die folgende Tabelle 7.24 zeigt die Ergebnisse der Gesamtgruppe.

---

<sup>1</sup>Die Berechnungen wurden mit SPSS Statistics 17.0 durchgeführt

	prä		post				
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	T	df	Signifikanz (zweiseitig)
Anzahl	14,3256	5,03190	10,2558	3,47161	4,682	42	<b>0,000</b>
Ausdrücke	62,6977	20,09446	53,4651	14,66344	2,561	42	<b>0,014</b>
Ausdrucksdichte	6,1070	0,76233	6,9000	0,64550	- 5,886	42	<b>0,000</b>
Verbindungen	41,6047	36,44248	23,9302	17,08856	2,814	42	<b>0,007</b>
Verbindungs-dichte	0,4249	0,23787	0,5265	0,32270	- 1,908	42	0,063
Beziehungen	32,3721	25,80515	18,3023	13,86420	3,083	42	<b>0,004</b>
Beziehungs-dichte	0,3270	0,16978	0,3701	0,19307	- 1,197	42	0,238

Tabelle 7.24.: T-Test bei verbundenen Stichproben, Gesamtstichprobe

Der T-Test für verbundene Stichproben zeigt signifikante Veränderungen zwischen den beiden Messzeitpunkten. Es zeigt sich, dass die Anzahl der Sätze und der Schlüsselbegriffe signifikant abnimmt, gleichzeitig die Ausdrucksdichte aber signifikant zunimmt. Dies spricht für eine stärkere Verdichtung der Information bei der zweiten Erhebung. Auch bei den Verbindungen und Beziehungen findet sich eine Abnahme der absoluten Zahlen und eine Zunahme der Dichte, diese Veränderung ist jedoch in der Gesamtgruppe nicht signifikant.

Zusätzlich wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) zur Analyse der Unterschiede zwischen den Ausbildungsgruppen durchgeführt. Als erster Schritt wurde dazu der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen gerechnet. Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Abweichungen der Varianzen, die einfaktorielle Varianzana-

lyse kann daher angewandt werden. Die Ergebnisse der Varianzanalyse sind in Tabelle 7.25 dargestellt.

		<b>Quadrat- summe</b>	<b>df</b>	<b>Mittel der Qua- drate</b>	<b>F</b>	<b>Signi- fikanz</b>
Anzahl prä	Zwischen den Gruppen	336,638	3	112,213	6,021	0,002
	Innerhalb der Gruppen	726,803	39	18,636		
	Gesamt	1063,442	42			
Ausdrücke prä	Zwischen den Gruppen	5227,623	3	1742,541	5,793	0,002
	Innerhalb der Gruppen	11731,447	39	300,806		
	Gesamt	16959,070	42			
Ausdrucks- dichte prä	Zwischen den Gruppen	9,399	3	3,133	8,141	0,000
	Innerhalb der Gruppen	15,009	39	0,385		
	Gesamt	24,408	42			
Verbin- dungen prä	Zwischen den Gruppen	7846,271	3	2615,424	2,128	0,112
	Innerhalb der Gruppen	47932,009	39	1229,026		
	Gesamt	55778,279	42			
Verbin- dungs- dichte prä	Zwischen den Gruppen	0,632	3	0,211	4,713	0,007
	Innerhalb der Gruppen	1,744	39	0,045		
	Gesamt	2,376	42			
Beziehungen prä	Zwischen den Gruppen	4615,799	3	1538,600	2,570	0,068
	Innerhalb der Gruppen	23352,248	39	598,776		
	Gesamt	27968,047	42			

Beziehungs- dichte prä	Zwischen den Gruppen	0,250	3	0,083	3,382	0,028
	Innerhalb der Gruppen	,961	39	0,025		
	Gesamt	1,211	42			
Anzahl post	Zwischen den Gruppen	101,389	3	33,796	3,256	0,032
	Innerhalb der Gruppen	404,797	39	10,379		
	Gesamt	506,186	42			
Ausdrücke post	Zwischen den Gruppen	1987,525	3	662,508	3,668	0,020
	Innerhalb der Gruppen	7043,173	39	180,594		
	Gesamt	9030,698	42			
Ausdrucks- dichte post	Zwischen den Gruppen	0,766	3	0,255	0,595	0,622
	Innerhalb der Gruppen	16,734	39	0,429		
	Gesamt	17,500	42			
Verbin- dungen post	Zwischen den Gruppen	1918,799	3	639,600	2,411	0,081
	Innerhalb der Gruppen	10345,991	39	265,282		
	Gesamt	12264,791	42			
Verbin- dungsichte post	Zwischen den Gruppen	0,746	3	0,249	2,672	0,061
	Innerhalb der Gruppen	3,628	39	0,093		
	Gesamt	4,374	42			
Beziehungen post	Zwischen den Gruppen	1305,145	3	435,048	2,507	0,073
	Innerhalb der Gruppen	6767,925	39	173,537		
	Gesamt	8073,070	42			



Beziehungs- dichte post	Zwischen den Gruppen	0,172	3	0,057	1,607	0,203
	Innerhalb der Gruppen	1,393	39	0,036		
	Gesamt	1,566	42			

Tabelle 7.25.: Einfaktorielle Varianzanalyse, Therapierichtung als unabhängige Variable

Die einfaktorielle Varianzanalyse zeigt signifikante Unterschiede zwischen den Ausbildungsgruppen bei der ersten Erhebung hinsichtlich Anzahl der Sätze, Anzahl der Schlüsselbegriffe, Ausdrucksdichte, Verbindungs-dichte und Beziehungsdichte. Am Ende der Ausbildung finden sich nur noch hinsichtlich Anzahl der Sätze und der Anzahl der Schlüsselbegriffe signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Dieses Ergebnis deutet daraufhin, dass sich die Ausbildungsgruppen hinsichtlich ihrer Fähigkeit zur Konzeptualisierung angleichen. Inwieweit die Unterschiede in den Gruppen allerdings auf die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Erhebung zurückzuführen sind ist unklar.

Im Folgenden werden auch noch die Unterschiede in den einzelnen Ausbildungsgruppen auf ihre Signifikanz hin überprüft. Da die Stichproben in den Ausbildungsgruppen allerdings sehr gering sind (9 bis 13 Teilnehmerinnen), wurde für diese Berechnung ein nicht-parametrisches Verfahren für zwei verbundene Stichproben, der Wilcoxon-Test, gewählt. Diese Ergebnisse müssen allerdings mit Vorsicht interpretiert werden, da die Erhebung in den verschiedenen Ausbildungsgruppen unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen erfolgte. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse dadurch stark beeinflusst werden. Außerdem sollte stets bedacht werden, dass es sich um sehr kleine Stichproben handelt und die Fehlerwahrscheinlichkeit der Berechnun-

gen daher hoch ist.

In der Tabelle 7.26 sind die Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Ausbildungsgruppe Psychodrama ( $N = 12$ ) zusammengefasst. Die Ergebnisse zeigen, dass sich in dieser Gruppe die Anzahl der Sätze, die Ausdrucksdichte, die Verbindungsdichte und die Beziehungsdichte signifikant verändern.

	Z	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Anzahl der Sätze	-2,006	0,045
Anzahl der Schlüsselbegriffe	-0,314	0,754
Ausdrucksdichte	-3,062	0,002
Anzahl der Verbindungen	-0,549	0,583
Verbindungsdichte	-2,984	0,003
Anzahl der Beziehungen	-0,157	0,875
Beziehungsdichte	-2,581	0,010

Tabelle 7.26.: Wilcoxon-Test, Gruppe Psychodrama

Auch in der Ausbildungsgruppe Integrative Psychotherapie ( $N = 9$ ) zeigen sich einige signifikante Veränderungen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7.27 dargestellt.

	Z	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Anzahl der Sätze	-2,255	0,024
Anzahl der Schlüsselbegriffe	-2,136	0,033
Ausdrucksdichte	-0,704	0,481
Anzahl der Verbindungen	-1,960	0,050
Verbindungsdichte	-0,892	0,373
Anzahl der Beziehungen	-2,194	0,028
Beziehungsdichte	-0,178	0,859

Tabelle 7.27.: Wilcoxon-Test, Gruppe Integrative Gestalttherapie

Bei der Gruppe Integrative Therapie ( $N = 13$ ) zeigen sich signifi-

kante Veränderungen hinsichtlich der Anzahl der Sätze, der Anzahl der Schlüsselbegriffe, der Ausdrucksdichte, der Anzahl der Verbindungen und der Anzahl der Beziehungen. Die Ergebnisse des Wilcoxon-Test sind in Tabelle 7.28 dargestellt.

	Z	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Anzahl der Sätze	-3,18	0,001
Anzahl der Schlüsselbegriffe	-2,831	0,005
Ausdrucksdichte	-2,658	0,008
Anzahl der Verbindungen	-3,059	0,002
Verbindungsichte	-0,784	0,433
Anzahl der Beziehungen	-3,077	0,002
Beziehungsichte	-,420	0,675

Tabelle 7.28.: Wilcoxon-Test, Gruppe Integrative Psychotherapie

Ein anderes Bild zeigt sich bei der Gruppe Integrative Therapie für Medizinerinnen (N = 9). Hier zeigt der Wilcoxon-Test keine signifikanten Veränderungen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7.29 dargestellt. Fraglich ist, inwieweit die unterschiedlichen Ergebnisse der Gruppen Integrative Therapie und Integrative Therapie für Medizinerinnen auf die Ausbildung zurückgeführt werden, da diese beiden Gruppen eine sehr ähnliche Ausbildung absolvieren. Es ist möglich, dass die unterschiedlichen Ergebnisse weniger durch die Ausbildung, sondern durch die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Erhebung bedingt wurden.

	Z	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Anzahl der Sätze	-0,476	0,634
Anzahl der Schlüsselbegriffe	-1,836	0,066
Ausdrucksdichte	-1,555	0,120
Anzahl der Verbindungen	-0,415	0,678
Verbindungsichte	-0,533	0,594
Anzahl der Beziehungen	-0,237	0,813
Beziehungsichte	-0,949	0,342

Tabelle 7.29.: Wilcoxon-Test, Gruppe Integrative Psychotherapie für Medizinerinnen

### 7.2.7. Zusammenfassung der mit GABEK gewonnenen Ergebnisse

Zusammenfassend kann hinsichtlich des Vergleichs auf **Gruppenebene** festgehalten werden, dass bei allen Gruppen Veränderungen festgestellt werden konnten. Bei drei der vier Gruppen zeigt die statistische Analyse einen Anstieg der Ausdrucksdichte, der Verbindungsichte und der Beziehungsichte. Die Gruppe Integrative Gestalttherapie unterscheidet sich hierbei von den anderen drei Gruppen, da diese Werte nicht zunehmen. Es muss jedoch angemerkt werden, dass diese Gruppe bereits bei der ersten Erhebung ungewöhnlich hohe Werte erreichte.

Auch die Analyse der sprachlichen Gestaltstruktur zeigt bei drei der vier Gruppen eine qualitative Verbesserung. Bei der Gruppe Integrative Therapie zeigt sich hierbei keine deutliche Veränderung, wobei angenommen werden kann, dass dies auf quantitative Unterschiede zurückzuführen ist. Die Aussagekraft des Gestaltenbaums als Mittel zur Messung der Kompetenz muss aber, zumindest auf Gruppenebene, in Frage gestellt werden. Ein ähnliches Bild zeigt die Relevanzanalyse. Bei

drei der vier Gruppen kann eine Zunahme der relevanten Begriffe festgestellt werden. Bei der Gruppe Integrative Therapie zeigt sich jedoch eine geringfügige Abnahme, die wiederum vermutlich auf quantitativen und nicht qualitativen Veränderungen beruht. Auch der Einsatz der Relevanzanalyse als Möglichkeit der Kompetenzerfassung auf Gruppenebene muss daher angezweifelt werden.

Besonders interessant ist die Analyse der Wechselwirkungsgefüge, da hiermit sowohl inhaltliche Verschiebungen als auch Veränderungen der Komplexität und systematischen Vernetztheit dargestellt werden können. Bei allen vier Gruppen konnte eine deutliche Zunahme der Vernetztheit und der Komplexität bei der zweiten Fallbearbeitung gezeigt werden.

Die **Analyse individueller Unterschiede** anhand dreier Beispiele zeigt, dass die Analyse mit GABEK hierfür eine interessante Möglichkeit darstellt, wobei wiederum die statistischen Daten und die Kausalnetzgrafiken den meisten Erkenntnisgewinn bringen. Auf individueller Ebene kann aber, im Gegensatz zur Gruppenebene, auch die Gestaltenbildung zur Erfassung der sprachlichen Kohärenz eingesetzt werden. Der Nutzen der Relevanzanalyse muss jedoch auch auf individueller Ebene als begrenzt angesehen werden.

# Kapitel 8

## Qualitative Inhaltsanalyse

### 8.1. Methodisches Vorgehen

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) stellt eine systematische, methodisch kontrollierte, schrittweise Analyse des Inhalts der zugrundeliegenden Daten anhand eines Kategoriesystems dar. Es können drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse unterschieden werden:

- Zusammenfassung: Bei diesem Vorgehen wird das Datenmaterial soweit reduziert, dass nur noch wesentliche Inhalte erhalten bleiben. Eine Sonderform der Zusammenfassung ist die „Induktive Kategorienbildung“.
- Explikation: Ziel der Explikation ist die Erläuterung einer fraglichen Textstelle durch Erweiterung mit zusätzlichem Material.
- Strukturierung: Anhand eines vor der Analyse entwickelten Ka-

tegoriensystems werden bestimmte Aspekte des Datenmaterials herausgefiltert.

In der vorliegenden Arbeit orientiert sich das Vorgehen an der Methode der Strukturierung. Das Vorgehen besteht aus 5 Schritten (vgl. Mayring, 2008, 2002):

1. Entwicklung des Kategoriensystems
2. Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien
3. Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung (die Kodierung)
4. Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen
5. Ergebnisaufbereitung

### **8.1.1. Das Kategoriensystem**

Zur Analyse der Antworten hinsichtlich des Therapiemodells wurden drei Kategorien gebildet: „schulenspezifische Interventionen“, „schulenfremde Interventionen“ und „Verweis auf allgemeine Faktoren“. Zusätzlich wurden noch die Kategorien „Symptome und Probleme“ sowie „Therapieziele“ aufgenommen. Tabelle 8.1 gibt eine Übersicht über die verwendeten Kategorien und einige Ankerbeispiele.

Die Kodierung erfolgte computergestützt (Atlas.ti 6). Jeder Code wurde pro Teilnehmerin nur einmal vergeben (d.h. wenn in einer Fallkonzeption beispielsweise mehrmals die „depressive Symptomatik“ erwähnt wurde, wurde diese nur einmal kodiert). Bei einigen Kategorien wurden im Rahmen der Kodierung weitere Subkategorien gebildet.

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiele
Interventionen	therapiespezifisch	z.B. Lebenspanorama gestalten (IT)
	schulenfremde Intervention	z.B. DBT-Skillstraining
	Verweis auf allgemeine Faktoren	z.B. Empathisches Verstehen
Symptome und Probleme		z.B. Depression
Therapieziele		z.B. Selbstwert stärken

Tabelle 8.1.: Kategorienschema inklusive ausgewählter Ankerbeispiele

## 8.2. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse nach Themen geordnet dargestellt. Den Beginn bilden die von den Teilnehmerinnen genannten Symptome und Probleme. Im Anschluss daran werden die genannten Interventionen betrachtet. Den Abschluss bildet die Analyse der von den Teilnehmerinnen genannten Therapieziele. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss wiederum bedacht werden, dass die Gruppen unterschiedlich groß waren. Ein direkter Vergleich der absoluten Zahlen ist daher nicht zulässig.

### 8.2.1. Symptome und Probleme

Hinsichtlich der Kategorie „Symptome und Probleme“ muss angemerkt werden, dass die Bearbeitung der Fallvignetten keine Aufforderung zur Erstellung einer Diagnose enthielt und daher nicht alle Kandidatinnen Symptome und Probleme nennen. Trotzdem konnten in dieser Kategorie 31 Subkategorien gebildet werden. In Tabelle 8.2 werden die am



häufigsten genannten Subkategorien dieser Kategorie und die Anzahl ihrer Häufigkeit in der gesamten Datenmenge dargestellt.

Subkategorie	Häufigkeit
Depression	45
Selbstwertproblematik	31
psychosomatische Schmerzen	27
Autoaggression, Selbstschädigung	21
Angst	16
Konflikt: Individuation vs. Abhängigkeit	11

Tabelle 8.2.: Subkategorien der Kategorie „Symptome und Probleme“

Inhaltliche Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten oder zwischen den Gruppen lassen sich hierbei nicht feststellen.

## 8.2.2. Interventionen

### 8.2.2.1. Beschreibung Kategorien

Hinsichtlich der von den Teilnehmerinnen genannten Interventionen wurden drei Subkategorien gebildet. Die erste Subkategorie **„therapie-spezifische Interventionen“** umfasst konkrete Vorschläge des therapeutischen Vorgehens wie z.B. „Ebenso ist es für die Beziehungsfähigkeit der Patientin notwendig, die aufgestaute Wut und Aggression dem gewalttätigen Vater aber auch der hilflosen Mutter gegenüber aufzuarbeiten (z.B. durch stillen Brief schreiben oder Rollenspiele).“ (IT9) oder „Ich würde die Patientin ihr Leben mit kreativen Medien z.B. Papier / Ölkreiden darstellen lassen.“ (MED5). Nicht in diese Subkategorie aufgenommen wurden Äußerungen, die sich auf „allgemeine“ Elemente der Psychotherapie beziehen, wie z.B. „Ich würde eine stabile, haltende und

ausreichend stützende Beziehung anbieten, in der die Klientin Vertrauen aufbauen kann.“ (PD4). Diese wurden der Subkategorie **„Verweis auf allgemeine Wirkfaktoren“** zugeordnet. In dieser Subkategorie konnten insgesamt 12 Unterkategorien gebildet werden. Diese sind in Tabelle 8.3 und die Anzahl ihrer Häufigkeit in der gesamten Datenmenge dargestellt.

Subkategorie	Häufigkeit
Ressourcenorientiertes Arbeiten	35
therapeutische Beziehung	28
Vertrauen aufbauen	23
Nachbeelterung	17
Wertschätzung	10
Stabilisierung	9
Klarheit, Struktur	7
Ziele definieren	7
Sicherheit	7
Akzeptanz	4
Empathie	3
Katharsis	2

Tabelle 8.3.: Subkategorien der Kategorie „Verweis auf allgemeine Faktoren“

Die dritte Subkategorie umfasst **„therapieschulenfremde Interventionen“**, also konkrete Interventionen anderer Therapieschulen oder den Vorschlag, die Patientin an eine andere therapeutische Richtung weiter zu verweisen.

Bei der Kodierung wurden schließlich noch eine weitere Subkategorie gebildet: Medikation bzw. Überweisung an einen Facharzt für Psychiatrie.

### 8.2.2.2. Ergebnisse der Kategorie „Interventionen“

Als erstes lässt sich festhalten, dass bei der zweiten Erhebung weniger therapiefremde Interventionen genannt wurden, als bei der ersten Erhebung (wenngleich auch bei der ersten Erhebung nur wenige therapiefremde Interventionen genannt wurden) und dass mehr konkrete Interventionen vorgeschlagen wurden. Besonders stark ist die Zunahme der Nennung konkreter therapeutischer Interventionen bei den Gruppen Integrative Therapie für Medizinerinnen (MED) und Psychodrama (PD), während sich bei den Gruppen Integrative Gestalttherapie (IG) und Integrative Therapie (IT) kaum Veränderungen hinsichtlich der Nennung konkreter Interventionen zeigen. Bei der Gruppe Integrative Gestalttherapie (IG) zeigt sich allerdings eine Veränderung hinsichtlich der therapiefremden Interventionen. Gab es bei der erste Erhebung hier noch drei Nennungen, so konnte bei der zweiten Erhebung dieser Code bei dieser Gruppe nie vergeben werden. Tabelle 8.4 zeigt die Verteilung für die einzelnen Therapiegruppen.

	Erste Erhebung				Zweite Erhebung			
	IG	IT	MED	PD	IG	IT	MED	PD
konkrete Intervention	2	10	5	11	1	11	23	17
therapiefremde Intervention	3	2	3	0	0	2	2	0

Tabelle 8.4.: Verteilung Subkategorie „konkrete Intervention“ und „therapiefremde Intervention“

Auch hinsichtlich der Subkategorien „Verweis auf allgemeine Faktoren“ und „Medikation bzw. Überweisung an Facharzt für Psychiatrie“ lassen sich nur minimale Veränderungen finden. Wie Tabelle 8.5 zeigt, werden bei der zweiten Erhebung in allen Gruppen mehr Codes der

Subkategorie „Verweis auf allgemeine Faktoren“ vergeben. Besonders interessant ist dies, wenn man bedenkt, dass die Antworten bei der zweiten Erhebung durchwegs kürzer ausfielen.

	Erste Erhebung				Zweite Erhebung			
	IG	IT	MED	PD	IG	IT	MED	PD
Ressourcen-orientierung	2	7	1	4	1	9	4	7
therapeutische Beziehung	2	4	1	4	5	6	2	4
Nachbeelterung	0	6	0	0	1	1	4	5
Stabilisierung	0	2	0	0	1	3	1	2
Sicherheit	1	1	0	0	1	3	1	2
Medikation	2	0	1	1	1	0	1	1

Tabelle 8.5.: Subkategorie „Verweis auf allgemeine Faktoren“ (Auswahl) und „Medikation bzw. Facharzt“

### 8.2.3. Therapieziele

Die Kategorie „Therapieziele“ umfasst alle im Zusammenhang mit der Therapie genannten Ziele. Diese Kategorie ist ein wichtiger Bestandteil dieser Auswertung, da die angehenden Therapeutinnen häufig keine Interventionen, sondern das zu erreichende Ziel nannten. Insgesamt konnten in dieser Kategorie 28 Subkategorien kodiert werden. 19 dieser Subkategorien wurden jedoch von weniger als 5 Teilnehmerinnen genannt und werden daher in dieser Analyse nicht berücksichtigt. Die restlichen 9 Subkategorien werden in Tabelle 8.6 dargestellt.

Bei den Therapiezielen zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen. Zum einen werden einige dieser Ziele bei der zweiten Erhebung (zu-

	Erste Erhebung				Zweite Erhebung			
	IG	IT	MED	PD	IG	IT	MED	PD
Wahrnehmung und Ausdruck der eigenen Gefühle fördern	2	1	2	3	3	2	5	3
Selbstwert stärken	1	7	3	1	1	4	1	0
(Beziehungs-)Muster erkennen und lösen	3	5	1	1	2	4	0	0
Selbstwahrnehmung fördern	2	2	0	2	1	5	2	1
konstruktiver Umgang mit Aggression	1	1	1	1	1	1	1	4
Beziehungsfähigkeit fördern	1	3	0	1	0	4	0	1
Stärkung der Identität	1	1	0	2	0	4	1	0
Selbstliebe	0	2	1	2	0	0	0	3
Männerbild/- Frauenbild klären	1	1	0	1	1	1	0	0

Tabelle 8.6.: Subkategorie „Therapieziele“

mindest in einigen Gruppen) häufiger genannt (beispielsweise die Förderung der Selbstwahrnehmung). Andere Therapieziele, wie beispielsweise die Stärkung des Selbstwerts hingegen, werden bei der zweiten Erhebung seltener genannt. Dies kann damit zusammenhängen, dass bei der zweiten Erhebung mehr konkrete Interventionen und damit verbundene Ziele genannt wurden, während bei der ersten Erhebung „Selbstwertstärkung“, ohne genauere Angabe, wie dies geschehen könne, als zentrales Ziel angegeben wurde. Die Unterschiede zwischen den beiden Erhebungen, als auch zwischen den unterschiedlichen Therapierichtungen, sind allerdings gering.

#### 8.2.4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt kann festgehalten werden, dass in allen Gruppen bei der zweiten Erhebung deutlich mehr Interventionen (sowohl konkrete therapiespezifische Interventionen als auch Verweise auf allgemeine Faktoren) kodiert werden konnten. Betrachtet man nun dieses Ergebnis vor der Tatsache, dass bei der zweiten Erhebung deutlich kürzere Antworten gegeben wurden, lässt sich dies als Hinweis darauf deuten, dass das Therapiemodell der Teilnehmerinnen bei der zweiten Erhebung deutlich komplexer, umfassender und ausführlicher ist, als bei der ersten Erhebung. Hinsichtlich der Therapieziele können zwischen den Gruppen als auch zwischen den Erhebungszeitpunkten nur geringfügige Unterschiede festgestellt werden.



## Teil III

# Diskussion und Schlussfolgerungen





## Kapitel 9

# Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Sowohl die Analyse der Fallkonzeptionen mit GABEK bzw. WinRelan als auch anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) zeigen eine qualitative als auch quantitative Veränderung. Mit Hilfe der Analyse der Fallkonzeptionen der Ausbildungsgruppen mit GABEK konnte gezeigt werden, dass das Erklärungsmodell der Ausbildungskandidatinnen bei der zweiten Erhebung deutlich an Komplexität zunahm. Die statistischen Eckdaten, die Analyse der sprachlichen Gestaltstruktur und insbesondere die Kausalnetzgrafiken weisen darauf hin, dass die Komplexität sowie die systemische Vernetztheit der Antworten zugenommen hat, obwohl die Fallkonzeption bei der zweiten Erhebung durchwegs kürzer sind. Mit anderen Worten sind die Fallbearbeitungen bei der zweiten Erhebung sprachlich kohärenter, zusammenhängender und integrativer, sie weisen einen höheren Vernetzungsgrad der einzel-

nen Elemente auf.

Die Relevanzanalyse lieferte weniger eindeutige Ergebnisse auf Gruppenebene. Das Ergebnis von Andreatta und Kraler (2006), dass Finalistinnen den Ergebnissen der Relevanzanalyse zufolge, auf verschiedenen Ebenen reichhaltiger und tiefer ausdifferenzieren, konnte in dieser Studie nicht belegt werden. Die Relevanzanalyse scheint, zumindest auf Gruppenebene, stark von der quantitativen Datenmenge beeinflusst zu werden. Ein anderes Bild ergibt sich allerdings auf individueller Ebene. Hier kann die Relevanzanalyse beim Vergleich zweier Fallkonzeptionen derselben Person interessante Einblicke geben.

Auch die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse weisen auf qualitative Unterschiede zwischen den Fallkonzeptionen der ersten und der zweiten Erhebung hin. So konnte gezeigt werden, dass bei der zweiten Erhebung deutlich mehr konkrete Interventionen genannt wurden. Positiv fällt daran auf, dass es sich dabei (fast) ausschließlich um Interventionen der eigenen therapeutischen Richtung handelt. Die Ausbildungskandidatinnen identifizieren sich mit ihrer eigenen Ausbildungsrichtung und den darin üblichen therapeutischen Interventionen. Insbesondere in Anbetracht der Bedeutung der „allegiance“ als allgemeiner Wirkfaktor (siehe dazu Kapitel 3.7) für den Therapieerfolg, ist diese Entwicklung als positiv einzustufen. Die Allegiance steht außerdem, so Kahl-Popp (2007) wiederum in Verbindung mit der konzeptionellen Kompetenz der Therapeutin.

Es kann also gezeigt werden, dass die Psychotherapieausbildung zu einer Veränderung der konzeptionellen Kompetenz der Teilnehmerinnen führt bzw. führen kann. Der Vergleich des Ausmaßes der Veränderung auf Gruppenebene ist nicht zulässig. Auf individueller Ebene zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Ausbildungskandidatinnen, wie die in Kapitel 7.2.6 dargestellten Beispiele zeigen. Zum Einen kön-

nen derartige Unterschiede auf „Messfehler“, wie die unterschiedlichen Rahmenbedingungen oder auch eine unterschiedliche Teilnahmemotivation, zurückzuführen sein. Doch die Ergebnisse legen nahe, dass interindividuelle Unterschiede, die über diese „Messfehler“ hinausgehen, in der Entwicklung der konzeptionellen Kompetenz bestehen.

Eine mögliche Erklärung dieser Unterschiede besteht in der Annahme, dass die Ausbildungskandidatinnen bereits vor der Ausbildung unterschiedliche Fähigkeiten und unterschiedliches Entwicklungspotenzial mitbringen. Aus der Lehr- und Lernforschung weiß man, dass Personen, die bereits über Grundkenntnisse verfügen, sich leichter neues Wissen aneignen können, da sie die neuen Informationen in eine bestehende Struktur integrieren können (vgl. Lind und Sandmann, 2003). Zieht man die Schlussfolgerung, dass die unterschiedliche Entwicklung der Ausbildungskandidatinnen ausschließlich durch ihre unterschiedlichen Fähigkeiten und Vorkenntnisse begründet ist, muss dies zu Überlegungen führen, wie die Auswahlkriterien für die Ausbildung zur Psychotherapeutin verbessert werden können, um möglichst nur noch die Kandidatinnen zur Ausbildung zuzulassen, die ein entsprechendes Entwicklungspotenzial haben bzw. nur noch möglichst wenig Förderung brauchen. Dass dies keine neue Überlegung ist, zeigt das folgende Zitat von Blomfeld aus dem Jahr 1985 (S. 104 zitiert nach Target, 2003, S. 202): „Während der Diskussionen an Ausbildungstreffen scheint manchmal in den Hintergrunderwartungen mitzuschwingen, dass Studenten eigentlich von Anfang an „Analytiker“ sein sollen, ganz so, als ob es einen heimlichen Verdacht gäbe, die Ausbildung könne sowieso nichts bewirken, also am besten mit jemandem anfangen, der sie nicht braucht!“

Die Kriterien zur Zulassung zur Ausbildung sind ein heikles Thema, denn einerseits sollen ja die „Besten“ zugelassen werden, gleichzeitig sind die Ausbildungsinstitutionen zum Teil darauf angewiesen, ausrei-

chend viele Kandidatinnen zu haben, um weiter bestehen zu können. Ungeklärt ist außerdem, welche Kompetenzen die Kandidatinnen bereits mitbringen sollen und welche in der Ausbildung gefördert werden (können). In der Arbeits- und Organisationspsychologie wird in diesem Zusammenhang von Selektionsprozessen gesprochen (Menschen entscheiden sich aufgrund ihrer Fähigkeiten für einen bestimmten Beruf) (vgl. Semmer und Udris, 2004). Dies gilt, wie Belege zeigen, auch für die Psychotherapie, da Studien zeigen, dass sich Psychotherapeutinnen bereits zu Beginn ihrer Ausbildung von Normstichproben unterscheiden (z.B. hinsichtlich ihrer Emotionserkennung, vgl. dazu Pauza u. a., 2010).

Neben den Selektionseffekten kennt die Arbeits- und Organisationspsychologie aber auch Sozialisationseffekte, die Entwicklung von Merkmalen und Fertigkeiten durch die Ausübung einer bestimmten Tätigkeit (vgl. Semmer und Udris, 2004). Hier stellt sich die Frage, inwieweit Psychotherapeutinnen durch ihre Ausbildung und durch ihre anschließende Arbeitstätigkeit entsprechende Kompetenzen entwickeln. Die vorliegende Studie gibt Hinweise darauf, dass sich die Teilnehmerinnen unterschiedlich entwickeln, dass die Psychotherapieausbildung bei einigen zu Veränderungen ihrer Kompetenzen führt, aber nicht bei allen. Eine zweite Möglichkeit diese Unterschiede zu interpretieren, bietet die Therapiedidaktik. Nur wenige Lehrtherapeutinnen und Supervisorinnen haben eine Ausbildung erhalten, in der sie auch didaktische Grundlagen gelernt haben. Es kann daher sein, dass sie in der Vermittlung der psychotherapeutischen Fertigkeiten selbst nur eingeschränkte Kompetenzen aufweisen und daher nicht alle Teilnehmerinnen entsprechend ihren Fähigkeiten gefördert werden bzw. dass sich die Teilnehmerinnen über weite Strecken Wissen und Kompetenzen selbst oder im Praktikum aneignen müssen. Selbstverständlich greift die Interpretation zu kurz,

wenn angenommen wird, dass sämtliche Unterschiede in der Entwicklung der therapeutischen Kompetenzen auf die Lehrenden zurückgeführt werden, aber: „Menschen sind verschieden und es gehört zur guten pädagogischen Praxis, individuelle Unterschiede zu erkennen und sich darauf einzustellen. Ebenfalls gute Praxis ist es, neue Informationen auf unterschiedliche Weise und in verschiedenen Modalitäten darzubieten“ (Hasselhorn und Gold, 2009, S. 102). Ob diese gute pädagogische Praxis in der Psychotherapieausbildung umgesetzt wird, muss in Frage gestellt werden. Die Auseinandersetzung mit der didaktischen Vermittlung von psychotherapeutischen Kompetenzen ist bisher, wenn man von einigen kleineren Studien zu einzelnen didaktischen Elementen wie beispielsweise dem Einsatz von Rollenspielen absieht, ein vernachlässigtes Feld der Psychotherapieforschung. Eine Befragung von Ausbildungsteilnehmerinnen im Rahmen des Forschungsgutachtens (vgl. Sonntag u. a., 2009) zeigt, dass die Teilnehmerinnen mit der Theorie, der Einzel- und Gruppenselbsterfahrung, der praktischen Ausbildung sowie der Einzel- und Gruppensupervision durchschnittlich „ziemlich zufrieden“ sind. Gleichwohl ist bekannt, dass manche Teile der Ausbildung sehr ambivalent besetzt sind (man denke an die Supervision, die einerseits als besonders wichtig und hilfreich angesehen wird, gleichzeitig aber auch das Potenzial zur „doppelten Traumatisierung“ beinhaltet, wie in Kapitel 5.2.2 dargestellt wurde) bzw. der Nutzen nicht zweifelsfrei geklärt werden konnte (z.B. die Auswirkung der Lehrtherapie, siehe dazu Kapitel 5.2.1).

Zieht man hier einen Vergleich zur Ausbildung von Lehrerinnen, die zumindest in manchen Bereichen eine deutlich einfachere Aufgabe haben, da sie Wissen im Gegensatz zu Kompetenzen vermitteln sollen, dafür aber eine deutlich umfangreichere Ausbildung erhalten, wird deutlich, welchen Nachholbedarf es in der Psychotherapieausbildung bzw. in

der Ausbildung der Psychotherapieausbilderinnen gibt. Vielleicht sollte in Zukunft weniger (wenngleich nicht nicht!) darüber nachgedacht werden, welche Kompetenzen Ausbildungskandidatinnen bereits vor der Ausbildung mitbringen können, sondern mehr darüber, wie die Ausbilderinnen selbst ausgewählt bzw. ausgebildet werden müssen, um den Kandidatinnen eine bestmögliche Ausbildung zu gewährleisten. Dies würde in weiterer Folge wiederum dazu beitragen, dass die zukünftigen Therapeutinnen den Patientinnen eine bestmögliche Therapie anbieten können.

## Kapitel 10

# Kritik des methodischen Vorgehens und Ausblick

Das von Beutler (1997) beschriebene logische Paradoxon, dass Zeit kein Äquivalent zu Erfahrung darstellt, stellt auch bei dieser Studie einen Kritikpunkt dar. Die Daten einer Ausbildungsgruppe wurden jeweils zum selben Zeitpunkt erhoben. Damit kann zwar gewährleistet werden, dass die Ausbildungskandidatinnen alle in ihrer theoretischen Ausbildung gleich weit sind, das heißt, sie haben alle dieselben Theorieseminare absolviert. Wie viel therapeutische Erfahrung die einzelnen Therapeutinnen in Ausbildung aber bis zu diesem Zeitpunkt jeweils gesammelt haben, lässt sich nicht feststellen.

In dieser Studie erhielten die Teilnehmerinnen aus ökonomischen Gründen als Information nur eine schriftliche Fallvignette. Dies bietet nur einen Ausschnitt und kann mit einem echten Kontakt zur Patientin sicherlich keinesfalls gleichgesetzt werden. Informationen, die im realen Kontakt nonverbal über Körpersprache, Aussehen, Ausdruck etc. vermittelt werden, fehlen daher. Für zukünftige Studien zur Konzept-



kompetenz, sollte unbedingt überlegt werden, wie die Falldarbietung verbessert werden kann. Eine Möglichkeit dazu besteht darin, anstatt einer schriftlichen Fallstudie eine Videoaufnahme eines (evtl. nachgestellten) Erstgespräch zu präsentieren oder Fallbeschreibungen eigener Patientinnen der Therapeutinnen in Ausbildung zu verwenden.

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass eine schriftliche Wiedergabe der Überlegungen zu einem Fall unter Umständen nur eine stark verkürzte Auswahl der gesamten Überlegungen der Therapeutin darstellt und dass von dieser schriftlichen Fallkonzeption auch nicht auf das tatsächliche therapeutische Verhalten in der Interaktion mit der Patientin geschlossen werden kann. Daher wäre ein wichtiger weiterer Forschungsschritt die Verknüpfung der Konzeptkompetenz, wie sie in dieser Arbeit erfasst wurde, mit dem tatsächlichen Therapieerfolg. Bereits Ford (1979) weist darauf hin, dass Ratings von Patientinnen und unabhängigen Beobachterinnen der Selbsteinschätzung der Kandidatinnen oder der Einschätzung durch Supervisorinnen und Ausbildungskolleginnen vorzuziehen sind und bemängelt auch die Erhebung schriftlicher „Skill-Tests“, da diese das Verhalten nur ungenügend vorhersagen. In diesem Zusammenhang wichtig ist auch zu bedenken, dass die Qualität der Antworten von der Motivation der Teilnehmerinnen an der Studie teilzunehmen und sich mit der Fallvignette auseinander zu setzen abhängt. Die Motivation könnte in dieser Hinsicht unter Umständen verbessert werden, wenn die Therapeutinnen Fallkonzeptionen eigener Patientinnen schreiben.

Auch die unterschiedlichen Rahmenbedingungen stellen nach Ansicht der Autorin eine Einschränkung dar. Eine stärkere Kontrolle dieser Rahmenbedingungen würde voraussetzen, dass alle Teilnehmerinnen die Fallvignette vor Ort bearbeiten. So kann einerseits sichergestellt werden, dass die Bearbeitung allein und ohne Zuhilfenahme von Hilfs-

mitteln erfolgt. Gleichzeitig kann auch die Zeit für die Bearbeitung festgesetzt werden. Bei dieser Studie wurde den Teilnehmerinnen eine halbe Stunde für die Bearbeitung zur Verfügung gestellt. Die Erfahrung zeigt, dass die ersten Teilnehmerinnen schon nach 10 Minuten die Bearbeitung beendeten, während andere sich über den Zeitdruck beklagten und nicht rechtzeitig fertig wurden. Es wäre zu überlegen, die Bearbeitungszeit auf 45 oder 60 Minuten zu erhöhen. Eine längere Bearbeitungszeit kann nicht als sinnvoll angesehen werden. Einerseits ist es fraglich, inwieweit die Qualität der Antworten durch mehr Zeit steigt (da es ja auch eine Kompetenz ist das Wesentliche schnell zu erfassen und verdichtet wiederzugeben). Gleichzeitig war es schwierig, überhaupt 45 Minuten (15 Minuten Erklärung, 30 Minuten Bearbeitung) der Seminarzeit für dieses Forschungsvorhaben verwenden zu dürfen. Auch hier zeigt sich damit wieder die starke Abhängigkeit der Ausbildungsforscherinnen von den zuständigen Lehrgangsleitungen und Lehrtherapeutinnen.

Die Auswertung mit GABEK bzw. WinRelan bringt ebenfalls Schwierigkeiten mit sich. Zum Einen ist diese Methode selbst im Vergleich mit anderen qualitativen Auswertungsmethoden sehr aufwändig. Dass sich dieser Aufwand allerdings durchaus lohnt, zeigen die hier dargestellten Ergebnisse. Insbesondere die statistischen Eckdaten und die Kausalnetzgrafiken geben interessante Einblicke hinsichtlich zirkulärer Vernetztheit und Komplexität der Antworten. Die Ergebnisse der Relevanzanalyse sind allerdings nur auf individueller Ebene sinnvoll zu interpretieren. Problematisch ist außerdem auf Gruppenebene, dass unterschiedlich große Gruppen aufgrund der dadurch unterschiedlichen zugrunde liegenden Datenmengen, nicht vergleichbar sind. So können auch in dieser Arbeit für jede Gruppe einzeln betrachtet deutlich Veränderungen aufgezeigt werden, es ist aber nicht möglich festzustellen,

welche Gruppe die „stärkste“ Veränderung oder die „besten“ Ergebnisse aufweist. Eine Möglichkeit dieses Problem zu umgehen wäre bei unterschiedlichen Gruppengrößen nur einen Teil der Bearbeitungen der größeren Gruppe in die Auswertung einzubeziehen. Es ist aber fraglich, wie die Fallbearbeitungen ausgewählt werden könnten, ohne das Ergebnis maßgeblich zu beeinflussen, da bei qualitativen Daten ja nicht einfach ein Durchschnittswert angenommen werden kann. Es lässt sich also zusammenfassen, dass die Analyse mit GABEK bzw. WinRelan sowohl auf Gruppenebene als auch auf individueller Ebene Aufschluss über Komplexität und zirkulärer Vernetztheit der Antworten geben kann, dass aber die Vergleichbarkeit der Ergebnisse unterschiedlicher Gruppen nur eingeschränkt möglich ist. Hinsichtlich der Therapieplanung liefert die Analyse mit GABEK bzw. WinRelan nur wenig Ergebnisse, die qualitative Inhaltsanalyse kann hier als sinnvolle Ergänzung angesehen werden.

Die größte Einschränkung ist nach Ansicht der Autorin, dass die in dieser Studie gefundenen qualitativen Unterschiede in der konzeptionellen Kompetenz nicht zweifelsfrei als „Verbesserung“ interpretiert werden können, da keine Validierung der Methode vorgenommen wurde. Es ist zwar anzunehmen und zu hoffen, dass die Ausbildungskandidatinnen bei der zweiten Erhebung „besser“ abschneiden als bei der ersten Erhebung, damit die erfassten Unterschiede aber tatsächlich als gesteigerte Kompetenz angesehen werden können, wäre eine externe Validierung durch eine Korrelation mit weiteren Kriterien (beispielsweise Therapieerfolg) notwendig. Eine weiterführende Studie hierzu ist bereits in Planung.

# Literaturverzeichnis

- [Alberts und Edelstein 1990] ALBERTS, Gregory ; EDELSTEIN, Barry: Therapist training: a critical review of skill training studies. In: *Clinical Psychology Review* 10 (1990), S. 497–511
- [Ambühl 2005] AMBÜHL, Hansruedi: Die Entwicklung von Beziehungs- und interaktionellen Kompetenzen. In: LAIREITER, Anton-Rupert (Hrsg.) ; WILLUTZKIE, Ulrike (Hrsg.): *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen : Hogrefe, 2005, S. 221–238
- [Amendt-Lyon u. a. 2004] AMENDT-LYON, Nancy ; BOLEN, Inge ; HÖLL, Kathrin: Konzepte der Gestalttherapie. In: HOCHGERNER, Markus (Hrsg.) ; HOFFMANN-WIDHALM, Herta (Hrsg.) ; NAUSNER, Liselotte (Hrsg.) ; WILDBERGER, Elisabeth (Hrsg.): *Gestalttherapie*. Wien : facultas, 2004, S. 101–124
- [Andreatta und Kraler 2006] ANDREATTA, Pia ; KRALER, Christian: Zur Struktur kognitiver Landkarten in der Psychotherapie-Ausbildungsforschung. In: RIEFORTH, Joseph (Hrsg.): *Triadisches Verstehen in sozialen Systemen: Gestaltung komplexer Wirklichkeiten*. Heidelberg : Carl-Auer, 2006 (Tagungsband der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF) an der Carl-von-Ossietzky-Universität), S. 5–22
- [Anstadt u. a. 1997] ANSTADT, Thomas ; MERTEN, Jörg ; ULLRICH,

- Burkhard ; KRAUSE, Rainer: Affective dyadic behavior, core conflictual relationship themes, and success of treatment. In: *Psychotherapy Research* 7 (1997), Nr. 4, S. 397–417
- [Arthur 2001] ARTHUR, Andrew R.: Personality, epistemology and psychotherapists' choice of theoretical model: a review and analysis. In: *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health* 4 (2001), Nr. 1, S. 45–64
- [Auckenthaler 1999] AUCKENTHALER, Anna: Supervision von Psychotherapie. Behauptungen - Fakten - Trends. In: *Psychotherapeut* (1999), Nr. 3, S. 139–152
- [Bandura 1977] BANDURA, Albert: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In: *Psychological Review* 84 (1977), Nr. 2, S. 191–215
- [Barber u. a. 1996] BARBER, Jacques P. ; CRITS-CHRISTOPH, Paul ; LUBORSKY, Lester: Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (1996), Nr. 3, S. 619–622
- [Benecke und Krause 2005] BENECKE, Cord ; KRAUSE, Rainer: Initiales mimisch-affektives Verhalten und Behandlungszufriedenheit in der Psychotherapie von Patientinnen mit Panikstörung. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 51 (2005), S. 346–359
- [Berman und Norton 1985] BERMAN, Jeffrey S. ; NORTON, Nicholas C.: Does Professional Training Make a Therapist More Effective? In: *Psychological Bulletin* 98 (1985), Nr. 2, S. 401–407

- [Bernard und Goodyear 2004] BERNARD, Janine M. ; GOODYEAR, Rodney K.: Fundamentals of clinical supervision. (2004)
- [Berns 2006] BERNs, Ulrich: Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychotherapieforschung. In: *Psychotherapeut* 51 (2006), Nr. 1, S. 26–34
- [Betan und Binder 2010] BETAN, Ephi J. ; BINDER, Jeffrey L.: Clinical Expertise in Psychotherapy: How Expert Therapists Use Theory in Generating Case Conceptualizations and Interventions. In: *Journal of Contemporary Psychotherapy* 40 (2010), S. 141–152
- [Beutler 1997] BEUTLER, Larry E.: The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. In: *Clinical Psychology - Science and Practice* 4 (1997), Nr. 1, S. 44–52
- [Beutler u. a. 2004] BEUTLER, Larry E. ; MALIK, Mary ; ALIMOHAMED, Shabia ; HARWOOD, T. M. ; TALEBI, Hani ; NOBLE, Sharon ; WONG, Eunice: Therapist variables. In: LAMBERT, MJ (Hrsg.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York : Wiley, 2004, S. 227–306
- [Blatt u. a. 1996] BLATT, Sidney J. ; SANISLOW, Charles A. I. ; ZUROFF, David C. ; PILKONIS, Paul A.: Characteristics of Effective Therapists: Further Analysis of Data From the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (1996), Nr. 6, S. 1276–1284
- [Bleichhardt und Rief 2010] BLEICHHARDT, Gaby ; RIEF, Winfried: Mitgliederbefragung Supervision/Intervision Abschlussbericht / Gemeinschaftsprojekt des Ausschuss für Wissenschaft und Forschung

(WuF) der Landeskammer für psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten (LPPKJP) Hessen und der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg (AG KliPs). 31.01.2010 2010. – Forschungsbericht

[Bogyi 1997] BOGYI, Gertrude: Ausbildung: Selbsterfahrung - Praktikum - Theorie - Supervision. In: REINELT, Toni (Hrsg.) ; BOGYI, Gertrude (Hrsg.) ; SCHUCH, Bibiana (Hrsg.): *Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. Grundlagen und Methoden*. München : Ernst Reinhard Verlag, 1997 (UTB für Wissenschaft), S. 280–288

[Bordin 1979] BORDIN, Edward S.: The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. In: *Psychotherapy : Theory, Research & Practice* 16 (1979), Nr. 3, S. 252–260

[Buber und Kraler 2000] BUBER, Renate ; KRALER, Christian: How GABEK and WinRelan Support Qualitative Research. In: BUBER, Renate (Hrsg.) ; ZELGER, Josef (Hrsg.): *GABEK II. Zur Qualitativen Forschung*. Innsbruck : StudienVerlag, 2000, S. 111–137

[Buchholz 1993] BUCHHOLZ, Michael B.: Die Rolle der Prozeßphantasie in der stationären Psychotherapie. In: *Journal für Psychologie* 1 (1993), Nr. 4, S. 64–81

[Buchholz 1999] BUCHHOLZ, Michael B.: *Psychotherapie als Profession*. Gießen : Psychosozial-Verlag, 1999 (Forschung psychosozial)

[Buchholz 2004] BUCHHOLZ, Michael B.: *Psycho-News. Briefe zur empirischen Verteidigung der Psychoanalyse*. Gießen : Psychosozial-Verlag, 2004

- [Buchholz 2007] BUCHHOLZ, Michael B.: Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen. In: *Psychotherapeutenjournal* (2007), Nr. 4, S. 373–382
- [Buckman und Barker 2010] BUCKMAN, Joseph R. ; BARKER, Chris: Therapeutic orientation preferences in trainee clinical psychologists: Personality or training? In: *Psychotherapy Research* 20 (2010), Nr. 3, S. 247–258
- [Buer 2004] BUER, Ferdinand: Morenos therapeutische Philosophie und die psychodramatische Ethik. In: FÜRST, Jutta (Hrsg.) ; OTTOMEYER, Klaus (Hrsg.) ; PRUCKNER, Hildegard (Hrsg.): *Psychodrama-Therapie. Ein Handbuch*. Wien : facultas, 2004, S. 30–58
- [Cabaniss u. a. 2001] CABANISS, Deborah L. ; GLICK, Robert A. ; ROOSE, Steven P.: The Columbia Supervision Project: data from the dyad. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 49 (2001), Nr. 1, S. 235–67
- [Caspar 2003] CASPAR, Franz: Die Zukunft der Psychotherapieausbildung. In: KUHR, Armin (Hrsg.) ; RUGGABER, Günter (Hrsg.): *Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge*. Tübingen : dgvt, 2003, S. 136–174
- [Castonguay 2000] CASTONGUAY, Louis G.: A Common Factors Approach to Psychotherapy Training. In: *Journal of Psychotherapy Integration* 10 (2000), Nr. 3, S. 263–282
- [Castonguay u. a. 1996] CASTONGUAY, Louis G. ; GOLDFRIED, Marvin R. ; WISER, Susan ; RAUE, Patrick J. ; HAYES, Adele M.: Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. In: *Journal of consulting and clinical psychology* 64 (1996), Nr. 3, S. 497–504



- [Chagoya und Chagoya 1994] CHAGOYA, Leopoldo ; CHAGOYA, Charlotte: The Development of a Psychotherapy Supervisor. In: GREBEN, Stanley E. (Hrsg.) ; RUSKIN, Ronald (Hrsg.): *Clinical Perspectives on Psychotherapy Supervision*. Washington : American Psychiatric Press, 1994, S. 189–209
- [Claiborn und Dixon 1982] CLAIBORN, Charles D. ; DIXON, David N.: The Acquisition of Conceptual Skills - an Exploratory-Study. In: *Counselor Education and Supervision* 21 (1982), Nr. 4, S. 274–281
- [Crits-Christoph u. a. 1991] CRITS-CHRISTOPH, Paul ; BARANACKIE, Kathryn ; KURCIAS, Julie S. ; BECK, Aaron T.: Meta-Analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. In: *Psychotherapy Research* 1 (1991), Nr. 2, S. 81–91
- [Crits-Christoph u. a. 2006] CRITS-CHRISTOPH, Paul ; CONNOLLY GIBBONS, Mary B. ; CRITS-CHRISTOPH, Katherine ; NARDUCCI, Julia ; SCHAMBERGER, Megan ; GALLOP, Robert: Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. In: *Psychotherapy Research* 16 (2006), Nr. 3, S. 268–281
- [Crits-Christoph u. a. 1988] CRITS-CHRISTOPH, Paul ; COOPER, Andrew ; LUBORSKY, Lester: The Accuracy of Therapists Interpretations and the Outcome of Dynamic Psychotherapy. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (1988), Nr. 4, S. 490–495
- [Curtis und Qaiser 2005] CURTIS, Rebecca C. ; QAISER, Mazia: Training analyses. Historical Considerations and Empirical Research. In: GELLER, Jesse D. (Hrsg.) ; NORCROSS, John C. (Hrsg.) ; ORLINSKY, David E. (Hrsg.): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient*

*and Clinician Perspectives*. Oxford : Oxford University Press, 2005, S. 365–378

[Della Toffalo 2000] DELLA TOFFALO, Douglas A.: An Investigation of Treatment Integrity and Outcomes in Wraparound Services. In: *Journal of Child and Family Studies* 9 (2000), Nr. 3, S. 351–361

[Döring-Seipel u. a. 2000] DÖRING-SEIPEL, Elke ; SCHÜLER, Peter ; SEIPEL, Karl H.: Wie beurteilen Ausbildungsteilnehmer Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie? Beiträge zur Evaluation eines Selbsterfahrungskonzeptes. In: LAIREITER, Anton-Rupert (Hrsg.): *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde*. Tübingen : dgvt-Verlag, 2000, S. 573–592

[Dreyfus und Dreyfus 1988] DREYFUS, Hubert L. ; DREYFUS, Stuart E.: *Künstliche Intelligenz. Von den Grenzen der Denkmachine und dem Wert der Intuition*. Reineck bei Hamburg : Rowohlt, 1988 (rororo computer)

[Eells u. a. 1998] EELLS, Tracy D. ; KENDJELIC, Edward M. ; LUCAS, Cynthia P.: What's in a Case Formulation? Development and Use of a Content Coding Manual. In: *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 7 (1998), Nr. 2, S. 144–153

[Elkin 1999] ELKIN, Irene: A major dilemma in psychotherapy outcome research: Disentangling therapists from therapies. In: *Clinical Psychology-Science and Practice* 6 (1999), Nr. 1, S. 10–32

[Elkin u. a. 2006] ELKIN, Irene ; FALCONNIER, Lydia ; MARTINOVICH, Zoran ; MAHONEY, Colleen: Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. In: *Psychotherapy Research* 16 (2006), Nr. 2, S. 144–160

- [Ellis und Ladany 1997] ELLIS, Michael V. ; LADANY, Nicholas: Inferences Concerning Supervisees and Clients in Clinical Supervision: An Integrative Review. In: WATKINS, C. Edward J. (Hrsg.): *Handbook of Psychotherapy Supervision*. New York : John Wiley & Sons, 1997, S. 447–507
- [Emmerling und Whelton 2009] EMMERLING, Michelle E. ; WHELTON, William J.: Stages of change and the working alliance in psychotherapy. In: *Psychotherapy Research* 19 (2009), Nr. 6, S. 687–698
- [Erpenbeck und Von Rosenstiel 2007] ERPENBECK, John ; VON ROSENSTIEL, Lutz: Kompetenzbegriff und Kompetenzverständnis. In: ERPENBECK, John (Hrsg.) ; VON ROSENSTIEL, Lutz (Hrsg.): *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*. Stuttgart : Schäffer-Poeschel Verlag, 2007
- [Farber u. a. 2005] FARBER, Barry A. ; MANEVICH, Inessa ; METZGER, Jesse ; SAYPOL, Erica: Choosing psychotherapy as a career: Why did we cross that road? In: *Journal of Clinical Psychology* 61 (2005), Nr. 8, S. 1009–1031
- [Felber und Margreiter 2007] FELBER, Michaela ; MARGREITER, Ursula: Einstellung von Psychotherapeut(inn)en zu Psychotherapieforschung. In: *Psychotherapie Forum* 15 (2007), Nr. 4, S. 192–196
- [Feltham und Horton 2006] FELTHAM, Colin ; HORTON, Ian: *The SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy*. Second Edition. London : SAGE Publications, 2006
- [Finke 1990] FINKE, Jobst: Can Psychotherapeutic Competence Be Taught? In: *Psychotherapy and Psychosomatics* 53 (1990), S. 64–67

- [Ford 1979] FORD, Julian D.: Research on Training Counselors and Clinicians. In: *Review of Educational Research* 49 (1979), Nr. 1, S. 87–130
- [Frank 1971] FRANK, Jerome D.: Therapeutic factors in Psychotherapy. In: *American Journal of Psychotherapy* 25 (1971), S. 350–361
- [Frank u. a. 1996] FRANK, Renate ; RZEPKA, Ursula ; VAITL, Dieter: Auswirkungen von Psychotherapie-Supervision auf die Entwicklung von Psychotherapeuten. In: BENTS, Hinrich (Hrsg.) ; FRANK, Renate (Hrsg.) ; REY, Eibe-Rudolf (Hrsg.): *Erfolge und Misserfolge in der Psychotherapie*. Regensburg : S. Roderer Verlag, 1996, S. 218–239
- [Froehle u. a. 1983] FROEHLE, Thomas C. ; ROBINSON, Sharon E. ; KURPIUS, DeWayne J.: Enhancing the effects of modeling through role-play practice. In: *Counselor Education and Supervision* 22 (1983), S. 197–206
- [Garfield 1997] GARFIELD, Sol L.: The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. In: *Clinical Psychology-Science and Practice* 4 (1997), Nr. 1, S. 40–43
- [Geller u. a. 2005] GELLER, Jesse D. ; NORCROSS, John C. ; ORLINSKY, David E.: The Question of Personal Therapy. Introduction and Prospectus. In: GELLER, Jesse D. (Hrsg.) ; NORCROSS, John C. (Hrsg.) ; ORLINSKY, David E. (Hrsg.): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford : Oxford University Press, 2005, S. 3–11
- [Gerstenmaier und Mandl 2000] GERSTENMAIER, Jochen ; MANDL, Heinz: Einleitung: Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. In: MANDL, Heinz (Hrsg.) ; GERSTENMAIER, Jochen (Hrsg.): *Die Kluft*

zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze. Göttingen : Hogrefe, 2000, S. 11–23

[Grater 1985] GRATER, Harry A.: Stages in Psychotherapy Supervision: From Therapy Skills to Skilled Therapist. In: *Professional Psychology: research and practice* 16 (1985), Nr. 5, S. 605–610

[Grawe 2000] GRAWE, Klaus: *Psychologische Therapie*. 2., korrigierte Auflage. Göttingen : Hogrefe, 2000

[Gray u. a. 2001] GRAY, Laurie A. ; LADANY, Nicholas ; WALKER, Jessica: Psychotherapy Trainees' Experience of Counterproductive Events in Supervision. In: *Journal of Counseling Psychology* 48 (2001), Nr. 4, S. 371–383

[Grencavage und Norcross 1990] GRENCAVAGE, Lisa M. ; NORCROSS, John C.: Where Art the Commonalities Among the Therapeutic Common Factors. In: *Professional Psychology: Research and Practice* 21 (1990), Nr. 5, S. 372–378

[Gresham u. a. 1993] GRESHAM, Frank M. ; GANSLE, Kristin A. ; NOELL, George H.: Treatment Integrity in Applied Behavior Analysis with Children. In: *Journal of Applied Behavior Analysis* 26 (1993), Nr. 2, S. 257–263

[Häcker und Stapf 1998] HÄCKER, Hartmut ; STAPF, Kurt H.: *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. 13. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern : Hans Huber, 1998

[Hasselhorn und Gold 2009] HASSELHORN, Marcus ; GOLD, Andreas: *Pädagogische Psychologie. Erfolgreiches Lernen und Lehren*. Stuttgart : Kohlhammer, 2009

- [Hazler und Hipple 1981] HAZLER, Richard J. ; HIPPLE, Thomas E.: The effects of mental practice on counseling behavior. In: *Counselor Education and Supervision* 20 (1981), Nr. 3, S. 211–218
- [Heffler und Sandell 2009] HEFFLER, Bo ; SANDELL, Rolf: The role of learning style in choosing one's therapeutic orientation. In: *Psychotherapy Research* 19 (2009), Nr. 3, S. 283–292
- [Henry u. a. 1971] HENRY, William E. ; SIMS, John H. ; SPRAY, S. L.: *The fifth profession*. San Francisco : Bass, 1971
- [Henry u. a. 1990] HENRY, William P. ; SCHACHT, Thomas E. ; STRUPP, Hans H.: Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58 (1990), Nr. 6, S. 768–774
- [Henry u. a. 1993] HENRY, William P. ; STRUPP, Hans H. ; BUTLER, Stephen F. ; SCHACHT, Thomas E. ; BINDER, Jeffrey L.: Effects of Training in Time-Limited Dynamic Psychotherapy: Changes in Therapist Behavior. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (1993), Nr. 3, S. 434–440
- [Hess u. a. 2006] HESS, Shirley A. ; KNOX, Sarah ; HILL, Clara E.: Teaching graduate trainees how to manage client anger: A comparison of three types of training. In: *Psychotherapy Research* 16 (2006), Nr. 3, S. 282–292
- [Hill und Knox 2009] HILL, Clara E. ; KNOX, Sarah: Processing the therapeutic relationship. In: *Psychotherapy Research* 19 (2009), Nr. 1, S. 13–29
- [Hillerbrand und Claiborn 1990] HILLERBRAND, Eric ; CLAIBORN, Charles D.: Examining Reasoning Skill Differences Between Expert

- and Novice Counselors. In: *Journal of Counseling and Development* 68 (1990), Nr. 6, S. 684
- [Hilsenroth u. a. 2006] HILSENROTH, Mark J. ; DEFIFE, Jared A. ; BLAGYS, Matthew D. ; ACKERMAN, Steven J.: Effects of training in short-term psychodynamic psychotherapy: Changes in graduate clinician technique. In: *Psychotherapy Research* 16 (2006), Nr. 3, S. 293–305
- [Hofer 2000] HOFER, Jochen: Zur Stichprobengröße bei GABEK-Untersuchungen. In: BUBER, Renate (Hrsg.) ; ZELGER, Josef (Hrsg.): *GABEK II. Zur Qualitativen Forschung*. Innsbruck : StudienVerlag, 2000, S. 165–184
- [Hogan 1964] HOGAN, Richard A.: Issues and approaches in supervision. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (1964), S. 139–141
- [Hoglend u. a. 2006] HOGLEND, Per ; AMLO, Svein ; MARBLE, Alice ; BOGWALD, Kjell-Petter ; SORBYE, Oystein ; COSGROVE SJAASTAD, Mary ; HEYERDAHL, Oscar: Analysis of the Patient-Therapist Relationship in Dynamic Psychotherapy: An Experimental Study of Transference Interpretations. In: *The American Journal of Psychiatry* 163 (2006), Nr. October, S. 1739–1746
- [Inskipp 2006] INSKIPP, Francesca: Generic Skills. In: FELTHAM, Colin (Hrsg.) ; HORTON, Ian (Hrsg.): *The SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy*. 2. London : SAGE, 2006, S. 73–87
- [Ivey 1971] IVEY, Allen E.: *Microcounseling: Innovations in interviewing training*. Springfield : Charles C. Thomas, 1971

- [Kahl-Popp 2004] KAHL-POPP, Jutta: Lernziel: Kontextbezogene psychotherapeutische Kompetenz. Gedanken zur psychoanalytischen Ausbildung. In: *Forum der Psychoanalyse* 20 (2004), Nr. 4, S. 403–418
- [Kahl-Popp 2007] KAHL-POPP, Jutta: *Erziehung Schule Gesellschaft*. Bd. 47: *Lernen und Lehren psychotherapeutischer Kompetenz am Beispiel der psychoanalytischen Ausbildung*. Würzburg : Ergon, 2007
- [Kahl-Popp 2009] KAHL-POPP, Jutta: Die interne Seite psychotherapeutischer Kompetenz. In: *Psychodynamische Psychotherapie* 8 (2009), S. 115–123
- [Kanfer u. a. 1996] KANFER, Frederick H. ; REINECKER, Hans ; SCHMELZER, Dieter: *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 2., überarbeitete Auflage. Berlin : Springer, 1996
- [Kernberg ] KERNBERG, Otto F.: *Ideologie, Konflikt und Führung. Psychoanalyse von Gruppenstrukturen und Persönlichkeitsstruktur*. Stuttgart : Klett-Cotta
- [Kernberg 2002] KERNBERG, Otto F.: *Affekt, Objekt und Übertragung. Aktuelle Entwicklungen der psychoanalytischen Theorie und Technik*. Psychosozial Verlag, 2002
- [Kierein u. a. 1991] KIEREIN, Michael ; PRITZ, Alfred ; SONNECK, Gernot: *Psychologengesetz Psychotherapiegesetz Kurzkommentar*. Wien : Orac, 1991
- [Kim u. a. 2006] KIM, Dong-Min ; WAMPOLD, Bruce E. ; BOLT, Daniel M.: Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of De-



- pression Collaborative Research Program data. In: *Psychotherapy Research* 16 (2006), Nr. 2, S. 161–172
- [Klappacher 2006] KLAPPACHER, Christine: *Implizites Wissen und Intuition. Warum wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen: Die Rolle des Impliziten Wissens im Erkenntnisprozess*. Saarbrücken : VDM Verlag Dr. Müller, 2006
- [Klug u. a. 2008] KLUG, Günther ; HENRICH, Gerhard ; KÄCHELE, Horst ; SANDELL, Rolf ; HUBER, Dorothea: Die Therapeutenvariable. Immer noch ein dunkler Kontinent? In: *Psychotherapeut* 53 (2008), Nr. 2, S. 83–91
- [Körner 2003] KÖRNER, Jürgen: Die argumentationszugängliche Kasusistik. In: *Forum der Psychoanalyse* 19 (2003), Nr. 1, S. 28–35
- [Kraler und Menges 2007] KRALER, Christian ; MENGES, Robin: Fallvignetten in der Lehrerbildungsforschung. Veränderungen kognitiver Strukturen bei Studierenden im ersten Ausbildungsjahr. In: KRALER, Christian (Hrsg.) ; SCHRATZ, Michael (Hrsg.): *Ausbildungsqualität und Kompetenz im Lehrerberuf* Bd. 4. Wien : LIT Verlag, 2007, S. 56–77
- [Krause und Merten 2007] KRAUSE, Rainer ; MERTEN, Jörg: Emotion und Psychotherapie. In: *Psychotherapeut* 52 (2007), Nr. 4, S. 249–254
- [Kriz 1994] KRIZ, Jürgen: *Grundkonzepte der Psychotherapie: Eine Einführung*. 4. Auflage. Weinheim : Psychologie Verlags Union, 1994
- [Kurpius u. a. 1985] KURPIUS, DeWayne J. ; BENJAMIN, Dianne ; MORAN, D. K.: Effects of Teaching a Cognitive Strategy on Counselor Trainee Internal Dialogue and Clinical Hypothesis Formulation. In: *Journal of Counseling Psychology* 32 (1985), Nr. 2, S. 263–271

- [Kuyken u. a. 2005] KUYKEN, Willem ; FOTHERGILL, Claire D. ; MUSA, Meyrem ; CHADWICK, Paul: The reliability and quality of cognitive case formulation. In: *Behaviour Research and Therapy* 43 (2005), S. 1187–1201
- [Ladany u. a. 1996] LADANY, Nicholas ; HILL, Clara E. ; CORBETT, Maureen M. ; NUTT, Elizabeth A.: Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. In: *Journal of Counseling Psychology* 43 (1996), Nr. 1, S. 10–24
- [Laireiter und Botermans 2005] LAIREITER, Anton-Rupert ; BOTERMANS, Jean-Francois: Ausbildungsforschung in der Psychotherapie - Entwicklungen und aktueller Stand. In: LAIREITER, Anton-Rupert (Hrsg.) ; WILLUTZKI, Ulrike (Hrsg.): *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen : Hogrefe, 2005, S. 53–101
- [Lambert und Ogles 1997] LAMBERT, Michael J. ; OGLES, Benjamin M.: The Effectiveness of Psychotherapy Supervision. In: WATKINS, C. Edward J. (Hrsg.): *Handbook of Psychotherapy Supervision*. New York : John Wiley & Sons, Inc., 1997, S. 421–446
- [Lambert und Ogles 2004] LAMBERT, Michael J. ; OGLES, Benjamin M.: The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: LAMBERT, Michael J. (Hrsg.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* Bd. 5th. New York : Wiley, 2004, S. 139–193
- [Lammers und Schneider 2009] LAMMERS, Claas-Hinrich ; SCHNEIDER, Wolfgang: Die therapeutische Beziehung. Verfahrensübergreifende Aspekte. In: *Psychotherapeut* 54 (2009), Nr. 6, S. 469–485
- [Lecomte 2006] LECOMTE, Conrad: Clinical Supervision: A Process of Self-Reflexivity in the Development of Therapeutic Competence.

- In: RAUBOLT, Richard (Hrsg.): *Power Games: Influence, Persuasion, and Indoctrination in Psychotherapy Training*. New York : Other Press, 2006, S. 221–254
- [Lind und Sandmann 2003] LIND, Gunther ; SANDMANN, Angela: Lernstrategien und Domänenwissen. In: *Zeitschrift für Psychologie* 211 (2003), Nr. 4, S. 171–192
- [Löwisch 2000] LÖWISCH, Dieter-Jürgen: *Kompetentes Handeln. Bausteine für eine lebensweltbezogene Bildung*. Darmstadt : Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2000
- [Luborsky u. a. 1997] LUBORSKY, Lester ; MCLELLAN, Thomas A. ; DIGUER, Louis ; WOODY, George ; SELIGMAN, David A.: The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. In: *Clinical Psychology-Science and Practice* 4 (1997), Nr. 1, S. 53–65
- [Luborsky u. a. 1985] LUBORSKY, Lester ; MCLELLAN, Thomas A. ; WOODY, George ; O'BRIEN, Charles P. ; AUERBACH, Arthur: Therapist success and its determinants. In: *Archives of General Psychiatry* 42 (1985), Nr. 6, S. 602–11
- [Margison u. a. 2000] MARGISON, Frank R. ; BARKHAM, Michael ; EVANS, Chris ; MCGRATH, Graeme ; CLARK, John M. ; AUDIN, Kerry ; CONNELL, Janice: Measurement and psychotherapy - Evidence-based practice and practice-based evidence. In: *British Journal of Psychiatry* 177 (2000), S. 123–130
- [Martin u. a. 2000] MARTIN, Daniel J. ; GARSKE, John P. ; DAVIS, Katherine M.: Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (2000), Nr. 3, S. 438–450

- [Martino u. a. 2009] MARTINO, Steve ; BALL, Samuel ; NICH, Charla ; FRANKFORTER, Tami L. ; CARROLL, Kathleen M.: Correspondence of motivational enhancement treatment integrity ratings among therapists, supervisors, and observers. In: *Psychotherapy Research* 19 (2009), Nr. 2, S. 181–193
- [Mayring 2002] MAYRING, Philipp: *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage. Weinheim : Beltz Verlag, 2002 (Beltz Studium)
- [Mayring 2008] MAYRING, Philipp: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 10. Auflage. Weinheim : Beltz Verlag, 2008
- [Merten u. a. 1996] MERTEN, Jörg ; ANSTADT, Thomas ; ULLRICH, Burkhard ; KRAUSE, Rainer ; BUCHHEIM, Peter: Emotional experience and facial behavior during the psychotherapeutic process and its relation to treatment outcome: a pilot study. In: *Psychotherapy Research* 6 (1996), Nr. 3, S. 198–212
- [Meyer 1990] MEYER, Adolf-Ernst: Wodurch wirkt Psychotherapie? In: LANG, Hermann (Hrsg.): *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Berlin : Springer, 1990, S. 179–188
- [Morrow-Bradley und Elliott 1986] MORROW-BRADLEY, Cheryl ; ELLIOTT, Robert: Utilization of Psychotherapy Research by Practicing Psychotherapists. In: *American Psychologist* 41 (1986), Nr. 2, S. 188–197
- [Murphy und Halgin 1995] MURPHY, Robert A. ; HALGIN, Richard P.: Influences on the career choice of psychotherapists. In: *Professional Psychology: research and practice* 26 (1995), S. 422–426

- [Najavits und Strupp 1994] NAJAVITS, Lisa M. ; STRUPP, Hans H.: Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: a process-outcome study. In: *Psychotherapy* 31 (1994), Nr. 1, S. 114–123
- [Neuweg 1999] NEUWEG, Georg H.: *Internationale Hochschulschriften*. Bd. 311: *Könnerschaft und implizites Wissen: zur lehrerlernetheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis*. Münster : Waxmann, 1999
- [Nietzel und Fisher 1981] NIETZEL, Michael T. ; FISHER, Stuart G.: Effectiveness of Professional and Paraprofessional Helpers: A Comment on Durlak. In: *Psychological Bulletin* 89 (1981), Nr. 3, S. 555–565
- [Nonaka und Takeuchi 1997] NONAKA, Ikujiro ; TAKEUCHI, Hirotaka: *Die Organisation des Wissens. Wie japanische Unternehmen eine brachliegende Ressource nutzen*. Frankfurt am Main : Campus, 1997
- [Norcross 2002] NORCROSS, John C.: *Psychotherapy: relationships at work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford : Oxford University Press, 2002
- [Norcross und Farber 2005] NORCROSS, John. C. ; FARBER, Barry A.: Choosing psychotherapy as a career: Beyond „I want to help people“. In: *Journal of Clinical Psychology* 61 (2005), Nr. 8, S. 939–943
- [Northcutt und McCoy 2004] NORTHCUTT, Norvell ; MCCOY, Danny: *Interactive Qualitative Analysis. A systems method for qualitative research*. Thousand Oaks : SAGE Publications, 2004
- [Okiishi u. a. 2003] OKIISHI, John ; LAMBERT, Michael J. ; NIELSEN, Stevan L. ; OGLES, Benjamin M.: Waiting for supershrink:

An empirical analysis of therapist effects. In: *Clinical Psychology & Psychotherapy* 10 (2003), Nr. 6, S. 361–373

[Okiishi u. a. 2006] OKIISHI, John C. ; LAMBERT, Michael J. ; EGGETT, Dennis ; NIELSEN, Lars ; DAYTON, David D. ; VERMEERSCH, David A.: An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. In: *Journal of Clinical Psychology* 62 (2006), Nr. 9, S. 1157–1172

[Orlinsky u. a. 2005a] ORLINSKY, David E. ; NORCROSS, John C. ; RONNESTAD, Michael H. ; WISEMAN, Hadas: Outcomes and Impacts of the Psychotherapist's Own Psychotherapy. A Research Review. In: GELLER, Jesse D. (Hrsg.) ; NORCROSS, John C. (Hrsg.) ; ORLINSKY, David E. (Hrsg.): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford : Oxford University Press, 2005, S. 214–230

[Orlinsky und Ronnestad 2005] ORLINSKY, David E. ; RONNESTAD, Michael H.: *How Psychotherapists Develop. A study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington : American Psychological Association, 2005

[Orlinsky u. a. 2005b] ORLINSKY, David E. ; RONNESTAD, Michael H. ; WILLUTZKI, Ulrike ; WISEMAN, Hadas ; BOTERMANS, Jean-Francois: The Prevalence and Parameters of Personal Therapy in Europe and Elsewhere. In: GELLER, Jesse D. (Hrsg.) ; NORCROSS, John C. (Hrsg.) ; ORLINSKY, David E. (Hrsg.): *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford : Oxford University Press, 2005, S. 177–191

- [O'Toole 1979] O'TOOLE, William M.: Effects of practice and some methodological considerations in training counseling interviewing skills. In: *Journal of Counseling Psychology* 26 (1979), S. 412–426
- [Ottomeyer 2004] OTTOMEYER, Klaus: Das Psychodrama zwischen Psychoanalyse und kritischer Gesellschaftstheorie. In: FÜRST, Jutta (Hrsg.) ; OTTOMEYER, Klaus (Hrsg.) ; PRUCKNER, Hildegard (Hrsg.): *Psychodrama-Therapie. Ein Handbuch*. Wien : facultas, 2004, S. 59–80
- [Owen und Hilsenroth 2011] OWEN, Jesse ; HILSENROTH, Mark J.: Interaction Between Alliance and Technique in Predicting Patient Outcome During Psychodynamic Psychotherapy. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199 (2011), Nr. 6, S. 384–389
- [Pauza u. a. 2010] PAUZA, Elisabeth ; MÖLLER, Heidi ; BENECKE, Cord ; KESSLER, Henrik ; TRAUE, Harald C.: Emotionserkennung zu Beginn psychotherapeutischer Ausbildung. In: *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin* 8 (2010), Nr. 3, S. 93–100
- [Pereplechikova und Kazdin 2005] PEREPLETCHIKOVA, Francheska ; KAZDIN, Alan E.: Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. In: *Clinical Psychology-Science and Practice* 12 (2005), Nr. 4, S. 365–383
- [Perrez und Baumann 1998] PERREZ, Meinrad ; BAUMANN, Urs: Psychotherapie: Systematik. In: BAUMANN, Urs (Hrsg.) ; PERREZ, Meinrad (Hrsg.): *Klinische Psychologie - Psychotherapie*. 2., vollst. überarb. Aufl. Bern : Hans Huber, 1998 (Lehrbuch Psychologie), S. 392–415

- [Persons 1989] PERSONS, Jacqueline B.: *Cognitive Therapy in Practice: A Case Formulation Approach*. New York : W.W. Norton, 1989
- [Petzold 2001] PETZOLD, Hilarion G.: *Integrative Therapy in a Nutschell - Integrative Therapie kompakt*. 15.11.2010 2001
- [Petzold u. a. 1998] PETZOLD, Hilarion G. ; HASS, Wolfgang ; MÄRTENS, Michael M.: Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie. In: LAIREITER, Anton-Rupert (Hrsg.) ; VOGEL, Heiner (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Tübingen : dgvt Verlag, 1998, S. 683–711
- [Ploeger 1990] PLOEGER, Andreas: Heilfaktoren im Psychodrama. In: LANG, Hermann (Hrsg.): *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Berlin : Springer, 1990, S. 86–97
- [Pohl u. a. 2000] POHL, Ulrike ; RICHTER, Harald ; BOHUS, Martin: Neuere Entwicklungen zur systematischen Überprüfung des therapeutischen Vorgehens. Skalen zur Erfassung von adherence und competence. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 50 (2000), S. 22–28
- [Polanyi 1985] POLANYI, Michael: *Implizites Wissen*. Frankfurt am Main : Suhrkamp, 1985 (suhrkamp taschenbuch wissenschaft)
- [Poznanski und McLennan 2003] POZNANSKI, Joseph J. ; MCLENNAN, Jim: Becoming a Psychologist with a Particular Theoretical Orientation to Counselling Practice. In: *Australian Psychologist* 38 (2003), Nr. 3, S. 223–226
- [Prieto und Scheel 2002] PRIETO, Loreto R. ; SCHEEL, Karen R.: Using case documentation to strengthen counselor trainees' case con-



- ceptualization skills. In: *Journal of Counseling and Development* 80 (2002), Nr. 1, S. 11–21
- [Protz u. a. im Druck] PROTZ, Jennifer ; KÄCHELE, Horst ; TAUBNER, Svenja: Die Ambivalenz mit der Therapieforschung - Beweggründe und Erfahrungen von Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern. In: *Forum der Psychoanalyse* (im Druck)
- [Revenstorf 2009] REVENSTORF, Dirk: Therapeutische Kompetenz und Methodenäquivalenz. In: *Psychodynamische Psychotherapie* 8 (2009), S. 135–146
- [Richter 2009] RICHTER, Rainer: Psychotherapeutische Kompetenz. In: *Psychodynamische Psychotherapie* 8 (2009), S. 113–114
- [Rogers 1992] ROGERS, Carl R.: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus Sicht eines Therapeuten*. 9. Auflage. Stuttgart : Klett-Cotta, 1992 (Konzepte der Humanwissenschaften)
- [Romano u. a. 2009] ROMANO, Vera ; JANZEN, Jennifer I. ; FITZPATRICK, Marilyn R.: Volunteer client attachment moderates the relationship between therapist attachment and therapist interventions. In: *Psychotherapy Research* 19 (2009), Nr. 6, S. 666–676
- [Ronnestad und Ladany 2006] RONNESTAD, Michael H. ; LADANY, Nicholas: The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. In: *Psychotherapy Research* 16 (2006), Nr. 3, S. 261–267
- [Ronnestad und Skovholt 1997] RONNESTAD, Michael H. ; SKOVHOLT, Thomas: Berufliche Entwicklung und Supervision von Psychotherapeuten. In: *Psychotherapeut* (1997), Nr. 5, S. 299–306

- [Rønnestad und Skovholt 2005] RØNNESTAD, Michael H. ; SKOVHOLT, Thomas M.: Die professionelle Entwicklung von Psychotherapeuten während der Ausbildung. In: LAIREITER, Anton-Rupert (Hrsg.) ; WILLUTZKI, Ulrike (Hrsg.): *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen : Hogrefe, 2005, S. 102–120
- [Rudolf 2008a] RUDOLF, Gerd: Allgemeine Psychotherapie. In: RUDOLF, Gerd (Hrsg.) ; HENNINGSEN, Peter (Hrsg.): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. 6., neu bearbeitete Auflage. Stuttgart : Thieme, 2008, S. 319–345
- [Rudolf 2008b] RUDOLF, Gerd: RCTs und die Realität des praktischen Therapierens. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 58 (2008), S. 357–358
- [Rumpler 2004] RUMPLER, Peter: Soziokulturelle und biographische Voraussetzungen bei der Theoriebildung von Gestalttherapie durch Fritz und Lore Perls. In: HOCHGERNER, Markus (Hrsg.) ; HOFFMANN-WIDHALM, Herta (Hrsg.) ; NAUSNER, Liselotte (Hrsg.) ; WILDBERGER, Elisabeth (Hrsg.): *Gestalttherapie*. Wien : facultas, 2004, S. 77–97
- [Sachse 2006] SACHSE, Rainer: Psychotherapie-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung. In: SACHSE, Rainer (Hrsg.) ; SCHLEBUSCH, Peter (Hrsg.): *Perspektiven klärungsorientierter Psychotherapie*. Lengerich : Pabst, 2006, S. 306–324
- [Sandell u. a. 2006a] SANDELL, Rolf ; CARLSSON, Jan ; SCHUBERT, Johan ; GRANT, Johan ; LAZAR, Anna ; BROBERG, Jeanette: Therapists' therapies: The relation between training therapy and patient change in long-term psychotherapy and psychoanalysis. In: *Psychotherapy Research* 16 (2006), Nr. 3, S. 306–316

- [Sandell u. a. 2006b] SANDELL, Rolf ; LAZAR, Anna ; GRANT, Johan ; CARLSSON, Jan ; SCHUBERT, Johan ; BROBERG, Jeanette: Therapist attitudes and patient outcomes. III. A latent class analysis of therapists. In: *Psychology and Psychotherapy - Theory Research and Practice* 79 (2006), S. 629–647
- [Sandell u. a. 2007] SANDELL, Rolf ; LAZAR, Anna ; GRANT, Johan ; CARLSSON, Jan ; SCHUBERT, Johan ; BROBERG, Jeanette: Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. In: *Psychotherapy Research* 17 (2007), Nr. 2, S. 201–211
- [Sarnat 2006] SARNAT, Joan E.: Authority Relations in Psychodynamic Supervision: A Contemporary View. In: RAUBOLT, Richard (Hrsg.): *Power Games. Influence, persuasion, and indoctrination in psychotherapy training*. New York : Other Press, 2006, S. 255–271
- [Saypol und Farber 2010] SAYPOL, Erica ; FARBER, Barry A.: Attachment style and patient disclosure in psychotherapy. In: *Psychotherapy Research* 20 (2010), Nr. 4, S. 462–471
- [Schigutt 2004] SCHIGUTT, Robert: Grundsätzliche Überlegungen zur Gestalttherapeutischen Praxis. In: HOCHGERNER, Markus (Hrsg.) ; HOFFMANN-WIDHALM, Herta (Hrsg.) ; NAUSNER, Liselotte (Hrsg.) ; WILDBERGER, Elisabeth (Hrsg.): *Gestalttherapie*. Wien : facultas, 2004, S. 197–207
- [Schmidt-Lellek 2004] SCHMIDT-LELLEK, Christoph J.: Gestalttherapie als dialogisches Verfahren. In: HOCHGERNER, Markus (Hrsg.) ; HOFFMANN-WIDHALM, Herta (Hrsg.) ; NAUSNER, Liselotte (Hrsg.) ; WILDBERGER, Elisabeth (Hrsg.): *Gestalttherapie*. Wien : facultas, 2004, S. 53–76

- [Schuch 2000] SCHUCH, Hans W.: Grundzüge eines Konzeptes und Modells „Integrative Psychotherapie“. In: *Integrative Therapie* 26 (2000), Nr. 2-3
- [Scragg u. a. 1999] SCRAGG, Peter ; BOR, Robert ; WATTS, Mary: The influence of personality and theoretical models on applicants to a counselling psychology course: a preliminary study. In: *Counselling Psychology Quarterly* 12 (1999), Nr. 3, S. 263
- [Seidler 2009] SEIDLER, Klaus-Peter: Psychotherapie als heilende Bindungserfahrung. In: *Konzentrierte Bewegungstherapie* 40 (2009), S. 13–25
- [Semmer und Udris 2004] SEMMER, Norbert K. ; UDRIS, Ivars: Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: SCHULER, Heinz (Hrsg.): *Lehrbuch Organisationspsychologie*. 3. Bern : Verlag Hans Huber, 2004
- [Sim u. a. 2005] SIM, Kang ; GWEE, Kok P. ; BATEMAN, Anthony: Case Formulation in Psychotherapy: Revitalizing Its Usefulness as a Clinical Tool. In: *Academic Psychiatry* 29 (2005), Nr. 3, S. 289–292
- [Sissel und Skjerve 2002] SISSEL, Reichelt. ; SKJERVE, Jan: Correspondence between supervisors and trainees in their perception of supervision events. In: *Journal of Clinical Psychology* 58 (2002), Nr. 7, S. 759–72
- [Skovholt und Jennings 2004] SKOVHOLT, Thomas M. ; JENNINGS, Len: *Master therapist: exploring expertise in therapy and counseling*. Needham Heights : Allyn & Bacon, 2004
- [Slavin-Mulford u. a. 2011] SLAVIN-MULFORD, Jenelle ; HILSENROTH, Mark J. ; WEINBERGER, Joel ; GOLD, Jerold: Therapeutic Interventions Related to Outcome in Psychodynamic Psychotherapy for

- Anxiety Disorder Patients. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199 (2011), Nr. 4, S. 214–221
- [Smith und Glass 1977] SMITH, Mary L. ; GLASS, Gene V.: Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. In: *American Psychologist* 32 (1977), S. 752–760
- [Sonntag u. a. 2009] SONNTAG, Astrid ; GLAESMER, Heide ; BARNOW, Sven ; BRÄHLER, Elmar ; FEGERT, Jörg M ; FLIEGEL, Steffen ; FREYBERGER, Harald J. ; GOLDBECK, Lutz ; KOHL, Steffi ; LEBIGER-VOGEL, Judith ; LEUZINGER-BOHLEBER, Marianne ; MICHELS-LUCHT, Felicitas ; SPRÖBER, Nina ; WILLUTZKI, Ulrike ; STRAUSS, Bernhard: Die Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Teilnehmer. Ergebnisse einer Ausbildungsteilnehmerbefragung im Rahmen des Forschungsgutachtens. In: *Psychotherapeut* 54 (2009), Nr. 6, S. 427–436
- [Stein und Lambert 1995] STEIN, D. M. ; LAMBERT, M. J.: Graduate training in psychotherapy: are therapy outcomes enhanced? In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63 (1995), Nr. 2, S. 182–96
- [Steinhelber u. a. 1984] STEINHELBER, John ; PATRERSON, Virginia ; CLIFFE, Karen ; LEGOULLON, Marijean: An investigation of some relationships between psychotherapy supervision and patient change. In: *Journal of Clinical Psychology* 40 (1984), Nr. 6, S. 1346–1353
- [Stern 2004] STERN, Elisabeth: *Lernen ist der mächtigste Mechanismus der kognitiven Entwicklung: Der Erwerb mathematischer Kompetenzen.* 2004
- [Stippler und Möller 2009] STIPPLER, Maria ; MÖLLER, Heidi: „Aber

- jetzt ist der Zeitpunkt reif für etwas anderes“. Zur Weiterbildungsmotivation von Teilnehmer/innen einer Coachingausbildung. In: *Organisationsberatung Supervision Coaching* 16 (2009), Nr. 1, S. 72–85
- [Stolk und Perlesz 1990] STOLK, Yvonne ; PERLESZ, Amaryll J.: Do better trainees make worse family therapists? A follow-up study of client families. In: *Family Process* 29 (1990), S. 45–58
- [Strauß 2004] STRAUSS, Bernhard: Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In: LANG, Hermann (Hrsg.): *Was ist Psychotherapie und wodurch wirkt sie?* Würzburg : Königshausen & Neumann, 2004, S. 101–112
- [Strauß u. a. 2009] STRAUSS, Bernhard ; BARNOW, Sven ; BRÄHLER, Elmar ; FEGERT, Jörg M ; FLIEGEL, Steffen ; FREYBERGER, Harald J. ; GOLDBECK, Lutz ; LEUZINGER-BOHLEBER, Marianne ; WILLUTZKI, Ulrike: Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen / Bundesministerium für Gesundheit. 2009. – Forschungsbericht
- [Strauß und Freyberger 2009] STRAUSS, Bernhard ; FREYBERGER, Harald J.: Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. Ergebnisse eines Forschungsgutachtens. In: *Psychotherapeut* 54 (2009), Nr. 6, S. 409–410
- [Strauß und Kohl 2009a] STRAUSS, Bernhard ; KOHL, Steffi: Entwicklung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung in europäischen Ländern. Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: *Psychotherapeut* 54 (2009), Nr. 6, S. 457–464
- [Strauß und Kohl 2009b] STRAUSS, Bernhard ; KOHL, Steffi: Themen

- der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. In: *Psychotherapeut* 54 (2009), Nr. 6, S. 411–426
- [Strupp und Anderson 1997] STRUPP, Hans H. ; ANDERSON, Timothy: On the limitations of therapy manuals. In: *Clinical Psychology-Science and Practice* 4 (1997), Nr. 1, S. 76–82
- [Strupp und Hadley 1979] STRUPP, Hans H. ; HADLEY, Suzanne W.: Specific vs. non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. In: *Archives of General Psychiatry* 36 (1979), S. 1125–1136
- [Target 2003] TARGET, Mary: Über psychoanalytische Ausbildung: Literaturübersicht und Beobachtungen. In: *Forum der Psychoanalyse* 19 (2003), Nr. 2/3, S. 193–210
- [Taubner u. a. 2010] TAUBNER, Svenja ; VISBECK, Annette ; RAPP, Andreas ; KÄCHELE, Horst ; SANDELL, Rolf: Therapeutic attitudes and practice patterns among psychotherapy trainees in Germany. In: *European Journal of Counseling and Psychotherapy* 12 (2010), Nr. 4, S. 361–381
- [Thomä 2004] THOMÄ, Helmut: Ist es utopisch, sich zukünftige Psychoanalytiker ohne besondere berufliche Identität vorzustellen? In: *Forum der Psychoanalyse* 20 (2004), S. 133–157
- [Topolinski und Hertel 2007] TOPOLINSKI, Sascha ; HERTEL, Guido: The role of personality in psychotherapists' careers: Relationships between personality traits, therapeutic schools, and job satisfaction. In: *Psychotherapy Research* 17 (2007), Nr. 3, S. 365–375
- [Tscheulin 1980] TSCHÉULIN, Dieter: Das integrative Ausbildungsmodell: Die Verbindung von didaktischen und therapeutischen Ziel-

- setzungen bei der Ausbildung in Therapeutischem Basisverhalten. In: BIRTSCH, Vera (Hrsg.) ; TSCHULIN, Dieter (Hrsg.): *Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. Ziele, Inhalte und Methoden in Lehre und Studium*. Weinheim : Beltz, 1980, S. 215–228
- [Tuckett 2007] TUCKETT, David: Ist wirklich alles möglich? Über die Arbeit an einem System zur transparenteren Einschätzung psychoanalytischer Kompetenz. In: *Forum der Psychoanalyse* 23 (2007), Nr. 1, S. 44–64
- [Ubben 1998] UBBEN, Bernd: Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung als Selbstmanagement-Training. In: LIEB, Hans (Hrsg.): *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten*. Göttingen : Verlag für Angewandte Psychologie, 1998, S. 203–224
- [Vachon u. a. 1995] VACHON, Dominic O. ; SUSMAN, Marilyn ; WYNNE, Martha E. ; BIRINGER, Jill ; OLSHEFSKY, Lisa ; COX, Karen: Reasons Therapists Give for Refusing to Participate in Psychotherapy Process Research. In: *Journal of Counseling Psychology* 42 (1995), Nr. 3, S. 380–382
- [Vaughan u. a. 2000] VAUGHAN, Susan C. ; MARSHALL, Randall D. ; MACKINNON, Roger A. ; VAUGHAN, Roger ; MELLMAN, Lisa ; ROOSE, Steven P.: Can We Do Psychoanalytic Outcome Research? A Feasibility Study. In: *International Journal of Psychoanalysis* 81 (2000), Nr. 3, S. 513–527
- [Vogel und Schulte 1991] VOGEL, Georg ; SCHULTE, Dietmar: Der Prozeß therapeutischer Entscheidungen. In: SCHULTE, Dietmar (Hrsg.): *Therapeutische Entscheidungen*. Göttingen : Hogrefe, 1991, S. 152–180



- [Vogel und Alpers 2009] VOGEL, Heiner ; ALPERS, Georg W.: Welche Kompetenzen braucht ein Psychotherapeut? Überlegungen zu den Zielen der Psychotherapieausbildung. In: *Psychodynamische Psychotherapie* 8 (2009), S. 124–134
- [Vogel und Schieweck 2005a] VOGEL, Heiner ; SCHIEWECK, Renate: Ergebnisqualität in der Psychotherapieausbildung. In: LAIREITER, Anton-Rupert (Hrsg.) ; WILLUTZKI, Ulrike (Hrsg.): *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen : Hogrefe, 2005, S. 404–425
- [Vogel und Schieweck 2005b] VOGEL, Heiner ; SCHIEWECK, Renate: Qualität in der Psychotherapieausbildung. In: LAIREITER, Anton-Rupert (Hrsg.) ; WILLUTZKI, Ulrike (Hrsg.): *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen : Hogrefe, 2005, S. 353–361
- [Walz-Pawlita u. a. 2008] WALZ-PAWLITA, Susanne ; BATALLER, Isabel ; BOXBERG, Ferdinand von ; CORMAN-BERGAU, Gertrud ; LOETZ, Susanne ; MÜNCH, Karsten ; RUMPELTES, Raimund ; MUNZ, Dietrich ; SPRINGER, Anne: Psychoanalytische Ausbildung und Forschungsgutachten. In: *Forum der Psychoanalyse* 24 (2008), Nr. 4, S. 367–381
- [Wampold 2001] WAMPOLD, Bruce E.: *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates, 2001
- [Wampold und Bolt 2006] WAMPOLD, Bruce E. ; BOLT, Daniel M.: Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. In: *Psychotherapy Research* 16 (2006), Nr. 2, S. 184–187
- [de Wet u. a. 2000] WET, Andries G. de ; POTHAS, Anne-Marie ; WET, Johannes M. de: GABEK: Some Methodological Issues in

- Qualitative Analysis. In: BUBER, Renate (Hrsg.) ; ZELGER, Josef (Hrsg.): *GABEK II. Zur Qualitativen Forschung*. Innsbruck : StudienVerlag, 2000, S. 149–163
- [Wilkins 2006] WILKINS, Paul: Professional and Personal Development. In: FELTHAM, Colin (Hrsg.) ; HORTON, Ian (Hrsg.): *The SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy*. London : SAGE, 2006, S. 158–165
- [Will 2006] WILL, Herbert: Psychoanalytische Kompetenzen. Transparenz in Ausbildung und Praxis? In: *Forum der Psychoanalyse* 22 (2006), Nr. 2, S. 190–203
- [Willutzki 2005] WILLUTZKI, Ulrike: Supervision in der Psychotherapieausbildung. In: LAIREITER, Anton-Rupert (Hrsg.) ; WILLUTZKI, Ulrike (Hrsg.): *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen : Hogrefe, 2005, S. 293–317
- [Willutzki und Laireiter 2005] WILLUTZKI, Ulrike ; LAIREITER, Anton-Rupert: Ausbildung in Verhaltenstherapie - Was ist ein guter (Verhaltens-)therapeut und wie soll Ausbildung gestaltet sein? In: LAIREITER, Anton-Rupert (Hrsg.) ; WILLUTZKI, Ulrike (Hrsg.): *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen : Hogrefe, 2005, S. 21–49
- [Zelger 1999] ZELGER, Josef: Wissensorganisation durch sprachliche Gestaltenbildung im qualitativen Verfahren GABEK. In: ZELGER, Josef (Hrsg.) ; MAIER, Martin (Hrsg.): *GABEK. Verarbeitung und Darstellung von Wissen*. Innsbruck : StudienVerlag, 1999, S. 41–87
- [Zelger 2000a] ZELGER, Josef: Twelve Steps of GABEWinRelan. In: BUBER, Renate (Hrsg.) ; ZELGER, Josef (Hrsg.): *GABEK II. Zur Qualitativen Forschung*. Innsbruck : StudienVerlag, 2000, S. 205–220

- [Zelger 2000b] ZELGER, Josef: Zur Geschichte von GABEK. In: BUBER, Renate (Hrsg.) ; ZELGER, Josef (Hrsg.): *GABEK II: Zur Qualitativen Forschung*. Innsbruck : StudienVerlag, 2000, S. 13–20
- [Zelger 2002] ZELGER, Josef: *GABEK. Handbuch zum Verfahren GABEK-WinRelan 5.2*. 02.02.2002 2002
- [Znoj und Grawe 2004] ZNOJ, Hansjörg ; GRAWE, Klaus: Wirkfaktoren der allgemeinen Psychotherapie. In: LANG, Hermann (Hrsg.): *Was ist Psychotherapie und wodurch wirkt sie?* Würzburg : Königshausen & Neumann, 2004, S. 199–210

Die Fähigkeit ein Erklärungskonzept für die Entwicklung der Symptome eines Patienten oder einer Patientin zu entwickeln und darauf aufbauend ein Therapiekonzept zu erstellen wird unter dem Begriff der Konzeptkompetenz als zentrale therapeutische Fähigkeit angesehen. Im ersten Teil dieses Buches hebt die Autorin die Bedeutung der Konzeptkompetenz hervor und wirft die Frage auf, inwieweit diese Kompetenz im Rahmen der Psychotherapieausbildung gefördert wird. In diesem Zusammenhang verweist sie auf Studien zur Psychotherapieausbildung als auch zur Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Autorin stellt anschließend Möglichkeiten zur Erfassung der Konzeptkompetenz dar und untersucht selbst in einer qualitativen Studie mit GABEK (Ganzheitliche Bewältigung sprachlicher Komplexität) die Veränderung dieser Kompetenz im Rahmen der Psychotherapieausbildung in vier Ausbildungsgruppen in Österreich.