

Pauza, Elisabeth

Psychotherapieausbildungsforschung. Veränderungen von Persönlichkeit, Beziehungserleben und emotionalen Kompetenzen während der Ausbildung

Kassel : kassel university press 2012, 174 S. - (Dissertation, Universität Kassel, 2012)



Quellenangabe/ Reference:

Pauza, Elisabeth: Psychotherapieausbildungsforschung. Veränderungen von Persönlichkeit, Beziehungserleben und emotionalen Kompetenzen während der Ausbildung. Kassel : kassel university press 2012, 174 S. - (Dissertation, Universität Kassel, 2012) - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-317947 - DOI: 10.25656/01:31794

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-317947>

<https://doi.org/10.25656/01:31794>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://kup.uni-kassel.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Elisabeth Pauza

PSYCHOTHERAPIEAUSBILDUNGSFORSCHUNG

Veränderungen von Persönlichkeit, Beziehungserleben
und emotionalen Kompetenzen während der Ausbildung



Elisabeth Pauza

Psychotherapieausbildungsforschung -
Veränderungen von Persönlichkeit, Beziehungserleben
und emotionalen Kompetenzen während der 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. Eva Jaeggi

Tag der mündlichen Prüfung

8. Juni 2012

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

Zugl.: Kassel, Univ., Diss. 2012
ISBN print: 978-3-86219-336-3
ISBN online: 978-3-86219-337-0
URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0002-33377>

© 2012, kassel university press GmbH, Kassel
www.uni-kassel.de/upress

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
0 Einleitung.....	9
1 Die Ausbildung zur Psychotherapeutin	11
1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	11
1.2 Berufsmotivation und Zulassung zur Ausbildung.....	17
1.3 Psychotherapeutische Kompetenzen	20
1.4 Ausbildungsforschung	25
1.4.1 Theorieausbildung	28
1.4.2 Supervision.....	31
1.4.3 Selbsterfahrung / Eigentherapie.....	36
1.4.4 Praktikum / praktische Tätigkeit	38
1.5 Die Therapeutinnenvariable, Entwicklung und Persönlichkeit von Psychotherapeutinnen.....	40
1.5.1 Die Therapeutinnenvariable	40
1.5.2 Entwicklung von Psychotherapeutinnen	41
1.5.3 Persönlichkeit von Psychotherapeutinnen.....	46
2 Beziehungstheorien.....	50
2.1 Sozialpsychologische Beziehungstheorien.....	50
2.2 Klinische Theorien.....	53
2.3 Die Strukturelle Analyse sozialer Beziehungen (SASB).....	65
2.4 Der Effekt der therapeutischen Beziehung auf das Behandlungsergebnis	71
2.5 Der Zusammenhang von Beziehung und Technik.....	73
2.6 Therapeutische vs. private Beziehungen	78
3 Herleitung der Fragestellung.....	80
3.1.1 Persönlichkeit	80
3.1.2 Emotionales Erleben und Emotionsregulierung.....	81

3.1.3	Emotionserkennung	81
3.1.4	Beziehungserleben und –verhalten.....	81
4	Methodisches Vorgehen	83
4.1	Testverfahren	83
4.1.1	Persönlichkeit	83
4.1.2	Emotionales Erleben und Emotionsregulierung	84
4.1.3	Emotionserkennung	86
4.1.4	Beziehungserleben und –verhalten.....	87
4.2	Untersuchungsablauf und Stichproben	87
4.2.1	Erhebungszeitpunkte	88
4.2.2	Vorliegende Datensätze	89
4.2.3	Drop-Out	91
4.2.4	Reliabilitätsanalyse.....	91
5	Darstellung der Ergebnisse.....	92
5.1	Soziodemographische Daten	92
5.1.1	Soziodemographische Daten der Grundstichprobe	92
5.1.2	Soziodemographische Daten: Grundstichprobe und INTREX– Fragebogen.....	92
5.2	Persönlichkeit	94
5.2.1	Persönlichkeit zu Beginn der Ausbildung	94
5.2.2	Schulenunterschiede	95
5.2.3	Veränderungen während der Ausbildung.....	98
5.2.4	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	99
5.3	Emotionales Erleben und Emotionsregulierung	99
5.3.1	Emotionales Erleben und Emotionsregulierung zu Beginn der Ausbildung	99
5.3.2	Veränderungen des emotionalen Erlebens und der Emotionsregulierung während der Ausbildung	103
5.3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	108
5.4	Emotionserkennung	109
5.4.1	Emotionserkennung zu Beginn der Ausbildung.....	109
5.4.2	Veränderungen der Emotionserkennung während der Ausbildung.....	110
5.4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	110
5.5	Beziehungserleben und –verhalten.....	111
5.5.1	Auswertung nach Pincus et al. (1998).....	111

5.5.2	Detailauswertung	113
6	Interpretation	126
6.1	Persönlichkeit	126
6.2	Emotionales Erleben und Emotionsregulierung.....	128
6.3	Emotionserkennung.....	133
6.4	Beziehungserleben und –verhalten	134
6.5	Widersprüche	135
7	Limitationen	137
7.1	Methodische Limitationen.....	137
7.1.1	Emotionserkennungstest.....	137
7.1.2	Prä–Post Vergleich	138
7.2	Reflexion des praktischen Vorgehens.....	138
	Zusammenfassung	141
	Abstract	143
	Literaturverzeichnis	145

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Benennung der Segmente des interpersonellen Zirkels	66
Abbildung 2: Foki des SASB Modells	68
Abbildung 3: Die deutsche Clusterversion des SASB-Modells.....	70
Abbildung 4: Ordnungsversuch des Zusammenhangs von Beziehung und Technik	74
Abbildung 5: Geschlechtsverteilung	93
Abbildung 6: Ausbildungsgang	93
Abbildung 7: Erleben von Wut der einzelnen Teilnehmerinnen	104
Abbildung 8: Introjekt Mittelwerte für beste Zeiten	113
Abbildung 9: Introjekt Mittelwerte für schlechteste Zeiten.....	115
Abbildung 10: Transitiv, beste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson.....	116
Abbildung 11: Intransitiv, beste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson.....	117
Abbildung 12: Transitiv, beste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung.....	118
Abbildung 13: Intransitiv, beste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung.....	119
Abbildung 14: Transitiv, schlechteste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson.....	120
Abbildung 15: Intransitiv, schlechteste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson	121
Abbildung 16: Transitiv, schlechteste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung.....	122
Abbildung 17: Intransitiv, schlechteste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung.....	123

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Therapeutinnenvariablen.....	40
Tabelle 2: Erhebungszeitpunkte	88
Tabelle 3: Datensätze Prä Erhebung	89
Tabelle 4: Datensätze Post Erhebung.....	89
Tabelle 5: zusätzliche Datensätze FEEL Prä–Post.....	90
Tabelle 6: Drop–Out.....	91
Tabelle 7: Schulenzugehörigkeit Häufigkeit	94
Tabelle 8: Schulenzugehörigkeit und Alter	94
Tabelle 9: Persönlichkeitsskalen	95
Tabelle 10: Mittelwerte und Standardabweichungen des Merkmals Offenheit von Teilnehmerinnen verschiedener Ausbildungsrichtungen	96
Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen des Merkmals Lebenszufriedenheit von Teilnehmerinnen verschiedener Ausbildungsrichtungen	97
Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichung des Merkmals Emotionalität von Teilnehmerinnen verschiedener Ausbildungsrichtungen	98
Tabelle 13: Veränderungen während der Ausbildung	99
Tabelle 14: Emotionales Erleben zu Beginn der Ausbildung	100
Tabelle 15: Anzahl der Personen, die die gleiche schwierige Emotion ausgewählt haben.....	101
Tabelle 16: Emotionsregulierung	102
Tabelle 17: Veränderungen des emotionalen Erleben während der Ausbildung	104
Tabelle 18: Emotionserleben Therapeutinnen in fortgeschrittener Ausbildung.....	105
Tabelle 19: Postmessung, Anzahl der Personen, die die gleiche schwierige Emotion ausgewählt haben.....	106
Tabelle 20: Veränderungen der Emotionsregulierung während der Ausbildung	107
Tabelle 21: Emotionsregulierung in fortgeschrittener Ausbildung ..	108
Tabelle 22: Vergleich der Emotionserkennung von Psychotherapeutinnen in Ausbildung mit einer Kontrollgruppe gesunder Personen.....	109
Tabelle 23: Prä–Post Vergleich der Emotionserkennungsfähigkeit .	110

Tabelle 24: Auswertung nach Pincus et al. (1998).....	112
Tabelle 25: Introjekt, beste Zeiten	113
Tabelle 26: Introjekt, schlechteste Zeiten	114
Tabelle 27: Transitiv, beste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson.....	116
Tabelle 28: Intransitiv, beste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson.....	117
Tabelle 29: Transitiv, beste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung.....	118
Tabelle 30: Intransitiv, beste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung.....	119
Tabelle 31: Transitiv, schlechteste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson.....	120
Tabelle 32: Intransitiv, schlechteste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson.....	121
Tabelle 33: Transitiv, schlechteste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung.....	122
Tabelle 34: Intransitiv, schlechteste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung.....	123
Tabelle 35: Schulenunterschiede	125

0 Einleitung

Die Zeit der Psychotherapieausbildung stellt eine Zeit mit vielen Herausforderungen und mitunter auch Krisen dar. Die Lebenssituation ist gekennzeichnet von hohen fachlichen Verbesserungsmöglichkeiten und persönlichen Wachstumschancen bei gleichzeitigem niedrigen sozioökonomischen Status. Dies zeigt auch das Forschungsgutachten von Strauß & Kohl (2009b). Von den Psychotherapeutinnen in Ausbildung wird die Entwicklung von personalen Kompetenzen und Beziehungskompetenzen gefordert (Strauß & Kohl 2009a), da die Person der Psychotherapeutin und die therapeutische Beziehung als zentrale Wirkfaktoren gelingender Psychotherapie (Wampold, 2001; Lambert et al., 2004; Grawe, 1999) angesehen werden. Zudem wurde gezeigt, dass sich die Psychotherapeutinnen in ihren Erfolgen unterscheiden (Okiishi et al., 2006). Bisher ist allerdings wenig bekannt, was die erfolgreichen Therapeutinnen kennzeichnet und wie diese arbeiten. Psychotherapeutinnen in Ausbildung und deren Entwicklungsprozessen in dieser den Berufsweg prägenden Phase, wurde bisher wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Daher wird hier auf die Veränderung der Persönlichkeit, des emotionalen Erlebens, der Emotionsregulierung, der Emotionserkennung, des Beziehungserlebens und –verhaltens während psychotherapeutischer Ausbildung fokussiert.

Diese Arbeit gibt einen Überblick über die Ausbildungsforschung in der Psychotherapie (Kapitel 1). Im Kapitel 2 werden die Beziehungstheorien fokussiert. Es werden die Fragestellungen hergeleitet und die Untersuchung beschrieben. Die Ergebnisse werden dargestellt und interpretiert. Die Limitationen der Arbeit werden angegeben.

Es sind stets beide Geschlechter angesprochen. Die Arbeit ist in weiblicher Form abgefasst. An Stellen, an denen das spezifische Geschlecht eine Rolle spielt, wird dies kenntlich gemacht. Die Begriffe Therapeutin und Psychotherapeutin werden synonym verwendet. Wird von Psychotherapeutinnen in Ausbildung gesprochen, sind damit auch Psychologische Psychotherapeutinnen in Ausbildungen, im Sinne der deutschen gesetzlichen Regelungen, angesprochen.

1 Die Ausbildung zur Psychotherapeutin

„Die wichtigste Empfehlung für die Ausbildung ist, soweit wie möglich sicherzustellen, dass Anfänger und in Ausbildung befindliche Therapeuten „heilendes Engagement“ mit Patienten erleben [...]. Anfänger sind besonders anfällig für den demoralisierenden Effekt einer belastenden Praxis“ (Ronnestad & Orlinsky, 2006, S. 274).

In diesem Kapitel sollen der Ablauf und die Inhalte der psychotherapeutischen Ausbildung sowie die empirischen Ergebnisse der Psychotherapieausbildungsforschung dargestellt werden. Im ersten Teil werden die rechtlichen Rahmenbedingungen beschrieben und ein Vergleich der deutschen und österreichischen Ausbildung vorgenommen. Es wird die Diskussion um die Zulassung zur Ausbildung und die benötigten psychotherapeutischen Kompetenzen, die während der Ausbildung erworben werden sollen, dargestellt. Des Weiteren werden die Befunde der Ausbildungsforschung zu den Ausbildungsbausteinen referiert. Zudem werden die Persönlichkeit und die Entwicklung von Psychotherapeutinnen beschrieben.

1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Richter (2005) weist darauf hin, dass die Qualität der therapeutischen Versorgung von der Qualität der Ausbildung bestimmt wird. Die Tatsache, dass in der Straßburger Deklaration zur Psychotherapie von 1990, zitiert nach Strauß & Kohl (2009b, S. 463), die Zulassung zur Ausbildung in einem und die Ausgestaltung der Ausbildung in zwei

der insgesamt fünf Punkte Erwähnung finden, deutet auch daraufhin, dass die Psychotherapieausbildung für die Qualität der Psychotherapie eine zentrale Rolle spielt.

Straßburger Deklaration zur Psychotherapie nach Strauß & Kohl (2009b, S. 463):

- 1) Die Psychotherapie ist eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin, deren Ausübung einen selbständigen und freien Beruf darstellt.
- 2) *Die psychotherapeutische Ausbildung erfolgt auf hohem, qualifiziertem und wissenschaftlichem Niveau.*
- 3) Die Vielfalt der psychotherapeutischen Verfahren ist gewährleistet.
- 4) *In einem psychotherapeutischen Verfahren wird die Ausbildung vollständig absolviert und umfasst Theorie, Selbsterfahrung und Praxis unter Supervision. Über andere psychotherapeutische Verfahren werden ausreichend Kenntnisse erworben.*
- 5) *Der Zugang zur Ausbildung erfolgt über verschiedene Vorbildungen, insbesondere in Human- und Sozialwissenschaften.*

Die allgemeinen Ziele der Psychotherapieausbildung leiten Willutzki & Laireiter (2005) aus den Gesetzgebungen für Österreich und Deutschland folgendermaßen ab:

- 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 die 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.

Die Psychotherapiegesetzgebungen, die unter anderem die Ausbildung in Psychotherapie regeln, traten 1991 (PthG, BGBl Nr. 361/1990) in Österreich und 1999 (PsychThG) in Deutschland in Kraft. In Deutschland wird zwischen den Heilberufen der psychologischen Psychotherapeutin (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (KJP) differenziert. In Österreich besteht die Ausbildung aus dem psychotherapeutischen Propädeutikum und dem sich anschließenden Fachspezifikum. Die Ausbildungsbau- steine variieren leicht in der Stundenanzahl, bestehen aber jeweils aus der theoretischen Ausbildung, Praktikum, der praktischen Tätigkeit, der Supervision und der Selbsterfahrung (Eigentherapie).

In beiden Ländern findet sich eine sehr strikte Regulierung in Form von benötigten Stundenanzahlen. In Österreich sind im PthG für das Propädeutikum 765 Stunden Theorieausbildung, 50 Stunden Selbster- fahrung, 480 Stunden Praktikum und 20 Stunden Praktikumssuper- vision vereinbart. Das Fachspezifikum (Stumm & Jandl-Jäger, 2006) gliedert sich in den theoretischen Teil von 300 Stunden und den prak- tischen Teil mit min. 1600 Stunden (Mindestzahlen: 200 Stunden Lehrtherapie bzw. Selbsterfahrung, 550 Stunden Praktikum, 30 Stunden Praktikumssupervision, 600 Stunden psychotherapeutische Tätigkeit und 120 Stunden Supervision der psychotherapeutischen Tätigkeit).

In Deutschland werden nach dem PsychThG nach Zulassung zur Ausbildung insgesamt 4200 Stunden auf die einzelnen Bausteine verteilt. Es wird jeweils die Mindeststundenanzahl angegeben. So werden 600 Stunden Theorie, 1200 Stunden Psychiatriepraktikum, 600 Stunden Psychosomatikpraktikum, 120 Stunden Selbsterfahrung, 600 Stunden praktische Tätigkeit, 150 Stunden Supervision und 930 Stunden „freie Spitze“ (Dokumentation, Vorbereitungen etc.) zur Zulassung zur Approbationsprüfung gefordert. Die Approbationsprüfung gliedert sich in einen schriftlichen und einen mündlichen Teil.

Die Zulassungsvoraussetzungen zum Fachspezifikum sind in Österreich durch einen Quellenberuf mit abgeschlossenem Studium (Psychologie, Pädagogik, Lehramt, Theologie etc.) oder mit Sondergenehmigung, Mindestalter 24 Jahre und Abschluss des Propädeutikums, bestimmt. Es gibt aktuell 21 verschiedene Psychotherapieverfahren von unterschiedlichen Ausbildungsinstituten. Diese sind Analytische Psychologie nach C. G. Jung, Autogene Psychotherapie, Daseinsanalyse, Dynamische Gruppentherapie, Existenzanalyse und Logotherapie, Gestalttherapie (inklusive integrative Gestalttherapie und gestalttheoretische Psychotherapie), Gruppenpsychoanalyse, Hypnose-therapie, Individualpsychologie, Integrative Therapie, Kathathym imaginative Psychotherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie und Personenzentrierte Psychotherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Psychoanalyse, Psychodrama, Systemische Psychotherapie, Transaktionsanalytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Die Zulassung erfolgt je nach Ausbildungsinstitut durch Auswahlgespräche oder –seminare. Für Medizinerinnen gibt es eine eigene Ausbildung in Form von PSY-Diplomen der Österreichischen Ärztekammer (Stumm & Jandl–Jäger, 2006). Für einen detaillierten Überblick über die Ausbildung in Österreich siehe auch Stippler (2011).

In Deutschland ist die Zulassung zur psychotherapeutischen Ausbildung über das abgeschlossene Studium der Psychologie oder Medizin und das jeweilige Aufnahmeverfahren des Ausbildungsinstituts geregelt. Gegenwärtig können die Ausbildungen in Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie mit der Krankenkasse vollständig abgerechnet werden. Als Richtlinienverfahren sind auch Klientenzentrierte Psychotherapie und Systemische Psychotherapie zugelassen. Zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Ausbildung werden zudem Pädagogen und ähnliche Berufsgruppen zugelassen. An manchen Standorten wird auch eine Kombinationsausbildung angeboten (Strauß & Kohl, 2009b).

Die Psychotherapie und Psychotherapieausbildung in Deutschland und Österreich sind durch folgende Gemeinsamkeiten gekennzeichnet (Strauß & Kohl, 2009b):

- Gliederung der Ausbildung in Theorie, Praktikum, Selbsterfahrung und Praktische Ausbildung unter Supervision
- Differenzierung zwischen ärztlicher und nichtärztlicher Psychotherapie
- Vorliegen bzw. Planung gesetzlicher Regelungen zur Psychotherapie (in Österreich seit 1991, in Deutschland seit 1999)
- Gesetzlicher Schutz des Berufs der Psychotherapeutin

Die Psychotherapie und Psychotherapieausbildung in Deutschland und Österreich sind hingegen durch folgende Unterschiede gekennzeichnet (Strauß & Kohl, 2009b):

- Honorierung von Psychotherapie im Gesundheitssystem: In Deutschland werden die Kosten für Psychotherapie in der Regel

vollständig von den Krankenkassen übernommen, in Österreich ist je nach Bundesland nur eine Teilfinanzierung gewährleistet

- Zulassungsvoraussetzungen für die psychotherapeutischen Ausbildungen
- Differenzierung von Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie in Deutschland
- Anzahl der offiziell anerkannten Verfahren

Die wesentlichen Unterschiede im Vergleich von Deutschland und Österreich betreffen demzufolge die Zulassung zur Ausbildung, die Vielfalt der Ausbildungsrichtungen und die Abrechnungsmöglichkeit. In Deutschland können nur Psychologinnen und Ärztinnen die Ausbildung beginnen, nur drei verschiedene Verfahren erlernen, die Behandlungen aber vollständig abrechnen. In Österreich können die Teilnehmerinnen nach Abschluss des Propädeutikums, einem Mindestalter von 24 Jahren und einem erlernten Quellenberuf zu 21 verschiedenen Fachspezifika zugelassen werden, allerdings werden die Behandlungskosten nicht vollständig von den Kassen finanziert.

Strauß & Kohl (2009b, S. 463) fassen die Unterschiede folgendermaßen zusammen: „Es entsteht insgesamt der Eindruck, dass überall da, wo die Ausbildungsrichtlinien relativ strikt und qualitativ hochwertig sind, auch am ehesten eine Integration der nichtärztlichen Psychotherapie als Pflichtleistung im Gesundheitssystem erfolgt.“ Im Gegensatz zur International Federation of Psychotherapy (IFP) sieht das World Council of Psychotherapy (WCP) die Zulassung zur Ausbildung nicht an bestimmte Gesundheitsberufe geknüpft. Die Stundenanzahl für Ärzte ist bei beiden Ländern erwähnenswert kürzer bestimmt.

1.2 Berufsmotivation und Zulassung zur Ausbildung

Die Frage in Zulassungsgesprächen: „Warum wollen Sie eine psychotherapeutische Ausbildung machen?“ bei der Bewerbung, verlangt nach einer Begründung. Theoretische, historische Konzepte zur Berufsmotivation finden sich bei Schmidbauer (1983), der die Motive der Menschen helfender Berufe aus psychoanalytischer Sicht beschrieben hat.

Schmidbauer benennt das „Helfersyndrom“. Die Psychotherapeutin versucht durch das Helfen anderer Menschen ihren Selbstwert zu stabilisieren.

Das Konzept des „wounded healers“, des verwundeten Heilers, bedeutet, dass Menschen aufgrund eigener Verletzungen versuchen, sich und anderen zu helfen (Norcross & Farber, 2005).

Auch in der Studie von Orlinsky & Ronnestad (2005) berichtet fast die Hälfte der Teilnehmerinnen, dass persönlich belastende Ereignisse die Berufswahl beeinflusst haben.

Neugier als Motiv für die Berufswahl wird von Jaeggi (1991) beschrieben und dies entspricht einer nicht defizitär orientierten Auffassung. Jaeggi (2002) benennt zusätzlich auch das Spannungsfeld zwischen Beruf und Berufung. Dabei verweist sie darauf, dass einige Psychotherapeutinnen eine Art „Erleuchtung“ erleben und sich daraufhin für die Ausbildung entscheiden.

Die formalen, rechtlichen Voraussetzungen zur Zulassung wurden im Punkt 1.1. beschrieben. Hier geht es nun um eine andere Kernfrage: Wer soll zur Psychotherapieausbildung zugelassen werden und wer nicht?

Nimmt man die Fragen hinzu, wer über die Zulassung oder Ablehnung entscheiden darf und welche Daten bei der Entscheidungsfin-

dung berücksichtigt werden, so wird dadurch ein brisanter Macht- und Verantwortungsdiskurs der Psychotherapieausbildung aufgeworfen. Die Eignung der Persönlichkeit und die Beziehungsfähigkeiten werden in einem Auswahlgespräch mit den Ausbildungsleiterinnen oder in Selbsterfahrungsseminaren überprüft. Je nach Institut finden sich zudem unterschiedliche Zulassungsbedingungen.

Die Auswahl geeigneter Psychotherapieausbildungskandidatinnen soll nach Ronnestad & Ladany (2006, S.182) diejenigen Personen berücksichtigen, die bereits über gut ausgebildete interpersonale Fähigkeiten verfügen. Eversmann, Schöttke, Wiedl & Rogner (2011) entwickelten und validierten eine Beobachtungsskala, die therapierrelevante interpersonelle Verhaltensweisen misst. Bei angehenden Psychotherapeutinnen können Kritikfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Empathie und die Fähigkeit zu einer klaren und wertschätzenden Kommunikation zur Auswahl geeigneter Kandidatinnen herangezogen werden. Denn Eversmann et al. (2011) konnten zeigen, dass diejenigen Ausbildungsteilnehmerinnen, denen im Auswahlverfahren eine höhere interpersonelle Kompetenz zugeschrieben wurde, bessere Noten in der schriftlichen Approbationsprüfung erzielen, von den Mitarbeiterinnen der Verwaltung kooperativer eingeschätzt werden und nach Einschätzung ihrer Supervisorinnen über eine tendenziell höhere therapeutische Kompetenz verfügen. Auch sind diese eher bereit, die Ergebnisqualität ihrer Therapien zu dokumentieren, sie können mehr Therapien regulär beenden und haben einen höheren durchschnittlichen Gesamttherapieerfolg. Dies gilt für Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung.

Die universitäre Abschlussnote von Psychologiestudentinnen stellt dagegen einen schlechten Prädiktor für den beruflichen Erfolg dar (Hackmann, Wiggins & Bass, 1970). Costanzo & Philpott (1986) zei-

gen, dass soziale Wahrnehmung und Sensibilität bessere Prädiktoren für die therapeutische Begabung sind als akademische Leistung, soziodemographische Variablen oder Persönlichkeitseigenschaften.

Die Auswahlkriterien sind gegenwärtig allerdings wenig transparent und die Zulassung hängt möglicherweise mehr von Angebot und Nachfrage bzw. mit der Intuition und Erfahrungswerten der Ausbildungsleiterinnen ab.

Zur Wahl der Schule

Barthel et al. (2010) benennen das „Attraktivitätsproblem“ der psychoanalytischen Ausbildung in Bezugnahme auf die Ergebnisse des Forschungsgutachtens von Strauß et al. (2009), da diese Ausbildung weniger häufig gewählt wird. Gegenwärtig sind in Deutschland die meisten Ausbildungsteilnehmerinnen in verhaltenstherapeutischer Ausbildung, gefolgt von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und die wenigsten entscheiden sich für eine alleinige psychoanalytische Ausbildung. Eichenberg, Müller & Fischer (2007) erklären dieses Phänomen als Resultat der einseitigen Darstellung der Therapieschulen mit Schwerpunkt auf Verhaltenstherapie während des Psychologiestudiums.

Demgegenüber steht natürlich auch die provokative Kritik der psychoanalytischen Ausbildung nach Kernberg (1998) bzw. aktuell auch Wiegand–Grefe & Schuhmacher (2006). Es werden Fragen der Unterdrückung von Kandidatinnen und das Auftreten struktureller Gewalt während der Ausbildung thematisiert. Für andere Therapieschulen gibt es keine vergleichbaren Kritiken.

Poznanski & McLennan (2003) sowie Buckman & Barker (2010) zeigen, dass Psychologinnen und Auszubildende mit einer Präferenz für Verhaltenstherapie tendenziell jünger waren. Heffler & Sandell (2009) beschäftigen sich mit dem Zusammenhang zwischen Lernstil und beabsichtigter Wahl der therapeutischen Orientierung. Sie zeigen, dass Studierende, die Verhaltenstherapie präferieren eher einen „denke und handle“ –Stil und Studierende, mit einer Präferenz für psychodynamische Therapie eher einen „beobachte und fühle“ –Stil aufweisen. Personen, die sich selbst als intuitiv und offen für Erfahrungen einschätzen wählen eher ein einsichtsorientiertes Psychotherapieverfahren als ein verhaltensorientiertes Verfahren (Topolinski & Hertel, 2007). Auch Scragg, Bor & Watts (1999) fanden in einer Untersuchung, dass sich Studierende, die sich für non–direktive Verfahren interessieren, sich als intuitiver einschätzen als Studierende, die sich für direktive Verfahren interessieren. Diese schätzen sich höher ein bei den Dimensionen interpersonale Direktheit, Systematisierung und Konformität.

1.3 Psychotherapeutische Kompetenzen

„Den Patienten aber würde ein „ganz normal menschlicher“ Therapeut genügen. Ihre Übertragungsprojektionen sind stärker als die Realität. Das „wahre Wesen“ ihrer Therapeuten wird nur in den seltensten Fällen sichtbar – und das ist auch nicht nötig für eine ordentliche Psychotherapie“ (Jaeggi, 2002, S. 214).

Bei der Debatte „Was“ Therapeutinnen können sollen, besteht hohe Einigkeit. Sie sollen gute Therapieergebnisse erzielen. Dabei geht es in erster Linie um das „Können“ (Richter, 2009). Der Zusammenhang zwischen psychotherapeutischer Kompetenz und dem Behandlungserfolg wurde von Trepka et al. (2004) gezeigt. Dieses Ergebnis gilt für kognitive Verhaltenstherapeutinnen, die mit depressiven Patientinnen arbeiten. Möglicherweise lässt sich dies auch für Psychotherapeutinnen anderer Richtungen und Patientinnen mit anderen Störungsbildern generalisieren.

In Abhängigkeit von der jeweiligen theoretischen Orientierung wurden die Kompetenzen in unterschiedlicher Terminologie explizit zusammengefasst (Willutzki & Laireiter, 2005; Lehdorfer, 2008; Sasse, 2008; Kahl-Popp, 2004; Revenstorff, 2009; Vogel & Alpers, 2009).

Grawe beschreibt 1999 (vgl. S. 693 –710) sieben wichtige Kompetenzen von Psychologischen Psychotherapeutinnen, die hier in Kurzform dargestellt werden:

- Therapeutinnen sollten ressourcenorientiert wahrnehmen, denken und handeln lernen.
- Therapeutinnen sollten prozessorientiert wahrnehmen, denken und handeln lernen.
- Therapeutinnen sollten zu Beziehungsexpertinnen werden.
- Therapeutinnen sollten zu Störungsexpertinnen werden.
- Therapeutinnen sollten zu Expertinnen für die motivationale Dynamik des psychischen Geschehens werden.
- Therapeutinnen sollten bewältigungs- und klärungsorientiert intervenieren können.

- Therapeutinnen sollten die Möglichkeiten verschiedener interpersonaler Settings nutzen lernen.

Rønnestad & Ladany (2006, S. 266) beschreiben folgende Konzeptualisierungsmöglichkeiten zur Messung des Fortschritts der angehenden Therapeutinnen in der Psychotherapieausbildung:

- Klientinnenergebnisse (z. B. Symptomveränderungen, Einsicht und Verhaltensänderungen)
- Supervisionbeziehungen (z. B. Arbeitsbündnis)
- Konzeptkompetenz der Therapeutinnen und Theoriewissen (z.B. akademisches Wissen, diagnostische Fähigkeiten, Prozesswissen)
- therapeutische Reflektionsfähigkeiten (z. B. interkulturelles Wissen, Reflektion der Gegenübertragung)
- interpersonale Merkmale der Therapeutin (z. B. Selbstwirksamkeit, Angst)
- therapeutische Fertigkeiten (z. B. Methoden und Interventionsformen)
- therapeutische Fähigkeiten zu einer kritischen Selbst-Bewertung

Die therapeutischen Kompetenzen werden nach Strauß & Kohl (2009a) benannt, welche auf einem Positionspapier der deutschen Bundespsychotherapeutenkammer (2008) beruhen.

Kernkompetenzen von Psychotherapeuten (Strauß & Kohl, 2009a, S. 420)

Fachlich-konzeptionelle Kompetenz: Kenntnisse über wissenschaftlich begründete psychotherapeutische, psychologische, biologische und soziologische Modelle psychischer Erkrankungen und anderer Er-

krankungen, 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 stellen. 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 Problemklärung und –bewältigung, Sinnfindung, Verhaltensänderung. Fähigkeit implizites Wissen und Erfahrungen im psychotherapeutischen Prozess zu nutzen. Fähigkeit zu differenzierten therapeutischen Entscheidungen im therapeutischen Prozess. Fähigkeit zur und 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“, „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 Rol-

lenübernahme (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 zur altersgerechten 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. Fähigkeit zu und Fertigkeiten in der systematischen Analyse und Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Eine weitere Kompetenz, die von anderen Autoren nicht genannt wurde, liegt meiner Meinung nach auch in ordnenden- und verwaltenden Kompetenzen, sowie in Organisationskompetenzen, da nicht nur die Behandlungsstunden und Supervisionsstunden vereinbart und durchgeführt werden, sondern auch die Behandlungen dokumentiert werden.

Die Antragsstellung, Fallkonzeption und Falldokumentation könnte man als das Resultat der fachlich-konzeptionellen Fähigkeiten sehen. Bei der Therapiedurchführung kommen den personalen und Beziehungskompetenzen eine hohe Bedeutsamkeit zu.

„Wie“ diese Kompetenzen in der Ausbildung vermittelt werden können, ist noch nicht hinreichend wissenschaftlich beantwortet. Der Komplexität der gegenseitigen Beeinflussung von relevanten Kompetenzfeldern und Ausbildungsbausteinen wurde bislang noch wenig

Aufmerksamkeit gewidmet (Laireiter & Botermans, 2005). Dies ist das Thema des nächsten Abschnitts.

1.4 Ausbildungsforschung

In diesem Abschnitt wird ein Überblick über den Stand der Ausbildungsforschung gegeben. Die vorliegenden Ergebnisse der Ausbildungsforschung zu den Ausbildungsbausteinen Theorieausbildung, Supervision, Selbsterfahrung und Praktikum bzw. Praktische Tätigkeit werden im Einzelnen beschrieben und diskutiert.

Ausbildungsforschung wird als Teilbereich der Psychotherapieforschung aufgefasst. Gegenstand ist die Beschreibung von Ausbildungen, Curricula, Ausbildungs- und Trainingselementen vor allem im Hinblick auf die Effekte. Bedeutsam ist die Frage, wie differentielle Variablen von Teilnehmerinnen, Ausbilderinnen und das Curriculum die Ausbildungseffekte beeinflussen und welche prozessualen Komponenten Einfluss auf das Ergebnis haben (vgl. Laireiter & Botermans, 2005, S. 55). Die Psychotherapieausbildungsforschung hat keine eigene Forschungstradition. Die Befunde werden aus verschiedensten Bereichen zusammengeführt, z.B. aus der Lehr- und Lernforschung oder der Psychotherapie-Prozess-Forschung. Als Hauptprobleme der Ausbildungsforschung benennen Laireiter & Botermans (2005) die Heterogenität der Psychotherapieschulen und daraus resultierend die mangelnde Vergleichbarkeit der Untersuchungen, die untergeordnete Position der Ausbildungsforschung im Vergleich zur Erfolgs- und Prozessforschung von Behandlungen und die geringe Teilnahmebereitschaft von Psychotherapeutinnen in Ausbildung.

Die Aspekte der Therapieausbildung bilden Mosaiksteine dazu (Laireiter & Botermans 2005, S. 54–55):

- „Psychotherapie–Outcome und Psychotherapie–Prozess–Forschung: Ausbildungs– und Kompetenzaspekte werden hier als Determinanten des Therapieerfolgs bzw. –prozesses untersucht [...] In diesem Zusammenhang sind zwei Perspektiven als besonders wichtig anzusehen: Forschungen zur Person des Therapeuten für den Therapieprozess und den Therapieerfolg [...] und die Untersuchungen so genannter „Master– or Senior Psychotherapists“ [...]
- [...] Vergleich zwischen professionellen und Lientherapeuten und den so genannten „common factors in psychotherapy“
- Forschung zum Skills–Training [...]
- Evaluation von Ausbildungsprogrammen und –curricula
- Supervisionsforschung
- Studien zur Eigentherapie von Psychotherapeuten
- Professionssoziologische Studien zur Entwicklung der Profession und in diesem Zusammenhang relevante Aspekte, z. B. der Ausbildung
- Erziehungswissenschaftliche Forschung zu Curricula und Unterrichtsdidaktik
- Pädagogische und psychologische Lehr– und Lernforschung
- Forschung zur Entwicklung von professioneller Expertise
- Studien zur Entwicklung von Psychotherapeuten
- Ausbildungsforschung in anderen Berufen
- Universitäre Evaluation und Lehr–/Lernforschung“

Strauß & Kohl (2009a) orientieren sich in ihrem Ordnungssystem an dem Generic Model of Psychotherapy nach Orlinsky & Howard (1987):

Ordnungssystem nach Strauß & Kohl (2009a, S. 412, Tabelle 1)

Hintergrund: Kultur, gesetzliche, ethische, soziale und finanzielle Regulierungen / Grundlagen der Psychotherapie, Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung, Genereller Stellenwert psychotherapeutischer Leistungen im Gesundheitssystem

Input: Persönlicher Hintergrund der Ausbildungsteilnehmer, Motive für die Berufswahl, Persönlichkeit (Selbsteffizienz, Vulnerabilität etc.), Vorerfahrungen, klinische Erfahrungen, Wahl des Verfahrens, Motivation, spezielle Interessen (Methoden, Orientierung), Ausbildungseinrichtung, Lehrkräfte, Lehrtherapeuten, Supervisoren, Programmbestandteile, Curriculum, Zulassungsvoraussetzungen, Aufnahmebedingungen, Lehrkonzept, Psychotherapiekonzept, Qualifikation des Lehrpersonals, Standards der Qualitätssicherung

Prozess: Ausbildungsziele, –inhalte und –konzepte (Fokus: z.B. verfahrens– vs. störungsorientiert), Qualität der Ausbildung, Operationalisierungen (z.B. „helping skills“), Trainingsaspekte, Fertigkeiten (Entwicklung und Bewältigung), Gruppenprozesse: innerhalb der Ausbildungsgruppe, der Einrichtung, der Supervisionsgruppe etc., Negative Effekte, Allgemeine Entwicklung: Individualisierung, Autonomie, Abhängigkeit, (Über)–Identifizierungen, Ausbildungskomponenten: Selbsterfahrung, praktische Ausbildung, theoretische Ausbildung, praktische Tätigkeit, Supervision, Hospitationen, zusätzliche Angebote, Evaluation

Output: Mikro– und Makro–Outcome, Expertise/Kompetenz, negative Effekte, professionelle Integration, lebenslanges Lernen, Interessenverlagerung, Sozialisation nach der Ausbildung, persönliches Wachstum, Belastungen und Selbstfürsorge

1.4.1 Theorieausbildung

In der Theorieausbildung werden allgemeine und schulenspezifische Theorien, Störungsmodelle und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen vermittelt. Die Theorieausbildung ist in den hier untersuchten Lehrgängen überwiegend in Form von Blockveranstaltungen an Wochenenden organisiert. Dies gilt auch für die teilnehmenden Institute der Untersuchung, z.B. Donau-Universität Krems, Universität Innsbruck oder Berliner Akademie für Psychotherapie. Dies bedeutet, dass die theoretischen Inhalte weniger in Form von Frontalunterricht vermittelt werden, sondern der Einsatz zahlreicher didaktischer Möglichkeiten günstig ist.

Die Thesen für gelingende Lehre sind nach Möller & Jaeggi (2003, S.18–21):

- 1) These: Lehre kann dann gelingen, wenn es den Dozentinnen gelingt, die Ausbildungskandidatinnen möglichst umfassend zu erreichen, d.h. ihr Denken, Fühlen und Handeln zu berücksichtigen.[...]
- 2) These: Lehre kann dann gelingen, wenn man die Richtung des Unterrichts vom Erleben zum Verstehen einschlägt. [...]
- 3) These: Lehre kann dann gelingen, wenn die Ressourcen der Teilnehmerinnen aktiviert werden. [...]
- 4) These: Lehre kann dann gelingen, wenn man die Person der Ausbildungskandidatinnen nicht heraushält. [...]
- 5) These: Lehre kann dann gelingen, wenn man die Möglichkeit des gruppalen Settings nutzt. [...]
- 6) These: Lehre kann dann gelingen, wenn Ausbildung auch übende Teile enthält. [...]

7) These: Lehre kann dann gelingen, wenn wir im Kontakt zu den Teilnehmerinnen bleiben. [...]

Spezifische Studien zu diesen Thesen bezogen auf die Psychotherapieausbildung sind nicht vorhanden. Es sei daher auf die Mosaiksteine nach Laireiter & Botermans (2005) verwiesen, insbesondere auf pädagogische und psychologische Lehr- und Lernforschung, Forschung zur Entwicklung von professioneller Expertise, Ausbildungsforschung in anderen Berufen.

Praxeologie

Für die sechste These der Betonung der übenden Anteile sind spezifische Arbeiten vorhanden.

Ein Skills-Training findet zum Teil in der theoretischen Ausbildung von Verhaltenstherapeutinnen statt, daher seien einige Forschungsergebnisse zu den übenden Teilen erwähnt. Studien mit Kontrollgruppen sind dabei jedoch selten. Von O'Toole (1979) wurde der Einsatz von Rollenspielen bei der Vermittlung der Fähigkeit offene Fragen zu stellen, Schweigen zu nutzen und Antworten zu takten, untersucht. Die Psychotherapeutinnen in Ausbildung hatten audiovisuelle Modellbeispiele erhalten, eine Gruppe übte auch im Rollenspiel. Die Kontrollgruppen hatten kein spezielles Training erhalten. Die Gruppe mit dem Rollenspieltraining zeigte anschließend eine signifikant bessere Leistung als die Trainingsgruppe, in der kein Rollenspiel durchgeführt wurde und die Kontrollgruppen. Der Vorteil von Rollenspielen konnte auch in einer weiteren Untersuchung gezeigt werden. Errek & Randolph (1982) unterscheiden zwischen Diskussion und Rollenspiel bei Gesprächsführungskompetenzen. Teilnehmerinnen, die am Rollenspieltraining teilgenommen hatten, zeigen mehr angemessene Antworten auf Videoaufnahmen mit

Patientinnen als die Teilnehmerinnen, die keine Rollenspiele durchgeführt hatten. Auch Froehle, Robinson & Kurpius (1983) demonstrierten die Überlegenheit von Rollenspielen. Folgende Tendenzen können zusammengefasst dargestellt werden. Einfache Skills in Form von Gesprächsführungstechnik können leichter und schneller gelernt werden als komplexere Verhaltensweisen (Bootzin & Ruggill, 1988; Laireiter & Botermans, 2005). Dabei erscheinen vor allem Rollenspiele aus einer didaktischen Perspektive das Mittel der Wahl zu sein (O'Toole, 1979).

Eine Diskussion, die These sechs nach Möller & Jaeggi (2003) tangiert, betrifft den Einsatz und das Lehren und Lernen von Manualen. Insgesamt zeigen sich hier widersprüchliche Ergebnisse, so belegen eine Reihe von Untersuchungen, dass die an Manualen geschulten Therapeutinnen bessere Therapieerfolge (Pekarik, 1994), gleich gute (Bein et al., 2000) und schlechtere (Stolk & Perlesz, 1990) Ergebnisse erzielen. O'Donovan, Bain & Dyck (2005) berichten von gemischten Effekten.

Die Diskussion über den Einfluss der Manualtreue auf die Qualität der therapeutischen Beziehung ist kontrovers. Diese ist entfacht durch die gemischten Effekte der Untersuchung von Henry et al. (1993). Es handelte sich dabei um ein Manual aus dem Bereich psychodynamische Psychotherapie. Positive Ergebnisse der Untersuchung sind, dass die Therapeutinnen in Ausbildung nach einem Jahr eine höhere Manualtreue und eine Verbesserung der allgemeinen therapeutischen Fähigkeiten aufweisen. Negatives Ergebnis ist, dass sich die Beziehungsgestaltung der Teilnehmerinnen verschlechterte, da die absolute Zahl der disaffiliativen Äußerungen der Therapeutinnen in den Therapiesitzungen ansteigt. Das Verhältnis von affiliativen und disaffiliativen Äußerungen in der

Therapie blieb konstant.

Die Grenzen manualbasierter Ausbildungen mahnen Strupp & Anderson (1997) an, da sie mechanisch und künstlich seien und die Therapeutin als Wirkfaktor vernachlässige. Crits–Cristoph et al. (1998) zeigen, dass es keinen Hinweis darauf gibt, dass das Training an Manualen negative Effekte auf die Beziehung habe und verweisen darauf, dass die Ergebnisse von Henry et al. (1993) möglicherweise nicht repräsentativ seien.

Es wurden keine Studien zum Modelllernen in der psychotherapeutischen Ausbildung gefunden. Positiv erlebte, erfahrene Therapeutinnenmodelle werden aber mit hoher Wahrscheinlichkeit nachgeahmt und die Bedeutsamkeit für den Lernprozess erscheint plausibel.

Die Forscherinnengruppe um Hill & Knox bereiten im neuen Handbook of Psychotherapy Research, das voraussichtlich 2014 erscheinen wird, ein Kapitel zu „Training“ vor, da dieses Kapitel in der letzten Ausgabe als fehlend angemahnt wurde. Hill & Knox (2009) beschäftigen sich dabei neben dem Fertigkeitentraining auch mit Möglichkeiten, die Psychotherapeutinnen in Ausbildung in der Verbesserung der therapeutischen Beziehungsgestaltung zu trainieren. Crits–Christoph et al. (2006) konnten zeigen, dass der Aufbau der therapeutischen Beziehung trainierbar ist. Hilsenroth et al. (2002) belegen, dass die Bewertung der besseren Beziehung von Psychotherapeutinnen in Ausbildung und deren Patientinnen nach einem strukturierten, klinischen Training höher ist.

1.4.2 Supervision

Ronnestad & Orlinsky (2005) zeigen, dass die Supervision einen sehr wichtigen Stellenwert in der Ausbildung und Entwicklung von

Psychotherapeutinnen einnimmt und sowohl von Ausbildungskandidatinnen als auch von bereits praktizierenden Psychotherapeutinnen als höchst hilfreich eingestuft wird (Nodop, Thiel & Strauß, 2010). Trotz der hohen praktischen Bedeutung ist die Forschungslage zur Supervision mehr als ungenügend, insbesondere die Korrelation von Supervision mit dem Behandlungserfolg ist nicht vorhanden (Falander & Safranske, 2006; Schigl, 2004).

Steinhelber et al. (1984) zeigten, dass der Therapieerfolg nicht mit der Häufigkeit der Supervision korreliert. Gleiche theoretische Orientierung von Supervisandin und Supervisorin wirken sich positiv auf das Behandlungsergebnis aus.

Die Funktion von Supervision während der Ausbildung besteht einerseits darin, den Kompetenzerwerb zu fördern und andererseits darin, als Kontrollelement zu fungieren. Lehrmann–Waterman & Ladany (2001) demonstrieren, dass effektive Ziel- und Feedbackstrategien in der Supervision zu einer verbesserten Selbstwirksamkeit der Teilnehmerinnen beitragen. Allerdings sprechen Ausbildungskandidatinnen lieber über Therapien, die gut laufen (Lecomte, 2006; Auckenthaler, 1999). Ladany et al. (1996) führt in diesem Kontext den Begriff des „Nondisclosure“ ein, was auf das Nichtangesprochene und die mangelnde Öffnungsbereitschaft bei Problemen verweist. Demgegenüber konnten Skjerve et al. (2009) zeigen, dass auch die Supervisorinnen wenig Selbstöffnungsbereitschaft aufweisen. Das Feedback der Supervisorinnen war an deren Annahmen, was hilfreich für die Supervisandin ist, orientiert. Das heißt, dass möglicherweise Befürchtungen, die aus der Kontrollfunktion resultieren, von beiden Seiten die Kompetenzentwicklung der Supervisandin hemmen können, da Schwierigkeiten nicht offen angesprochen werden.

Orlinsky & Ronnestad (2005), Reichelt & Skjerve (2002), Gray, Ladany & Walker (2001), Cabaniss, Glick & Roose (2001), Yourman & Fraber (1996) sowie Moskowitz & Rupert (1983) beschäftigen sich weiterführend mit negativen Auswirkungen von Supervisionen. Orlinsky & Ronnestad (2005) beschreiben diesbezüglich ungünstige Verläufe in Form einer „doppelten Traumatisierung“. Dies bedeutet, dass bei ungünstigen Therapieverläufen das Selbstvertrauen der Teilnehmerinnen beeinträchtigt werden kann, die Selbstzweifel und die Selbstkritik bezogen auf die psychotherapeutische Wirksamkeit sich erhöhen und damit einhergehend negative Reaktionen auf die Supervisorin und die Patientin folgen können. Durch das Erleben von aufreibendem Engagement mit Konflikten mit Supervisorin und Patientin kann dies zu schädlichen Auswirkungen in Form der „doppelten Traumatisierung“ führen.

Bezogen auf die psychotherapeutische Ausbildung ist die Empfehlung von Orlinsky & Ronnestad (2005) folgerichtig, dass Psychotherapeutinnen in Ausbildung „leichte“ Patientinnen behandeln sollen, da diese ihrem Kompetenzniveau entsprechen. In der praktischen Tätigkeit sieht die Praxis aber eher umgekehrt aus. In Ausbildungsambulanzen werden häufig zu schwierige Patientinnen angenommen, da diese in den freien Praxen oft abgelehnt werden bzw. lange Wartezeiten vorherrschen. Dies ist vor dem Hintergrund dieser Studienergebnisse als ungünstig zu bewerten.

Stufenmodelle

Im Folgenden werden Modelle, die die Entwicklung der Supervision in Abhängigkeit von den Erfahrungen, die die Psychotherapeutin in Ausbildung schon gemacht hat, dargestellt. Das Differentielle Entwicklungsmodell nach Hogan (1964) beschreibt vier Entwicklungsstufen der Therapeutin in Ausbildung bezogen auf die Bedürfnisse in der

Supervision in Abhängigkeit von der Dauer der therapeutischen Erfahrung.

Zu Beginn ist die Supervisandin noch sehr unsicher und zweifelt an ihrer therapeutischen Wirksamkeit, sie ist in ihrer therapeutischen Arbeit noch stark von ihrer Supervisorin abhängig. Es hat sich noch keine eigene therapeutische Identität entwickelt. Das Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung und nach klarer Methodenanleitung ist zentral.

Auf Stufe 2 kommt es zu ersten Autonomieäußerungen. Dabei schwankt die angehende Therapeutin zwischen Autonomie und Abhängigkeit, Selbstüberschätzung und Selbstzweifeln. In dieser Zeit kommen Spannungen zwischen Supervisandin und Supervisorin am ehesten vor. Die angehende Therapeutin benötigt von der Supervisorin klare Anleitung und klares Feedback zum therapeutischen Vorgehen zur Kompetenzentwicklung.

Auf Stufe 3 fühlt sich die Therapeutin in Ausbildung zunehmend wohl in ihrem therapeutischen Handeln. Es entwickelt sich der individuelle, therapeutische und autonome Stil und der Wunsch nach Freiraum zur Erprobung und Verwirklichung eigener Ziele. Aufgrund der Sicherheit wird die Therapeutin in Ausbildung kritikfähiger. In dieser Phase steht die Konfrontation in der Supervision im Vordergrund.

Auf der letzten Stufe dieses Modells kennt die Therapeutin ihre eigenen Grenzen. Sie weiß um ihre Fähigkeiten und Schwierigkeiten und kann eigenständig handeln. Eine grundlegende therapeutische Sicherheit ist vorhanden, kritische Konfrontation mit Schwächen kann in der Supervision zugelassen werden. Die Therapeutin kann sich kritisch zu Empfehlungen der Supervisorin äußern und wünscht sich eine partnerschaftliche Supervision.

Dieses Modell zeigt deutlich, dass sich im Verlauf der Ausbildung die Rollen von Supervisandin und Supervisorin ändern. Während am Beginn emotionale Entlastung und ein Schülerin–Lehrerin–Modell vorherrschen, entwickelt sich im Verlauf zunehmend ein kollegiales Verhältnis. Empirische Belege zu dieser Entwicklung sind bei Frank, Rzepka & Vaitl (1996) zu finden.

Grater (1985) kritisiert an Hogans Entwicklungsmodell allerdings, dass es zu unspezifisch für die Entwicklung von Psychotherapeutinnen sei und dies eher die allgemeine Entwicklung von Kompetenzen beschreibt. Sein Alternativmodell ist ebenfalls stufenmäßig aufgebaut. Zu Beginn ist die Entwicklung grundlegender therapeutischer Fertigkeiten und die Spezifität der therapeutischen Rolle zentral.

Vor dem Kontakt mit den Patientinnen sollen die Therapeutinnen Rollenspiele und Feedback üben.

In Stufe 2 werden die therapeutischen Fertigkeiten in Abhängigkeit von Problemen und Rollenerwartungen der Patientin weiterentwickelt. In Stufe 3 lernt die Supervisandin verstärkt die dysfunktionalen Interaktionsmuster der Patientin zu erkennen und wirksame Interventionen auszuwählen.

In der letzten Stufe soll die Therapeutin schließlich lernen das eigene Selbst zur Beurteilung einzusetzen.

Hess, Knox & Hill (2006) zeigen bei Psychotherapeutinnen in Ausbildung, die ein Therapeutinnentraining zum Umgang mit Ärger der Patientinnen erhielten, dass die Psychotherapeutinnen zu Beginn der praktischen Tätigkeit von Supervision mehr profitierten als von Selbststudium und Lektüre. Bei fortgeschrittener Ausbildung verbesserten sie sich bei den unterschiedlichen Bedingungen Selbststudium, Lektüre und Supervision ähnlich. Dieses Ergebnis deutet möglicher-

weise darauf hin, dass wie auch im Entwicklungsmodell postuliert, mit fortschreitender Ausbildung eine höhere Selbständigkeit vorherrscht.

1.4.3 Selbsterfahrung / Eigentherapie

Die Selbsterfahrung, Eigentherapie oder Lehranalyse gilt in Österreich und Deutschland als obligatorischer Teil der Ausbildung. Empirisch ist bisher nicht sicher nachgewiesen, dass Selbsterfahrung die therapeutische Effektivität positiv beeinflusst.

Geller, Norcross & Orlinsky (2005) beschreiben Selbsterfahrung als eine der wichtigsten Quellen beruflichen Wachstums. Subjektiv wird Selbsterfahrung bzw. Eigentherapie von den Teilnehmerinnen sehr geschätzt. Döring–Seipel, Schüler & Seipel (2000) zeigen, dass Verhaltenstherapeutinnen in Ausbildung den Nutzen von Selbsterfahrung sehr positiv bewerten. Sonntag et al. (2009) zeigen schulenübergreifend, dass dieser Ausbildungsbaustein als hilfreich bewertet wird. Vergleicht man psychodynamische, psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung bzw. Eigentherapie, so zeigt sich bei Sonntag et al. (2009), dass sich Verhaltenstherapeutinnen im Vergleich zu den anderen Richtungen mehr Selbsterfahrung wünschen. Die Verhaltenstherapeutinnen haben aber in den Curricula weniger Stunden vorgesehen. Laireiter & Botermans (2005) verweisen darauf, dass zwischen 5 % und 10 % der Absolventinnen aber auch von negativen Effekten berichten.

Sandell et al. (2006) fand einen negativen Zusammenhang zwischen der Dauer der Selbsterfahrung und dem Behandlungserfolg. Dieses Ergebnis bedeutet nicht, dass Eigentherapie nicht nützlich sei, sondern viel mehr, dass Therapeutinnen, die an sehr langen Eigentherapien teilgenommen haben, dadurch nicht automatisch

bessere Therapeutinnen werden. Der Diskurs um Dauer, Frequenz, „Tiefe“ und „Vollständigkeit“ der Lehranalyse beschäftigt die psychoanalytischen Ausbildungsinstitute seit hundert Jahren und die Argumente basieren auf theoretischen Annahmen und nicht auf empirischen Untersuchungen.

Laireiter & Botermans (2005, S. 86–87) benennen nach Angaben der Absolventinnen, deren wichtigste persönliche Effekte von Eigenthapien: Verbesserung des psychischen Funktionierens, Bewältigung psychischer Probleme, Stressreduktion, Förderung der Selbsterkenntnis und Selbstreflexion, Selbstwertverbesserung, höhere Arbeitsfähigkeit, Persönlichkeitsentwicklung und Verbesserung der interpersonalen Kompetenzen.

Für die therapeutische Arbeit benennen die Absolventinnen als besonders bedeutsam: Entwicklung therapeutischer Basiskompetenzen, vor allem Empathiefähigkeit und Einfühlung in die Rolle der Patientin, Verbesserung der Kompetenzen zur Beziehungsgestaltung, Unterstützung der Integration theoretischer Konzepte in praktisches Handlungswissen, Erwerb und Vertiefung therapeutischer Methoden und Techniken, Verbesserung der therapeutischen Effektivität und eine höhere Identifikation mit der eigenen Methode. Willutzki & Ambühl (2000) zeigen, dass die Eigenthapie die Überzeugung fördert, eine hohe therapeutische Kompetenz zu haben. Zudem senken sich die Erwartungen bezüglich des Therapieerfolgs. Dies ist als Hinweis darauf zu werten, dass die Therapeutinnen in Ausbildung sich kompetent fühlen können, da auch kleinere Fortschritte der Patientinnen wertgeschätzt werden und vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrung mit Psychotherapie die Erwartungen realistischer sind.

Greve (2007) konnte für die verhaltenstherapeutische

Gruppenselbsterfahrung zeigen, dass es engagierte Teilnehmerinnen gibt, die positive Veränderungen auf emotionaler, kognitiver und prozessualer Ebene erleben. Andererseits wird von nicht engagierten Teilnehmerinnen berichtet, die versuchen, die Selbsterfahrung relativ reibungsarm zu „überstehen“ und damit einhergehend keine Veränderungen wahrnehmen. Dieses Ergebnis deutet daraufhin, dass es an den Teilnehmerinnen liegt, ob sie die Selbsterfahrung für ihr persönliches Wachstum nutzen oder auch nicht. Tschuschke, Meier & Theilacker (2011) zeigen für verhaltenstherapeutische Gruppenselbsterfahrung einen Lernzuwachs in den Dimensionen Selbsterkenntnis, Übertragungslernen und Feedback-Lernen. Sie verweisen dabei auf die Bedeutsamkeit der Gruppenleiterinnen, denn es zeigt sich eine hohe positive Korrelation zwischen Selbsterkenntnis und den als hilfreich erlebten Gruppenleiterinnen. Wenn die Leiterinnen abgelehnt werden, ziehen die Teilnehmerinnen weniger Nutzen aus der Selbsterfahrung.

1.4.4 Praktikum / praktische Tätigkeit

Das Praktikum in der Psychiatrie bzw. psychosomatischen Einrichtung ist wohl als das „Stiefkind“ der Ausbildung zu sehen. Es gibt verglichen mit dem Turnus oder Arzt im Praktikum keine vergleichbaren Konzepte. Dies wird auch bei der Interpretation der Ergebnisse des Forschungsgutachtens angemahnt (Strauß & Kohl, 2009b).

Die praktische Tätigkeit ist der wesentliche Ausbildungsbaustein. Dabei gelingt im Idealfall der Transfer, der in den anderen Bausteinen (Selbsterfahrung, Theorieausbildung und Supervision) vermittelten Kompetenzen. Insbesondere Supervision und praktische Tätigkeit beeinflussen sich stark. Auch die Vorbereitung der Stunden,

Dokumentation, Antragsstellung und das Abfassen der Fallberichte gehören zur praktischen Tätigkeit. Dabei könnte man davon ausgehen, dass dies von den meisten Teilnehmerinnen unterschätzt wird und dass das Erstellen der ersten Anträge sehr viel länger dauern kann, als zuvor kalkuliert. Die praktische Tätigkeit wird entweder in den Ausbildungsambulanzen der Institute oder in privaten Praxisräumen durchgeführt.

Bezogen auf die praktische Tätigkeit zeigen sich in Deutschland gegenüber Österreich zwei Vorteile. In Deutschland werden die Patientinnen häufig über die Ausbildungsambulanzen den Ausbildungskandidatinnen zugewiesen, dies ist in Österreich wenig bis gar nicht organisiert. Die Therapieanträge der Ausbildungsteilnehmerinnen werden von externen Gutachtern bewilligt. Den entscheidenden Vorteil bezogen auf Ausbildungstherapien kann man darin sehen, dass Psychotherapeutin in Ausbildung und Supervisorin gemeinsam für das Ziel der Befürwortung der Therapie zusammenarbeiten und damit einhergehend die Entscheidungsmacht nicht bei der Supervisorin liegt. Zudem ist das Abfassen der Therapieanträge günstig für die Entwicklung der fachlich-konzeptionellen Kompetenzen einzustufen.

Die Befunde zum Outcome der Behandlungen, die von Psychotherapeutinnen in Ausbildung durchgeführt werden, sind rar. Therapieabbrüche nehmen bei länger trainierten Therapeutinnen ab (Lambert & Ogles, 2004). Leon (2004) konnte zeigen, dass der höchste Zuwachs an Outcome bei Ausbildungsteilnehmerinnen dann auftrat, wenn die zweite Patientin ähnliche soziodemographische Variablen und Symptome aufwies wie die erste Patientin. Stein & Lambert (1995) zeigen, dass die Dauer der Ausbildung einen mäßigen, konsistenten Effekt auf den Behandlungserfolg der

Psychotherapeutinnen in Ausbildung hat. Psychotherapeutinnen, die länger in Ausbildung waren, erzielten weniger Behandlungsabbrüche, die Patientinnen waren zufriedener (Effektstärke $r = 0,27$) und deren Symptombelastung ging deutlicher zurück ($r = 0,30$).

1.5 Die Therapeutinnenvariable, Entwicklung und Persönlichkeit von Psychotherapeutinnen

Die Therapeutinnenvariable, die Entwicklung und die Persönlichkeit von Psychotherapeutinnen werden in diesem Abschnitt beschrieben.

1.5.1 Die Therapeutinnenvariable

Therapeutinnenvariablen wurden in der Psychotherapieforschung vernachlässigt, der Blickwinkel war stark in Richtung Therapiemethoden ausgerichtet. Beutler et al. (2004) arbeiteten Aspekte der Therapeutinnen heraus, die für den Erfolg der Therapie relevant sind. Es erfolgt bei Beutler et al. (2004) folgende Trennung in vier Bereiche: in beobachtbare und erschließbare Eigenschaften und dem beobachtbaren und erschließbaren Status (siehe Tabelle 1).

	Beobachtbar (observable)	Erschlossen (inferred)
Eigenschaften (traits)	<u>Observable traits:</u> Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft	<u>Inferred traits:</u> Persönlichkeit, Coping-Stil, Einstellungen, Wohlbefinden
Status (states)	<u>Observable states:</u> Training, Erfahrung, interaktionelle Fähigkeiten	<u>Inferred states:</u> Therapeutische Beziehung, theoretische Orientierung

Tabelle 1: Therapeutinnenvariablen

Bei den beobachtbaren Eigenschaften ist ein Hauptergebnis, dass ältere Therapeutinnen höheren Erfolg haben als Jüngere. Ähnliches Al-

ter und Ethnie zwischen Therapeutin und Patientin wirken sich ebenfalls positiv auf den Behandlungserfolg aus.

Die Effektstärken zu den erschließbaren Eigenschaften sind insgesamt niedrig.

Bezogen auf die Persönlichkeit ergeben die Meta-Analysen, dass sich Dominanz der Therapeutin negativ auf das Therapieergebnis auswirkt. Hohe Offenheit der Therapeutin wirkt sich positiv auf die Therapie aus. Ein hohes Wohlbefinden der Therapeutin bürgt ebenfalls für gute Therapieergebnisse.

Beim erschließbaren Status wirkt sich eine konsistente theoretische Orientierung der Therapeutin positiv auf das Therapieergebnis aus (Beutler et al. 2004). Die Ergebnisse zur therapeutischen Beziehung werden im nächsten Kapitel ausführlich dargestellt.

1.5.2 Entwicklung von Psychotherapeutinnen

Hier wird das Stufenmodell der Entwicklung von Ronnestad & Skovholt (2005, S. 103–129) für die relevante Zeit während der Ausbildung zusammengefasst.

1) Konventionelles Stadium

Als konventionelles Stadium wird die Zeit bezeichnet, bevor die Person die professionelle Entwicklung beginnt. Es herrscht eine Vorstellung darüber, wie man anderen Menschen helfen kann. Anderen Menschen zu helfen, wird als persönliche und als automatische Reaktionsbereitschaft empfunden. Im Vergleich zur professionellen Helferin gehen mit der konventionellen Helferrolle verschiedene Probleme einher. Diese Schwierigkeiten beziehen sich vor allem auf die Regulation von Grenzen zwischen dem Selbst und dem Anderen. Viele dieser paraprofessionellen Helferinnen leisten hervorragende Arbeit, haben

aber oft auch Probleme, die mit mangelnder emotionaler Abgrenzung und Überidentifikation mit Klientinnen begründet werden, da nicht zwischen Sympathie und Empathie differenziert wird (vgl. Ronnestad & Skovholt, 2005).

2) Übergang zur professionellen Ausbildung

Dieser Zeitabschnitt umfasst den Übergang zur therapeutischen Ausbildung und das erste und zweite Jahr der professionellen Ausbildung. Dies ist eine Periode des Wechsels, in der sich Ausbildungskandidatinnen durch die ersten Eindrücke in der Psychiatrie oft überwältigt und ohnmächtig fühlen. Die Einflussquellen sind mannigfaltig und hinterlassen bei den meisten Kandidatinnen einen intensiven Eindruck. Zu diesen Einflussquellen gehören Theorie, Forschung, Ausbilderinnen, Lehrerinnen, Ausbildungskolleginnen, das persönliche Leben und manchmal auch die Supervision und Lehrtherapie. In dieser intensiven Periode beeinflusst die Motivation, mit der therapeutischen Arbeit zu beginnen, auch die sich herausbildenden Präferenzen bezüglich der Arbeitsrolle und -theorie. Die Ausbildungsteilnehmerinnen befinden sich insofern in einem Vakuum, als dass die konventionellen Rollen der Hilfeleistung in Frage gestellt und oft aufgegeben werden und sich mehr Fragen als Antworten bezüglich vieler Aspekte professioneller Arbeit stellen. Die Ausbildungsteilnehmerinnen sind sehr verletzlich. Kritik von älteren Kolleginnen, Ausbildungskolleginnen und Klientinnen kann ihrer Selbstsicherheit abträglich sein und dazu führen, dass die Ausbildung aufgegeben wird. Eine gängige Frage von Ausbildungsteilnehmerinnen in dieser Übergangsphase ist, ob man in der Lage ist diesem Anforderungsprofil zu genügen (vgl. Ronnestad & Skovholt, 2005).

3) Imitation von Expertinnen

Diese Phase ist im mittleren Abschnitt der Ausbildung, in der die Teilnehmerinnen bereits mit Patientinnen arbeiten, anzusiedeln. Die Psychotherapeutinnen in Ausbildung suchen aktiv nach Konzepten und Rollen, die ihre professionelle Arbeit unterstützen und leiten können. Ein hohes Angstniveau motiviert sie Lernerfahrungen zu suchen, die möglichst genau spezifizieren, wie man sich in der therapeutischen Situation verhalten kann. Ausbildungskandidatinnen berichten, dass sie aktiv nach Modellen für ihr eigenes professionelles Handeln suchen. Damit ist dies eine Phase des Modelllernens. Der Lernprozess scheint sich von Imitation zu beginnender Identifikation und Internalisierung zu verändern. Viele Psychotherapeutinnen in Ausbildung versuchen eine Methode besonders gründlich zu erlernen, um dadurch Struktur und Anleitung für ihr professionelles Handeln zu bekommen. Angesichts des hohen Angstniveaus ist es eine Herausforderung für die Teilnehmerinnen, Modelle zu übernehmen und sich gleichzeitig eine Offenheit für verschiedene Theorien und Zugänge zu erhalten. Die Gefahr einer vorzeitigen Einengung der Sichtweise und damit der Eintritt in eine Phase der Stagnation. Diese ist dann ausgeprägt, wenn Performanzängste in leistungsorientierten bzw. akademischen Kontexten erlebt werden (vgl. Ronnestad und Skovholt, 2005). Buchholz (2007) stellt dem gegenüber, dass eine Phase der Identifizierung mit der eigenen „Schule“ nötig ist, um sich danach wieder distanzieren zu können. An einer Stichprobe von 171 deutschen Ausbildungsteilnehmerinnen konnte auch Taubner et al. (2010) zeigen, dass schulenkonforme therapeutische Haltungen mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung der Psychotherapeutinnen in Ausbildung einhergehen.

4) Konditionale Autonomie

Die Phase ist am Ende der Ausbildung anzusiedeln. Im Vergleich zum Beginn der Ausbildung fühlen sich die Kandidatinnen selbstsicherer und gleichzeitig ist ihnen bewusst, dass sie noch viel zu lernen haben. Dies trägt zur Ausbildung von professionellen Selbstzweifeln bei. Autonomie wird allerdings wichtiger und dies zeigt sich manchmal in der Unzufriedenheit mit der Supervision. Gegen Ende der Ausbildung besteht demnach ein Bedürfnis sich kompetent und autonom zu fühlen. Die Psychotherapeutinnen in Ausbildung sind allerdings weiterhin von ihren Supervisorinnen und deren Unterstützung und Zustimmung, um die Ausbildung abschließen zu können, abhängig. Fortgeschrittene Psychotherapeutinnen zeigen sich in der Supervision offener, wollen sich mehr mit sich selbst beschäftigen und der Fokus verlagert sich von Technik auf Beziehung (vgl. Ronnestad & Skovholt, 2005).

5) Exploration

Die ersten Jahre nach der Approbation teilen sich in drei Phasen: Bestätigung, Desillusionierung und eigentliche Exploration.

In der Phase der Bestätigung versucht die Psychotherapeutin sich als erfolgreich wahrzunehmen. Sie testet ihre Kompetenz enthusiastisch, aber auch angespannt.

Ambivalent wird der Abschied vom Ausbildungsinstitut erlebt, einerseits nicht mehr eingeschränkt und kontrolliert zu werden, aber auch andererseits keinen Schutz mehr zu haben. Dabei kann es zu einer Desillusionierung kommen, da die Psychotherapeutin feststellen muss, dass die Kompetenzen noch nicht ausreichen. Wird dieses Stadium als Herausforderung gesehen und findet keine Stagnation statt,

kommt es zur eigentlichen Exploration (vgl. Ronnestad & Skovholt, 2005).

6) Integration, Individuation und Integrität

In dieser Phase kommt es bei günstigen Verläufen zu einer persönlichen und beruflichen Integration. Es findet eine Ablösung von Lehrerfiguren statt, die theoretische Rigidität nimmt ab und der Spielraum zur persönlichen Gestaltung der Profession nimmt zu. Die Therapeutinnen sind als Lehrende tätig und können realistisch einschätzen, was mit therapeutischen Mitteln erreicht werden kann. Zudem bedauern sie „too soon too old, too late smart“ geworden zu sein (vgl. Buchholz, 2005).

Ronnestad & Orlinsky (2005) fanden zwei Dimensionen, auf deren Grundlage die Entwicklung von Psychotherapeutinnen beschrieben wird, diese sind „heilendes Engagement“ und „aufreibendes Engagement“.

Heilendes Engagement ist gekennzeichnet durch nur minimale Schwierigkeiten, konstruktive Coping-Strategien, durchgängiges Engagement in der Beziehung zu Patientinnen, Flow-Erfahrung in den Sitzungen und das allgemeine Gefühl therapeutischer Effektivität.

Die gegensätzliche Erfahrung wird als aufreibendes Engagement beschrieben und ist gekennzeichnet durch viele Schwierigkeiten, ungünstige Coping-Strategien, Gefühle von Angst und Langeweile in den Sitzungen.

Ihre Studie an über 5000 Therapeutinnen zeigte, dass die Hälfte der untersuchten Therapeutinnen ein effektives Arbeitsleben aufwiesen (hohes heilendes Engagement, wenig aufreibendes Engagement), 23 % der Teilnehmerinnen wurden als beansprucht eingestuft (hohes heilendes, mehr als wenig aufreibendes Engagement), 17 % der Teilneh-

merinnen wurden als unproduktiv klassifiziert (wenig heilendes und wenig aufreibendes Engagement) und 10 % der Teilnehmerinnen wiesen ein aufreibendes Arbeitsleben (wenig heilendes und mehr als wenig aufreibendes Engagement) auf. Die Inzidenz des effektiven Arbeitslebens hat sich von 40 % bei den Anfängern auf 60 % bei den erfahrenen Psychotherapeutinnen erhöht. Parallel dazu findet eine Abnahme des aufreibenden Arbeitslebens von 20 % der Anfängerinnen auf 6–7 % der Erfahrenen statt. Während aus hohem heilenden Engagement erlebtes Wachstum, Begeisterung und verbesserte Fertigkeiten resultieren, zeigen diese Zahlen die höhere Vulnerabilität der Ausbildungsbeginnerinnen, da die aufreibende Praxis den Entwicklungsgang der „aktuell erlebten Erschöpfung“ in Gang setzen kann. Dies wird von Ronnestad & Orlinsky (2005) als ein Demoralisierungsprozess interpretiert und geht einher mit dem Gefühl die Kompetenzen zunehmend zu verlieren, einer Abnahme empathischer Empfänglichkeit für die Patientinnen und kann eine Spirale negativer Effekte in Gang setzen, die zu Burn-Out und Schädigung auf Seiten der Patientin und Therapeutin in Ausbildung führen kann. Sie sprechen sich für eine sorgfältige Fallselektion für Therapeutinnen in Ausbildung aus, um ihnen so die Erfahrung heilenden Engagements zu ermöglichen, siehe Zitat Kapitel 1 am Beginn.

1.5.3 Persönlichkeit von Psychotherapeutinnen

Eine psychoanalytisch orientierte Typologie der Persönlichkeit wurde von Riemann (1976) entwickelt und von König (2005, 2010) erweitert. Die Persönlichkeitsstrukturen wurden auf Therapeutinnen übertragen. Bestimmte Merkmale einer psychoanalytischen therapeutischen Tätigkeit können nun für bestimmte Strukturen attraktiv sein (König, 2005, S. 174):

-
- Für schizoid strukturierte Therapeutinnen scheint die dosierte Beziehung zu einer Patientin, die durch das Abstinenzgebot begrenzt ist, attraktiv zu sein.
 - Für narzisstisch strukturierte Therapeutinnen mögen die hohen Erwartungen vieler Patientinnen an eine Heilerin ebenso wie idealisierte Übertragungen attraktiv sein.
 - Für depressiv strukturierte Therapeutinnen kann die Vorstellung attraktiv sein, durch eine gute Beziehung heilen zu können.
 - Die zwanghafte Therapeutin mag die starke Rollenasymmetrie gut finden, weil sie ihr Macht gibt. Die Patientin soll sagen, was ihr durch den Kopf geht, die Analytikerin darf und soll schweigen und in ihren Mitteilungen selektiv sein.
 - Phobischen Therapeutinnen mag es gefallen, dass die Patientin in einer analytischen Stunde gleichsam die Führung übernimmt (sie wählt das Thema der Stunde) und von der Analytikerin nachfolgend begleitet wird.
 - Die phallisch–narzisstische Therapeutin empfindet ihre therapeutische Kompetenz als Potenz.
 - Die hysterische Therapeutin vom ödipalen Typ freut sich, wenn sie begehrt und ernst genommen wird.

Aus diesen unterschiedlichen Strukturen lassen sich jeweils Vorteile und Schwierigkeiten für die therapeutische Beziehungsgestaltung und die Therapiephasen ableiten (König, 2010). Diese können im Rahmen der Persönlichkeitsstruktur verstanden und bearbeitet werden. So wird z.B. eine depressiv strukturierte Therapeutin mehr an den Abschieden von Patientinnen leiden und daran arbeiten müssen als eine narzisstisch strukturierte Therapeutin.

Rudolf (2005) bildete über eine Clusteranalyse von 47 Therapeutinnen aus der Berliner Psychotherapiestudie folgende Persönlichkeitstypologie mit vier Typen:

- **Stabile Psychotherapeutinnen:** Dies sind Personen mit einer hohen Selbstbeherrschung, geduldig, optimistisch, selbstbewusst, ruhig, nicht ehrgeizig, religiös, sexuell etwas gehemmt. Der Wunsch nach besonderer Aufmerksamkeit wird verneint. Diese Therapeutinnen möchten nicht mit anderen rivalisieren und sich auch nicht ärgern lassen. Manchmal weisen sie zwanghaft–überfürsorgliche Züge auf, sind betont unauffällig. Die biographischen Daten dieser Gruppen weisen viele Kindheitsbelastungen auf (Rudolf, 2005, S. 128).
- **Gefühlsoffene Psychotherapeutinnen:** Diese Personen verfügen über einen ähnlichen stabilen Kern wie Typ eins, allerdings weniger kontrolliert, spontan gefühlsoffen und wenig soziale Ängste. Die eigenen Wünsche und Bedürfnisse werden stärker als bei Typ eins registriert.
- **Ängstliche Psychotherapeutinnen:** Diese Personen zeigen sich ängstlicher und angestregter im Umgang mit anderen Menschen. Dabei werden folgende Beziehungsmerkmale benannt: sexuelles Angezogen sein, eine gewisse ängstliche Bemühtheit, Sorge sich zu blamieren oder sich durchzusetzen, Kränkbarkeit und Belastung durch die Arbeit, aber auch großer Ehrgeiz. Diese Psychotherapeutinnen zeigen prototypisch zwanghaft–überfürsorgliche und sozial–ängstliche Züge. Sie leben nicht allein (Rudolf, 2005, S.129).
- **Narzisstische Psychotherapeutinnen:** Diese Personen werden charakterisiert als entscheidungsfreudig, ehrgeizig, rivalisierend, Neigung zu Streit und Ärger, Angezogensein durch das

andere Geschlecht und Flirtbereitschaft. Ihre Impulsivität und ihr Aggressionsdruck äußern sich häufig in Form einer Essstörung und interpersonell in einer ausgeprägten Ansprüchlichkeit und Rücksichtsforderung. Die narzisstischen Therapeutinnen leben eher als die anderen Therapeutinnen allein, der hohe Anspruch an sich selbst korreliert mit den wenigsten geleisteten Therapiestunden (Rudolf, 2005, S.129).

In einer Studie von Dinger, Strack, Sachsse & Schauenburg (2009) mit zwölf Therapeutinnen und 281 Patientinnen zeigte sich, dass der Bindungsstil der Psychotherapeutin keinen Einfluss auf die Qualität der therapeutischen Beziehung hat. In einer Studie mit 31 psychodynamischen Psychotherapeutinnen von Schauenburg, Dinger & Buchheim (2006) zeigten 45 % ein sicheres Bindungsmuster, 13 % ein unsicher-ambivalentes, 23 % ein unsicher-vermeidendes und 19 % ein unsicher-gemischtes Bindungsmuster. Diese Verteilung ist mit der gesunden Population vergleichbar.

Bisher wurde die Ausbildung, die Entwicklung und Persönlichkeit von Psychotherapeutinnen beschrieben, in einem weiteren Schritt soll das Kernelement jeder erfolgreichen Therapie, also die Beziehung, im Fokus stehen.

2 Beziehungstheorien

Private und therapeutische Beziehungen können im Rahmen sozialpsychologischer Beziehungstheorien verstanden werden, daher werden diese knapp dargestellt. In einem weiteren Schritt werden die klinischen Konzepte zur Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung der verschiedenen Schulen beschrieben. Zusätzlich wird die Strukturelle Analyse sozialer Beziehungen (Benjamin, 2011) genauer dargestellt, da es eines der elaboriertesten Konzepte der Beziehungsmessung darstellt und diese Untersuchung darauf aufbaut. Der Effekt der therapeutischen Beziehung auf das Behandlungsergebnis und der Zusammenhang von Beziehung und Technik werden beschrieben. Auch werden die Unterschiede zwischen privaten und therapeutischen Beziehungen herausgearbeitet und auf mögliche Schwierigkeiten für Therapeutinnen hingewiesen.

2.1 Sozialpsychologische Beziehungstheorien

Es werden die wichtigsten Theorien der interpersonalen Attraktion in Kurzform dargestellt.

Lerntheoretischer Ansatz nach Clore und Bryne

Das „Reinforcement–Affect–Model“ RAM (Clore & Bryne, 1974, zitiert nach Hassebrauck und Küpper, 2002) erklärt interpersonelle Attraktion in Bezug auf klassische Konditionierung. Ein positiver Reiz löst eine implizit positive affektive Reaktion aus und führt zu einer evaluativen Response in positiver Richtung. Diskriminative Reize, die mit dem belohnenden Reiz gekoppelt sind, können vergleichbare implizite affektive Reaktionen auslösen. Im Sinne von Aristoteles „Wir mögen die Freunde unserer Freunde“. Experimentell wurde diese

Theorie insbesondere im Bereich Einstellungsähnlichkeit überprüft. Denkbar ist in diesem Kontext, dass sich Therapeutin und Patientin sympathischer finden, wenn sie ähnliche Einstellungen aufweisen.

Interdependenztheorie von Thibaut und Kelley

Thibaut und Kelley (1959, zitiert nach Hassebrauck & Küpper, 2002) charakterisieren soziale Beziehungen als Austausch von Handlungen, die zu Belohnungen führen aber auch Kosten verursachen. Ihrer Theorie nach sind Beziehungen umso zufriedenstellender, je mehr positive Konsequenzen (rewards) und je weniger negative Konsequenzen (costs) auftreten. Die Zufriedenheit in der Beziehung ist von dem Vergleichsniveau (comparison level) und die Stabilität von den Alternativen (comparison level alternatives) abhängig. Die Interdependenztheorie wurde nicht empirisch überprüft, allerdings das nun folgende Investitionsmodell nach Rusbult.

Investitionsmodell nach Rusbult

„Die Theorie, dass die Bindung eines Menschen an eine Beziehung von der Zufriedenheit bezüglich Nutzen, Kosten und Vergleichsniveau, von dem Vergleichsniveau für Alternativen und von der Menge an Investitionen in die Beziehung, die verloren gehen würden, wenn er aus der Beziehung herausgeht, abhängt“ (Rusbult, 1980).

Die Equity-Theorie nach Hatfield (vormals Walster)

An Stelle der individuellen Gewinnmaximierung, stellt diese Theorie die Ausgewogenheit und Fairness in den Mittelpunkt und beschreibt „Beziehungen, die von dem Bedürfnis nach Gerechtigkeit (equity) beherrscht werden (d.h. nach einem gleichen Verhältnis von Kosten und Nutzen).“ (Walster, Walster & Berscheid, 1978, zitiert nach Aronson, Wilson & Akert 2004, S.384). Eine Beziehung gilt als ausgewogen, wenn die jeweiligen Beiträge der Interaktionspartner gleich sind. Es

werden nachteilige und vorteilige Unausgeglichenheit unterschieden. Demgegenüber stehen sozial motivierte Beziehungen, „Beziehungen in denen es Menschen an erster Stelle darum geht, auf die Bedürfnisse der anderen Person zu reagieren.“ (Aronson, Wilson & Akert 2004, S.384).

Konsistenztheorie nach Heider

Heider (1958, zitiert nach Hassebrauck & Küpper, 2002) unterscheidet in seiner Theorie eine Person P, eine wahrgenommene Person O und ein Objekt aus der Umwelt X. Es werden Gefühlsbeziehungen und Einheitsbeziehungen (Elemente werden als zusammengehörig erlebt) unterschieden. P–O–X–Triaden können balanciert oder unbalanciert sein, wobei Heider davon ausgeht, dass diese zu einer Änderung in balancierte Zustände tendieren.

Balancetheorie von Newcomb

Newcomb (1961, zitiert nach Hassebrauck & Küpper, 2002) erweitert die Konsistenztheorie um die Unterscheidung zwischen Einstellungen zu Personen und zu Objekten. Ferner quantifiziert er die emotionale Valenz und das Ausmaß der Imbalance und deren Wiederherstellungsmöglichkeiten.

Entwicklung von Beziehungen

Interpersonelle Beziehungen unterliegen einem stetigen Wandel.

Levinger (1983, zitiert nach Hassebrauck & Küpper, 2002) schlägt ein fünfstufiges Modell der Entwicklung von Beziehungen vor. Nach dem Kennenlernen (A, acquaintance) findet der Aufbau (B, build up) statt, darauf folgt die Konsolidierung (C, continuation), dann die Verschlechterung (D, deterioration) und dies führt schließlich zum Ende (E, end).

Murstein (1970, zitiert nach Hassebrauck & Küpper, 2002) beschreibt die Beziehungsentwicklung anhand der Stimulus–Werthaltungs–Rollen– Theorie. In der Stimulusphase beim Kennenlernen sei die physische Attraktivität bzw. Reputation einer Person von Bedeutung, in der Wertphase wird die Übereinstimmung in Einstellungen und Überzeugungen überprüft und in der Rollenphase wird überprüft, in wieweit diese Vorstellungen zusammenpassen und lebbar sind.

Die Abgang –Stimme –Loyalitäts –Vernachlässigungstypologie nach Rusbult, Yovetich & Verette (1996) fokussiert auf die Auflösung von Beziehungen. „Wenn Liebesbeziehungen gestört sind oder im Prozess des Zerbrechens, kann das Verhalten beider Partner anhand eines Aktiv–Passiv Kontinuums und eines Destruktiv–Konstruktiv Kontinuums beschrieben werden. Dies mündet in vier mögliche Verhaltensmustern: Ende, Stimme, Vernachlässigung und Loyalität“ (Rusbult, Yovetich & Verette, 1996). Ende bedeutet aktiv, destruktiv die Beziehung aktiv zu verletzen oder zu beenden. Stimme bedeutet aktiv, konstruktiv zu versuchen die Bedingungen zu verbessern. Vernachlässigung bedeutet destruktiv, passiv zu erlauben, dass sich die Bedingungen verschlechtern und Loyalität bedeutet konstruktiv, passiv optimistisch darauf zu hoffen, dass sich die Bedingungen verbessern.

2.2 Klinische Theorien

Es sollen nun die Funktion und die Art der Beziehungsgestaltung im psychotherapeutischen Prozess aus gesprächspsychotherapeutischer, psychoanalytischer bzw. tiefenpsychologisch fundierter, verhaltenstherapeutischer und psychodramatischer Sicht beschrieben. Das Psychodrama wird näher erläutert, da sich in der hier relevanten Untersuchungstichprobe Psychodramatherapeutinnen befinden. Diese An-

sätze in den Beschreibungen beziehen sich auf Dyaden Psychotherapeutin und Patientin. Die Bedeutsamkeit des gruppenpsychotherapeutischen Settings (Fiedler, 1999; Yalom, 1989, Piper & Ogrodniczuk, 2011) und der systemische Psychotherapie wird als hoch eingeschätzt, ist allerdings nicht Gegenstand dieser Arbeit.

Der Begriff der „therapeutischen Allianz“ oder „Arbeitsbündnis“ stammt von Zetzel (1956). Therapeutische Allianz nach Bordin (1979) umfasst drei Komponenten: Übereinstimmung zwischen Therapeutin und Patientin bezüglich der zu bewältigenden Aufgaben und der angestrebten Ziele sowie eine positiv gefärbte emotionale Bindung („bond“).

Die therapeutische Beziehung wird nach Gelso & Carter (1994) definiert durch die Gefühle und Haltungen zwischen Therapeutin und Patientin und die Art und Weise, wie diese ausgedrückt werden. Gelso & Hayes (1998) unterscheiden zwischen therapeutischem Arbeitsbündnis (working alliance, therapeutic alliance), der Realbeziehung (real relationship) und der Schemabeziehung.

Luborsky et al. (1999) prägt den Begriff „helping alliance“. Dies umfasst einerseits das subjektive Gefühl der Patientin, dass ihr geholfen werde und andererseits, in wie weit Therapeutin und Patientin den Eindruck haben an den Zielen der Therapie zusammenzuarbeiten.

Nach Horvath & Bedi (2008, S.288) bezieht sich die Allianz auf die Qualität und die Stärke der gemeinschaftlichen Beziehung zwischen Patientin und Psychotherapeutin. Im Konzept enthalten ist die positive, affektive Bindung, z.B. gegenseitiges Vertrauen, Zuneigung, Respekt und Fürsorge. Zudem umfasst sie auch kognitive Aspekte, z.B. Übereinstimmung in den Zielen und den Mitteln diese zu erreichen. Beide Partnerinnen sind durch spezifische Verantwortlichkeiten

gebunden und die Beziehung enthält einen bewussten und zweckmäßigen Aspekt.

Gesprächspsychotherapeutische Sicht

Die Selbstaktualisierungstendenz (Rogers, 1977) ist eine jedem Organismus innewohnende Selbst-, Heilungs- und Entwicklungsmotivation. Die Selbstaktualisierungskräfte sollen mobilisiert werden, die Blockaden, die der Selbstaktualisierung entgegenstehen und das „Fassadenselbst“ sollen aufgelöst werden durch die Hilfe zur Selbsthilfe, die die Gesprächspsychotherapeutin durch die Art der Beziehungsgestaltung anbietet. Dies soll durch eine besondere Form von Kontakt zwischen Psychotherapeutin und Klientin entstehen. Dieser ist nach Rogers (1973) gekennzeichnet durch drei wesentliche Grundhaltungen, die der Klientin einen Neuorientierungsprozess ermöglichen sollen:

- Echtheit / Kongruenz / Authentizität
- Empathie / einführendes Verstehen
- Akzeptanz / bedingungsloses Wertschätzen

Bedeutsam ist in diesem Kontext, dass die Patientinnen dies auch annehmen können (Auckenthaler, 2008). Wie oben bereits beschrieben konnten Elliott et al. (2011), Farber & Doolin (2011) sowie Kolden et al. (2011) den Einfluss dieser Basisvariablen auf das Therapieergebnis belegen.

Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte psychotherapeutische Sicht

Die theoretischen Konzeptionen zur Arbeitsbeziehung, inklusive der Praxisauffassung zum Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung, unterliegen dem Wandel von vielfältigen historisch gewachsenen Diskursen. In diesem Kontext sei auf Kächele & Thomä (2008)

und Jaeggi (1995) verwiesen, die auch Sigmund Freuds Arbeiten einordnen können. Je nachdem ob es sich um eine Psychoanalyse im klassischen Setting oder eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bzw. psychodynamische Psychotherapie handelt, wird in Abhängigkeit von der jeweiligen Therapiephase die Beziehung fokussiert.

Nach Wöller & Kruse (2010, S.16) sind die Gemeinsamkeiten von Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie in der Theorie zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen, der Bedeutung von Einsicht und positiver Beziehungserfahrung für den Heilungsprozess, der Bedeutung von Widerstand, Übertragung, und Gegenübertragung sowie der Bedeutung von Neutralität und Abstinenz zu sehen.

Die Unterschiede liegen darin, dass bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie keine Persönlichkeitsveränderung angestrebt wird, sondern eine Symptomreduktion und begrenzte Verhaltensänderung.

Es findet eine inhaltliche Fokussierung statt, die zeitlich begrenzt ist und es wird keine regressive Übertragungsneurose gefördert. Es wird keine Rekonstruktion der frühen Psychogenese, sondern es werden die Zusammenhänge zwischen Symptomatik, aktueller auslösender Situationen und aktuellen Beziehungen erarbeitet. Es erfordert eine stärkere Aktivität und Direktivität der Therapeutin und kognitive, edukative, suggestive und störungsspezifische Elemente werden miteinbezogen. Auf Sterba (1934) geht der Begriff der „therapeutischen Spaltung im Ich“ zurück. Dies meint die gemeinsame Arbeit der Therapeutin mit den realitätsorientierten Ich-Anteilen der Patientin bei der Selbstreflexion.

Greenson (1981) differenziert zwischen der Übertragungsbeziehung, der Realbeziehung und der Arbeitsbeziehung. Lohmer (2011, S. 98) definiert nach der kleinianisch–objektbeziehungstheoretischen Perspektive Übertragung als „die im jeweiligen Moment aktualisierten inneren Erlebens– und Beziehungsmuster der Patientin, die die Beziehung zur Therapeutin und zum therapeutischen System prägen und färben.“ Die therapeutische Beziehung wird nach Lohmer (2011, S. 100) folgendermaßen aufgefasst: „Die therapeutische Beziehung beinhaltet demgegenüber sowohl die spezifischen die Beziehungswahrnehmung und –gestaltung bestimmenden aktualisierten inneren Objektbeziehungsmuster (also die Übertragung) als auch die grundlegenden Parameter der Zusammenarbeit auf der Ebene der gesunden, beobachtenden und erwachsenen Ich–Anteile beider Partner der therapeutischen Arbeit (also die Arbeitsbeziehung).“ Lohmer (2011, S. 100) beschreibt Gegenübertragung als: „Gesamtheit aller emotionaler Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten, aller – auch leibnahen –Empfindungen, aller Handlungsimpulse und Fantasien gegenüber dem Patienten.“

Verhaltenstherapeutische Sicht

Gemäß dem Titel eines Vortrages von Pokorny (2009) am Annual Meeting der Society for Psychotherapy Research (European Chapter) „The richest have won and must have prizes!“ und „How many psychotherapies we have“ werden in Zukunft wahrscheinlich in der Verhaltenstherapie die differenzierten, störungsspezifischen (bzw. symptomorientierten) Ansätze zur Beziehungsgestaltung entstehen, auch wenn diese historisch zum Teil anderen theoretischen Ansätzen zuzuordnen wären. Die im nachfolgenden beschriebenen entwickelten Konzepte stellen die –meiner Meinung nach –bedeutsamen Ansätze der Gegenwart und näheren Zukunft dar. Ein besonderes Augenmerk

wird in der folgenden Beschreibung der komplementären bzw. motivorientierten Beziehungsgestaltung auf die Psychologische Psychotherapie nach Grawe (1999), inklusive Plananalyse nach Caspar (1989), Schematherapie nach Young et al. (2008), Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) bei Borderline-Patientinnen von Linehan (1996), der Psychotherapie der chronischen Depression (CBASP) nach McCullough (2006) und der interpersonellen Psychotherapie (IPT) nach Klerman et al. (1984) und in Deutschland vertreten durch Schramm (1996) gelegt. Besonders die DBT und die IPT können als pragmatisch orientierte Verfahren eingeordnet werden, die kein einheitliches theoretisches Konzept verlangen. Sie werden der Verhaltenstherapie in diesem Kapitel zugeordnet, da sie meist von ursprünglich verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Psychotherapeutinnen erlernt und angewandt werden. Die Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie wird nach Jaeggi (1995) als pädagogische Beziehung aufgefasst.

Psychologische Therapie und Plananalyse

Nach Grawe (1998) sind die Wirkfaktoren einer Psychotherapie zusammengesetzt aus Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung, Therapiebeziehung, motivationale Klärung und Problembewältigung. Problemaktualisierung bedeutet, dass der Problembereich intensiv und mit allen Facetten in der therapeutischen Situation erlebt wird. Ressourcenaktivierung bezieht sich auf die Nutzung der Stärken, Fähigkeiten, Potentiale, Möglichkeiten, Ziele, positiven Stimmungen etc. (Grawe & Grawe–Gerber, 1999).

Motivationale Klärung inkludiert die Erarbeitung eines Zielsystems, das hinter dem Problemverhalten steht. Problembewältigung umfasst die konkreten Veränderungsschritte, die die aufrechterhaltenden Bedingungen abschwächen (vgl. Grawe, 1998).

Die Plananalyse versucht die interaktionellen „Pläne“ der Patientin zu erschließen. Dies wird aus dem beobachtbaren Verhalten abgeleitet. Die „Pläne“ sind als Handlungsprogramme zu sehen, die teils unbewusst sein können. Caspar (1989, S.149) beschreibt dies so: „Aus der Sicht des Plananalysekonzeptes sollte sich der Therapeut nicht zum *Verhalten* seines Klienten, sondern zu seinen *Plänen*, denen das Verhalten dient, komplementär verhalten.“ Es werden einerseits Vermeidungs- und Annäherungspläne unterschieden, andererseits werden die Intensität des Plans und deren Befriedigung beachtet.

Die Pläne beruhen für gewöhnlich auf den menschlichen Grundbedürfnissen. Diese sind nach Grawe (1998) Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung, Bindung, Selbstwerterhöhung bzw. Selbstwerterhaltung und Kontrolle und Orientierung. Bei motivorientierter Beziehungsgestaltung fehlt einerseits dem Problemverhalten der Patientin die motivationale Basis, andererseits können auch unangenehme Interventionen fruchten.

Grosse Holtforth, Thomas & Casper (2011) stellen in ihrem Beitrag über interpersonelle Motivation den Bezug zu Bordin's (1979) Überlegungen zur therapeutischen Beziehung her und verweisen auf die Möglichkeiten, die die Plananalyse in diesem Kontext bietet. Das bedeutet, dass das plankongruente Verhalten der Therapeutin günstige Auswirkungen auf die Beziehung hat, das Problemverhalten bei Flexibilisierung der rigiden Oberpläne verändert werden kann und bisher frustrierte Ziele aktiv angestrebt werden können. Sachse (2006) beschreibt das Modell der doppelten Handlungsregulation bei Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen.

Beziehungsgestaltung in der Interpersonellen Psychotherapie (IPT)

Die interpersonelle Therapie ist insbesondere bei Patientinnen mit depressiven Störungen indiziert. Schramm (1996, S. 293–294) charak-

terisiert die Besonderheiten bei IPT–Therapeutinnen folgendermaßen:

- 1) Die Therapeutin ist Advokatin der Patientin und nicht neutral. Die entscheidende Rolle der Therapeutin besteht darin, eine wohlwollende, optimistische und hilfreiche Verbündete zu sein, die nicht nur generell unterstützend ist, sondern auch ganz gezielte direkte Hilfe und Rückversicherung anbietet. Es handelt sich allerdings nicht um eine Freundschaft im herkömmlichen Sinn. Dadurch, dass bewusst eine nicht–neutrale, nicht–zurückhaltende Position eingenommen wird, soll verhindert werden, dass die Patientin in der therapeutischen Beziehung regrediert.
- 2) Die Therapeutin nimmt eine aktive Grundhaltung ein, die in der Praxis zwischen einem hochaktiven und einem hochreaktiven Vorgehen liegt und je nach therapeutischer Phase variieren kann. Zu Beginn und am Ende der Therapie ist die Behandlerin in der Regel aktiver, während in der mittleren Kernphase die Hauptaktivität von der Patientin ausgehen sollte. Lange Schweigepausen und freies Assoziieren sollte im Allgemeinen vermieden werden. Die Rolle der Therapeutin ist sowohl explorativ als auch direkt intervenierend.
- 3) Die therapeutische Beziehung wird nicht als Übertragung interpretiert. Sie ist überwiegend realistisch und daran orientiert, Probleme zu bewältigen und die Patientin nicht zu abhängig werden oder regredieren zu lassen. Dieses Verhalten ist sinnvoll, da die Behandlungsdauer nur so kurz ist. Eine Ausnahme wird dann gemacht, wenn die Reaktion der Patientin auf die Therapeutin mit dem Fortschreiten des Behandlungsprozesses

interferiert. Dann wendet sich die Therapeutin ausdrücklich der Therapeutin–Patientin–Beziehung zu.

Beziehungsgestaltung im Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

Die Wirksamkeit des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) ist für die Behandlung chronischer Depressionen nachgewiesen. Die Grundhaltung der Therapeutin ist hier persönlich, wohlwollend, strukturierend und Autonomie gewährend. Die Therapeutin bringt sich „kontrolliert“ persönlich ein, um soziales Lernen zu initiieren, fungiert auch als Lehrerin und arbeitet mit Übertragungshypothesen (McCullough, 2006).

Beziehungsgestaltung in der dialektisch–behavioralen Therapie (DBT)

Zur Einführung in die dialektisch–behaviorale Therapie (DBT) und ihre praktische Umsetzung sei Linehan (1996), Sachsse (2004) und Bohus (2009) empfohlen.

Die Annahmen der Therapeutin, die mit BorderlinePatientinnen arbeitet, sind nach Linehan (1996, S. 78–80) folgende:

- 1) Die Patientinnen geben sich wirklich Mühe.
- 2) Die Patientinnen wollen sich ändern.
- 3) Die Patientinnen müssen noch mehr Anstrengung und Motivation an den Tag legen, um sich zu ändern.
- 4) Die Patientinnen haben zwar nicht alle ihre Schwierigkeiten selbst herbeigeführt, aber sie müssen sie trotzdem selbst lösen.
- 5) Das Leben einer suizidalen Borderline–Patientin ist in dieser Form unerträglich.

- 6) Die Patientinnen müssen in allen relevanten Lebensbereichen neue Verhaltensweisen erlernen.
- 7) Die Patientinnen können in der Therapie nicht versagen.
- 8) Therapeutinnen von Borderline–Patientinnen brauchen Unterstützung.

Diese Annahmen begünstigen eine Haltung, die es ermöglicht auch Patientinnen zu behandeln, die ein vorerst nicht nachvollziehbares Verhalten und Erleben zeigen. Die erforderlichen dialektischen Therapeutinnenfertigkeiten beziehen sich auf Annehmen vs. Verändern, unbeirrbar Zentriertheit vs. mitfühlende Akzeptanz und stützende vs. wohlwollende fordernde Haltung (vgl. Linehan, 1996, S. 80–83). Die dialektische Beziehungsgestaltung erfordert eine hohe Flexibilität der Therapeutin, weil Beziehungsangebote stets aufgegriffen, aber relativiert werden müssen. Explizit beschrieben werden die unterschiedlichen Validierungsstrategien zur Realisierung der Beziehung. „Unter Validierung versteht die DBT jede Äußerung des Therapeuten, die daraufhinzielt, der Patientin zu vermitteln, dass ihre Verhaltens– und Erlebensweisen aus ihrer subjektiven Sicht stimmig sind (V1–V3, V6), jedoch manchmal nicht die einzig möglichen und oft nicht die sinnvollsten Reaktionsmuster darstellen (V4, V5)“ (Bohus, 2009, S. 546). Die Strategie V1 ist aufmerksames Zuhören, vermittelt Wertschätzung und hat wenig therapeutische Wirkung. V2 bedeutet modalitätenkonforme Validierung, Patientinnen fühlen sich verstanden. Dieses Verhalten wirkt beziehungsfördernd und ist nicht auf Veränderung orientiert. V3 beschreibt Validierung der Kreuzmodalitäten. Dies vermittelt emotionales Mitschwingen, hat den Fokus auf Beziehungsstärkung und ist kaum einsichtsfördernd. V4 ist die Validierung in Bezug auf die biographische Erfahrung und wirkt einsichtsfördernd, schemakonsolidierend, wenig veränderungsorientiert

und stabilisierend. V5 ist die Validierung der jeweils aktivierten Schemata, dieses Verhalten ist einsichtsorientiert, aber relativierend und veränderungsorientiert. V6 stellt die normative Validierung dar und dient einem starken Beziehungsaufbau, Aufbau von Selbstwertschätzung, Abbau von Scham und Selbstzweifel und zur Stabilisierung der Verhaltensmuster (vgl. Bohus 2009, S.547). Bohus (2009) vergleicht die Grundhaltung der DBT-Therapeutinnen mit dem einer Sporttrainerin, eines „Coaches“. Gemeinsam werden die Ziele erarbeitet, das Vorgehen transparent gemacht und die Therapeutin motiviert ihre „Sportlerin“ auch mit Methoden –von vielen Therapeutinnen als profan erlebt –wie anfeuern und loben. Friedrich et al. (2003) und Linehan et al. (2006) konnten bereits Behandlungserfolge mittels der DBT aufzeigen.

Beziehungsgestaltung in der Schematherapie

Die Schematherapeutinnen versuchen in der Beziehung zur Patientin deren Vertrauen zu fördern, in dem sie sich einfühlsam, empathisch, vertrauenswürdig, zuverlässig und erreichbar verhalten. Ziel ist es eine Beziehung auf Augenhöhe zu etablieren und gleichzeitig die Rolle der begrenzten elterlichen Fürsorge zu übernehmen, um die Bindungssicherheit zu erhöhen. Es findet eine Balance zwischen empathischer Konfrontation bei der Schemabearbeitung und elterlicher Fürsorge statt (Young, Klosko & Weishaar 2008). Empathische Konfrontation bedeutet in diesem Kontext, dass die Therapeutin Verständnis für die aufrechterhaltenden Bedingungen der dysfunktionalen Schemata zeigt und gleichzeitig die Patientin mit der nötigen Veränderung dieser konfrontiert. Begrenzte, nachträgliche, elterliche Fürsorge geschieht in der die Patientin innerhalb der therapeutischen Beziehung bekommt, was sie braucht und von den Eltern nicht erhalten hat (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Sicht der Psychodramatherapie

Das von Moreno (1924) begründete Psychodrama unterscheidet sich von anderen Therapieverfahren im Setting durch das Vorhandensein einer „Bühne“, damit das dramatische Spiel inszeniert werden kann. Das Psychodrama ist als Interaktionstherapie zwischenmenschlicher Beziehungsstörungen zu sehen. Nach Leutz (1989, S.352) stellt sich dies so dar: „Ein wichtiges Ziel der Psychodramatherapie ist es daher, über therapeutisches Agieren der alten Rolle in szenischer Darstellung Erinnerungen des Patienten zu wecken und zu reinszenieren, bis jene ursprüngliche traumatische Situation oder unabgeschlossene Angelegenheit erinnert, wieder belebt und endlich so verarbeitet werden kann, dass der Patient frei von ihr wird. Erst dann kann er unterschiedliche Situationen in angemessenen Rollen beantworten und neue Interaktionen kreativ gestalten.“ Im Psychodrama sind die Realitätswechsel zu beachten, die Erwärmungs- und Abschlussphase, die im „hier und jetzt“ stattfinden und die Spielphase, die sich auf die Vergangenheit bezieht. Der Vorteil für die Therapeutin liegt darin, dass in der Spielphase die Übertragungen auf andere Mitspielerinnen umgeleitet werden (Leutz, 1989). Explizite Deutungen sind im Psychodrama nicht nötig, da sie in der Handlung enthalten sind. Theoretisch können nach Ottomeyer (2004) zwar die Wurzeln der Psychoanalyse zugeordnet werden, allerdings wird es nicht als Weiterentwicklung derer gesehen. Es wird dem Konzept der Übertragung das Konzept der „Tele“ entgegengesetzt. Dies entspricht keiner Wiederholung, sondern einem spontanen Zwei-Weg-Prozess im „hier und jetzt“.

2.3 Die Strukturelle Analyse sozialer Beziehungen (SASB)

SASB ist eine Methode zur strukturalen Analyse sozialen Verhaltens (Benjamin, 2011). Die zentrale Leitfrage lautet: „Wer kommuniziert qualitativ wie mit wem und wie reagiert jene(r) darauf?“ (Tress & Junkert, 2002). Theoretisch basiert die Entwicklung der SASB auf der interpersonalen Theorie von Sullivan (1953). In diesem Modell werden die Beziehungserfahrungen und die sich wiederholenden Interaktionen als zentraler Kern der Persönlichkeit verstanden. Strupp & Binder (1984) beschreiben zyklisch–maladaptive Beziehungsmuster (CMP).

Die Annahme, dass sich interpersonelles Verhalten in Kreismodellen abbilden lässt, geht zurück auf Leary (1957), der dies in dem Buch „interpersonal diagnosis of personality“ konzipiert hat. Kiesler (1983) beschreibt dies ebenso in einem Kreis, bestehend aus 16 Segmenten. Mittlerweile ließ sich die zirkumplexe Struktur in zahlreichen Studien nachweisen (Benjamin, 2011). Wie in Abbildung 1 ersichtlich wird, ist Dominanz / Kontrolle die vertikale Achse, Affiliation die horizontale Achse (Davies –Osterkamp, 2002). Das Kreismodell wird über die bipolaren Dimensionen dominant –kontrollierend vs. submissiv – unterwürfig und liebevoll / zugewandt vs. feindselig / distanziert gebildet. Die Bezeichnungen von Leary (1957) sind im Kreis außen angegeben, jeweils für positive und negative Ausprägung. Die Bezeichnungen von Kiesler (1983) finden sich im Kreis auf der inneren Seite, die negative Ausprägung ist auch hier weiter außen (siehe Abbildung 1).

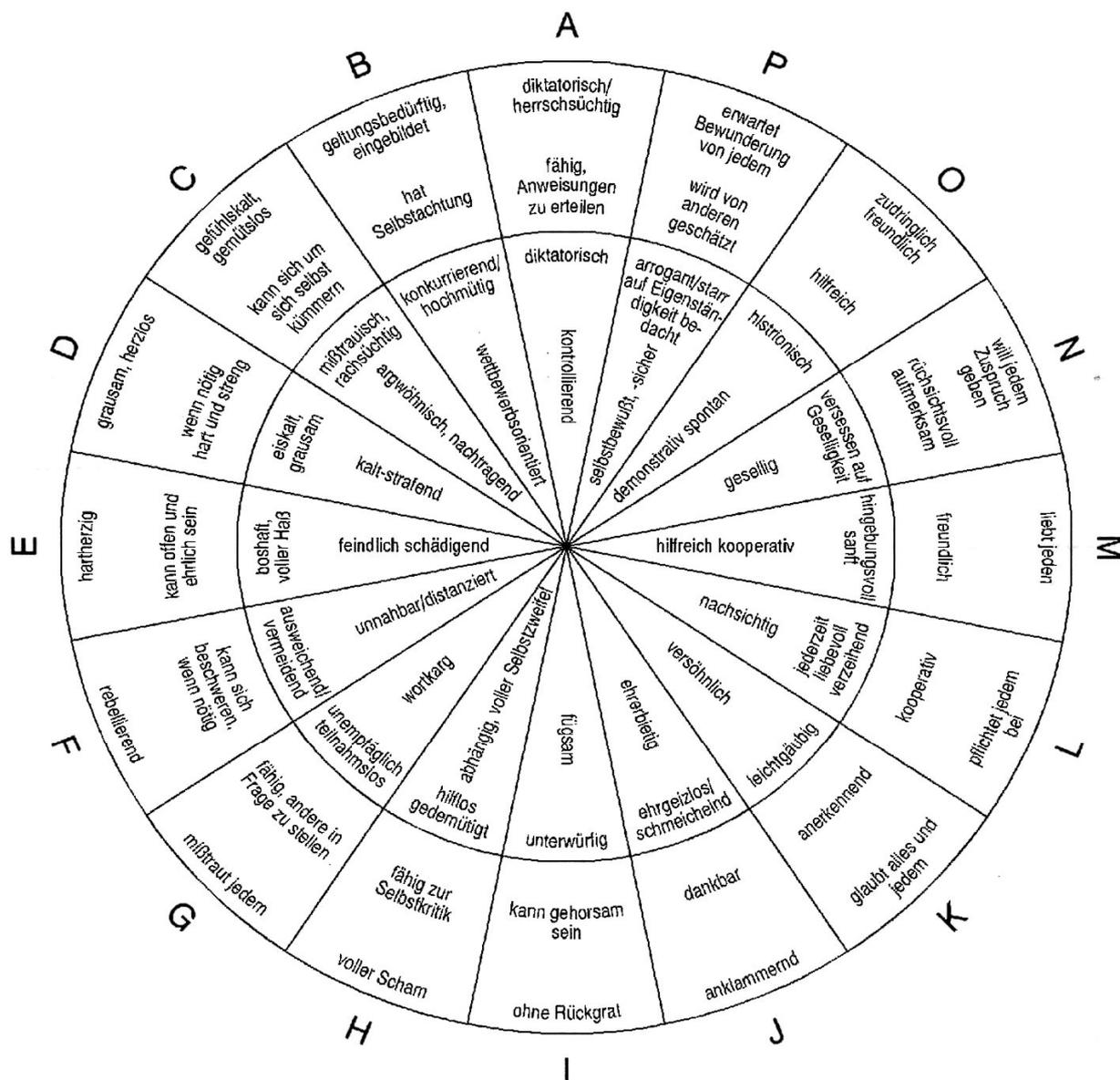
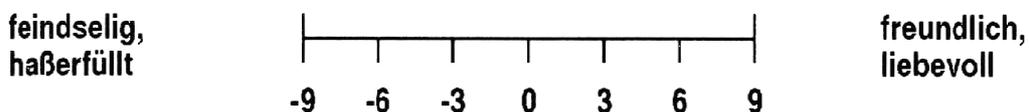
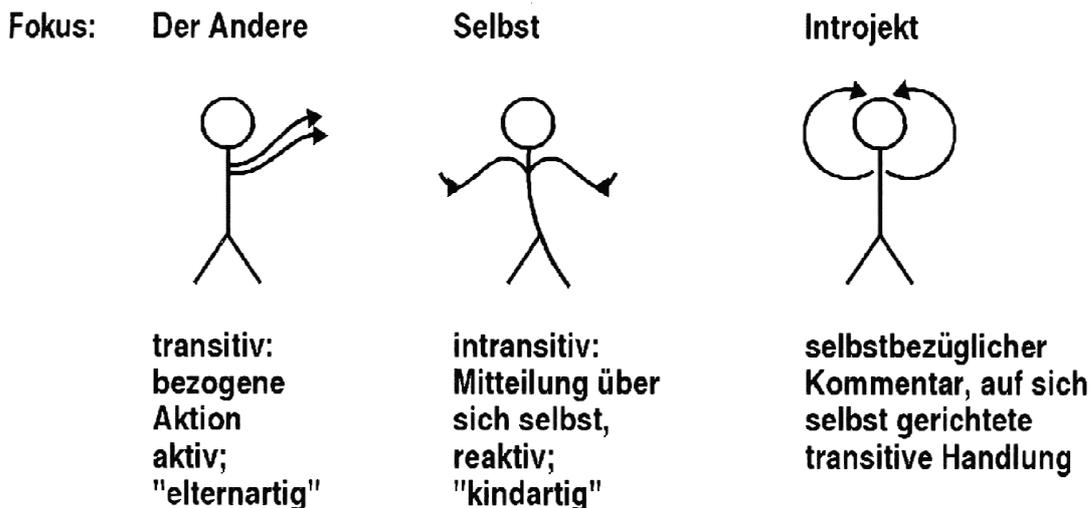


Abbildung 1: Benennung der Segmente des interpersonellen Zirkels

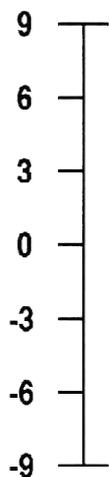
nach Kiesler (1982, innerer Teil) und Leary, 1957 äußerer Teil), nach Davies–Osterkamp (2002, S.6) zitiert.

Intrapsychische und interpersonelle Transaktionen werden bei der SASB auf drei Dimensionen gemessen. Die erste Dimension bezieht sich auf den Fokus. Es werden die drei Foki „Introjekt“, „Der Andere“ und „Selbst“ unterschieden. Das „Introjekt“ repräsentiert die internalen und intrapsychischen Aspekte. „Der Andere“ und „Selbst“ beziehen sich auf die interpersonellen Transaktionen. „Der Andere“ beschreibt transitive Aktionen, womit auf den anderen bezogene akti-

ve Aktionen gemeint sind. „Selbst“ beschreibt die intransitiven, reaktiven Aktionen. Kurz kann man den Fokus „der Andere“ mit „elternartig“ und den Fokus „Selbst“ mit „kindartig“ beschreiben. Die zweite Dimension ist die waagrechte Achse der Affiliation. Sie spannt den Bogen von liebevoller Freundlichkeit bis feindseliger Hass, in der Mitte steht der neutrale Nullpunkt. Die dritte Dimension ist die senkrechte Achse der Interdependenz, die abhängig vom jeweiligen Fokus beschrieben wird und von Abhängigkeit, Steuerung, Kontrolle bis zu Freigabe und Gewährenlassen reicht. Das Verhalten kann so in den unten dargestellten Kreismodellen für die unterschiedlichen Foki dargestellt und verglichen werden (siehe Abbildung 2).

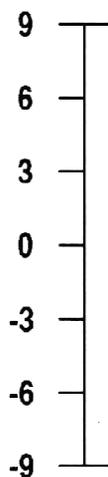


**Unabhängigkeit
gewähren**



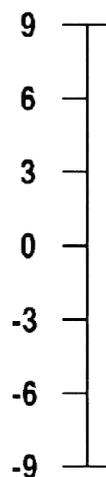
**Kontrolle
ausüben**

**unabhängig
sein**



**sich
unterwerfen**

**die eigene Spontaneität
zulassen**



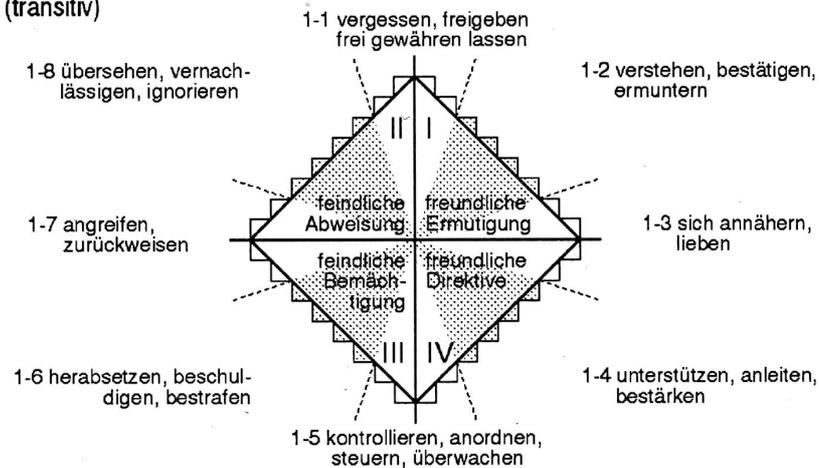
**Selbstkontrolle
üben**

Abbildung 2: Foki des SASB Modells

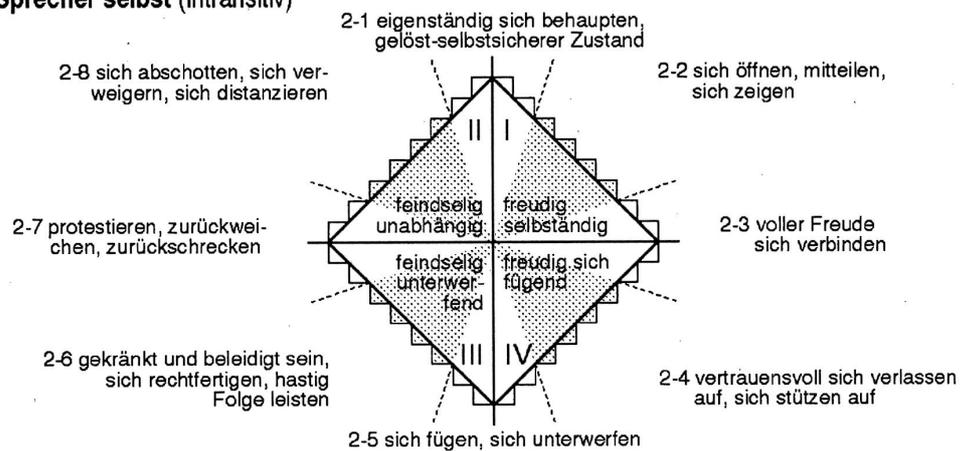
nach Benjamin (1978), Grafik aus Tress & Junkert (2002), S. 41

Die SASB bietet gegenüber den vorher genannten Kreismodellen durch die Differenzierung von Agieren und Reagieren eine innovative Weiterentwicklung. Auf die Interdependenz–Achse bezogen bedeutet dies, dass z.B. durch die Trennung der Foki „Selbst“ und „Anderer“ auch an der selben Stelle „sich unterwerfen“ und „Kontrolle ausüben“ nun im Modell Platz haben, siehe Tress & Junkert (2002) und Abbildung 3.

Fokus: Der Andere (transitiv)



Fokus: Der Sprecher selbst (intransitiv)



Fokus: Introjekt (intrapsychisch)

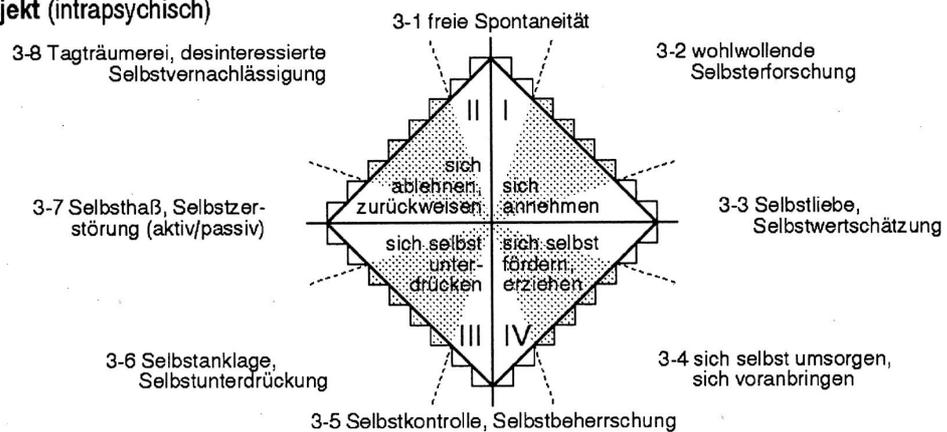


Abbildung 3: Die deutsche Clusterversion des SASB-Modells

(nach Benjamin 1984), hier zitiert aus Tress & Junkert (2002, S. 43)

2.4 Der Effekt der therapeutischen Beziehung auf das Behandlungsergebnis

„Dass „die Beziehung“ das wichtigste Ingrediens für eine gute Psychotherapie ist, wurde in allen empirischen Studien [...] sowie in Therapietheorien immer wieder erforscht, behauptet und gelehrt – niemand bezweifelt es, und es ist wohl auch kaum zu bezweifeln“ (Jaeggi, 2004, S.63).

Nach Lambert & Asay (2001) wird die Varianz im Ausmaß des Therapieerfolgs durch 15 % Methoden, 15 % Placeboeffekte, 30 % therapeutische Beziehung und 40 % extratherapeutische Veränderungen erklärt. Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist somit der beste Prädiktor (Wampold, 2001) für das Gelingen (Martin, Garske & Davis, 2000; Luborsky et al., 1999; Norcross, 2002; Beutler et al., 2004) und das Scheitern (Fiedler, 2010; Samstag, Batchelder, Muran, Safiran & Winston, 1998; Henry, Schacht & Strupp, 1986; Kiesler & Watkins, 1989) von Psychotherapien. Lambert & Barley (2008) haben aufgrund der Vielzahl der Studien auch die meta-analytischen Studien zusammengefasst und kommen zu dem Ergebnis, dass die Effektstärken zwischen $r=0,17$ und $r=0,26$ und somit von bescheiden bis mittelstark variieren. Der aktuellsten Metaanalyse zum Einfluss der therapeutischen Beziehung von Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds (2011) liegen 200 Studien zugrunde und die Autoren geben eine Effektstärke von $r=0,275$ für Einzeltherapien an. Friedlander, Escudero, Hetherington & Diamond (2011) haben anhand von 17 Studien für Familientherapie eine Effektstärke von $r=0,24$ und für Paartherapie, sieben Studien als Grundlage, eine Effektstärke von $r=0,37$ berechnet. Die Qualität der therapeutischen Beziehung korreliert demnach

mit dem Behandlungsergebnis positiv und konsistent. Die Datenlage ist unabhängig von Störungsbild und Behandlungstechnik (Castonguay et al. 2011). Vor allem die Qualität der Beziehung in den ersten Stunden erwies sich als bedeutsam für den Erfolg von Therapien (Constatino et al., 2002). Wesentlicher als das Urteil der Therapeutin ist dabei die Einschätzung der Patientin (Orlinsky & Howard, 1986).

Lambert & Barley (2008, S.128) schlussfolgern aus den gegenwärtigen Befunden zur therapeutischen Beziehung folgendes:

- „1) Psychotherapie ist generell erfolgreich, und dem durchschnittlich behandelten Patienten geht es besser als 80 % der unbehandelten Menschen.
- 2) Vergleichende Studien über Psychotherapietechniken berichten konsistent über die relative Gleichwertigkeit der Therapien bei Förderung von Veränderungen beim Klienten.
- 3) Messungen der therapeutischen Beziehungsvariable korrelieren konsistent höher mit den Effekten bei Klienten als spezifische Therapietechniken. Die Verbindung zwischen der therapeutischen Beziehung und den Effekten bei den Klienten sind dann am stärksten, wenn beide Konzepte durch den Patienten eingeschätzt werden.
- 4) Manche Therapeuten sind besser als andere. Klienten charakterisieren solche Therapeuten als verständnisvoller und akzeptierender, empathisch, warm und unterstützend. Diese Therapeuten zeigen selten negative Verhaltensweisen wie Tadeln, Ignorieren und Zurückweisen.“

2.5 Der Zusammenhang von Beziehung und Technik

Norcross & Lambert (2011) sowie Fiedler (2010) sprechen sich gegen ein Entweder–Oder in dem Diskurs „Technik vs. Beziehung“ aus, sie versuchen beide Aspekte gemeinsam zu betrachten. Die therapeutische Beziehung wird als allgemeiner Wirkfaktor (Frank, 1961) betrachtet. Castonguay et al. (2011) plädieren dafür, die Beziehung als spezifischen Wirkfaktor zu behandeln. Goldfried & Davila (2005) verweisen auf die Wechselwirkung zwischen Technik und Beziehung, und beschreiben Beziehung als Grundlage zur gelungenen Anwendung von Techniken, aber auch, dass eine gut angewandte Technik die Beziehung verbessern kann. Hermer & Röhrle (2008) erarbeiteten ein Ordnungssystem von Beziehung und Technik und trennen vier Typen von Interventionen, siehe Abbildung x. Es werden kooperationszentrierte Beziehungsinterventionen (Typ 1), kooperations- und veränderungszentrierte Beziehungsinterventionen (Typ 2), veränderungszentrierte Beziehungsinterventionen (Typ 3) und primär technische Interventionen (Typ 4) unterschieden.

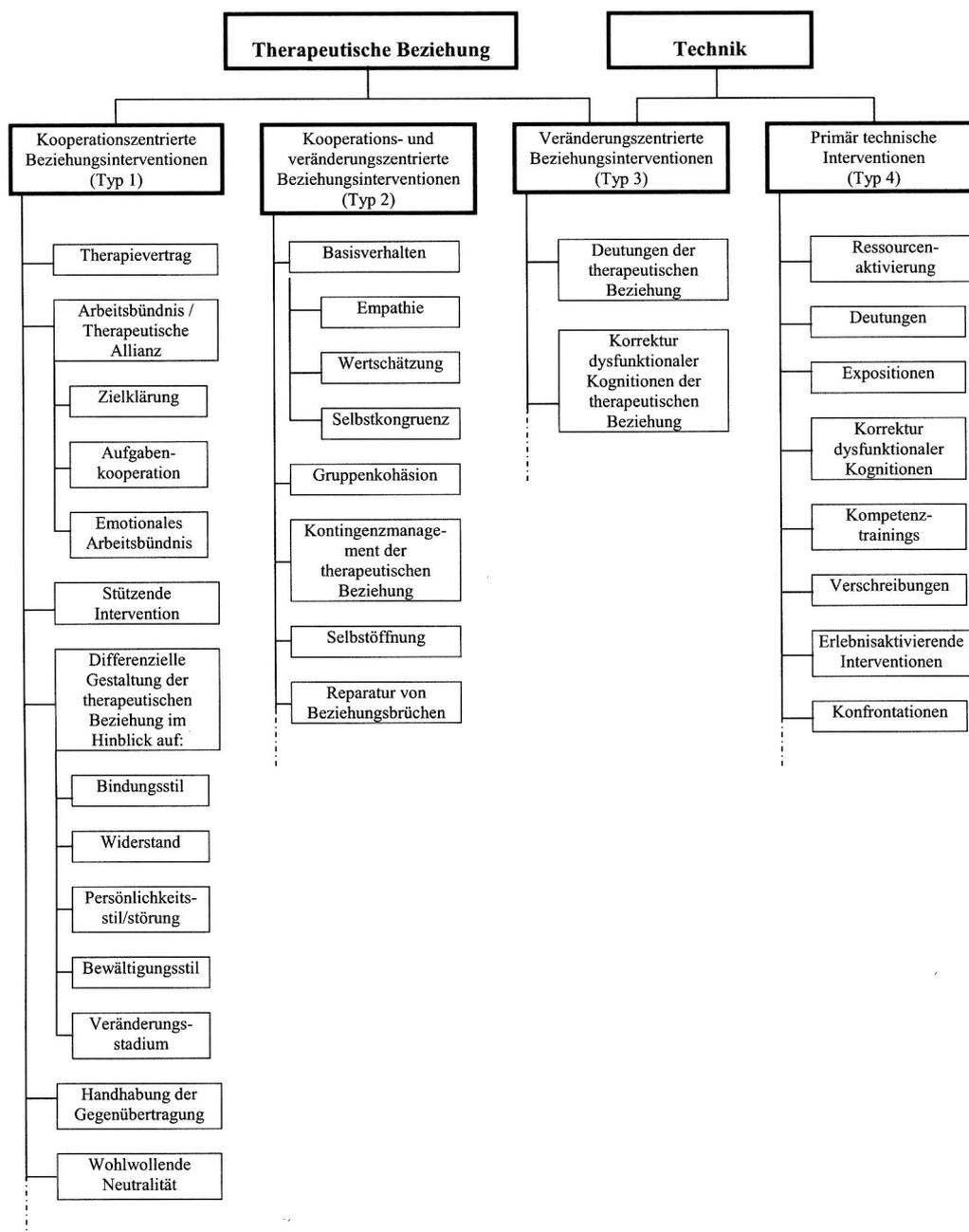


Abbildung 4: Ordnungsversuch des Zusammenhangs von Beziehung und Technik

nach Hermer & Röhrle, 2008, S. 50

Zu Typ 1: Kooperationszentrierte Beziehungsinterventionen

Tyron & Winograd (2011) geben eine Effektstärke von $r=0,34$ für den Zusammenhang von Zielübereinstimmung zwischen Patientin und

Therapeutin und dem Outcome der Therapie an. Der Metaanalyse lagen 15 Studien zugrunde.

Hayes, Gelso & Hummel (2011) finden für die Handhabung der Gegenübertragung und dem Therapieergebnis kontroverse Ergebnisse, sie benennen drei Metaanalysen und berichten Effektstärken von $r = -0,16$ (10 Studien), $r = -0,14$ (11 Studien) bis $r = 0,56$ (7 Studien).

Zu Typ 2: Kooperations- und veränderungszentrierte Beziehungsinterventionen

Zum Einfluss der Basisvariablen in der Konzeption nach Rogers (1973) auf den Therapieerfolg gibt es mittlerweile klare Belege, die deren Bedeutsamkeit unterstreichen. In der aktuellsten Metaanalyse von Elliott, Bohart, Watson & Greenberg (2011) zeigt sich, dass Empathie, mit einer Effektstärke von $r = 0,31$, einen hohen Prädiktor für den Outcome von Therapien darstellt. Der Zusammenhang ist am stärksten bei weniger erfahrenen Therapeutinnen. Elliott et al. konstatieren (2011, S.47): „An empathic stance on the part of the therapist is an essential goal of all psychotherapists, regardless of theoretical orientation, treatment format, and severity of patient psychopathology.“

Farber & Doolin (2011) geben auf der Basis von 18 Studien eine Effektstärke von $r = 0,27$ für Wertschätzung und Outcome von Therapien an.

Kolden, Klein, Wang & Austin (2011) geben anhand der Analyse von 16 Studien eine Effektstärke von $r = 0,24$ für den Zusammenhang von Kongruenz und Therapieoutcome an.

Bei Studien, die den Einfluss von Selbstöffnung und Beziehungsklärung auf den Therapieerfolg untersuchten, ergaben sich widersprüchliche Befunde. Es werden positive, negative und keine Effekte berich-

tet (Hill & Knox, 2002). Hauptproblem ist die Schwierigkeit der Definition und der Messung der unterschiedlichen Möglichkeiten zur Selbstöffnung bzw. Beziehungsklärung.

Zur Reparatur von Beziehungsabbrüchen stellen Safran, Muran & Eubanks–Carter (2011) zwei Metaanalysen vor. Die Autoren zeigen für „rupture–repair–episodes“ und Outcome eine Effektstärke von $r=0,24$ (3 Studien) und bei Psychotherapeutinnen in Ausbildung für den Einfluss von Training in „alliance–rupture interventions“ und dem Outcome eine Effektstärke von $r= 0,65$ (7 Studien). Safran, Muran, Samstag & Stevens (2008) fassen die vorläufigen Ergebnisse zum Thema Reparatur von Beziehungsabbrüchen zusammen und weisen darauf hin, dass spezifische Prozesse, wie das Ausdrücken negativer Gefühle bei Patientinnen in Kombination mit nicht-defensiven Therapeutinnenverhalten eine günstige Reparaturmethode sein kann. Wird innerhalb einer Sitzung ein Bruch gelöst, führt dies zur Verbesserung der Allianz in der gleichen Sitzung. Es konnten verschiedene Verläufe von Allianzentwicklungen gezeigt werden, wobei einige Patientinnen stark profitieren, wenn die Beziehung brüchig wird und gelungen gelöst werden kann.

Ungünstig wirkt sich ein Muster negativer Komplementarität aus, das heißt wenn auf negatives Patientinnenverhalten negatives Therapeutinnenverhalten folgt und dieses sich weiter verstrickt in einen negativen Teufelskreis. Dies deckt sich auch mit den Vanderbilt Befunden von Henry et al. (1993).

Zu Typ 3: Veränderungszentrierte Beziehungsinterventionen

Eine Metaanalyse von Hoglend (2004) zeigte, dass die Häufigkeit von Übertragungsdeutungen mit einem negativen Behandlungsergebnis korreliert und diese, insbesondere wenn der therapeutische Prozess beeinträchtigt ist, zu Behandlungsabbrüchen führt. Piper et al. (1999)

zeigten anhand der letzten Therapiesitzung von Abbrechern (N=22), dass in den meisten Fällen von den Patientinnen Unzufriedenheit geäußert wurde. Die Therapeutin reagierte darauf mit Übertragungsdeutungen, was bei den Patientinnen zu Rückzug und Widerstand und bei Therapeutinnen zu einem Verharren an den Übertragungsdeutungen führte. Die Patientinnen ließen sich von einer Weiterbehandlung vordergründig überzeugen, erschienen allerdings nicht mehr zu weiteren Sitzungen.

Bond, Banon & Garnier (1998) zeigten bei einer Stichprobe an Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen, dass bei negativ beeinträchtigter Allianz Übertragungsdeutungen zu einer zusätzlichen Verschlechterung führten.

Demgegenüber sind die Befunde von Hoglend et al. (2008) zu nennen, denn die Autoren konnten zeigen, dass Patientinnen mit niedrigem Strukturniveau mehr von Übertragungsdeutungen profitieren. Johannson et al. (2010) zeigten, dass Einsicht als Mediatorvariable fungiere. Mittlerweile stehen die empirischen Ergebnisse von Hoglend et al. (2011) im genauen Gegensatz zu den theoretischen Annahmen, da in ihrer Studie Patientinnen mit niedrigem Strukturniveau bei bestehender schlechter therapeutischer Beziehung am meisten von Übertragungsdeutungen profitierten. Bei Patientinnen mit hohem Strukturniveau und guter Beziehung führten die Übertragungsdeutungen zu negativen Effekten.

Zu Typ 4: Primär technische Interventionen

Therapeutinnen sind erfolgreicher, wenn Sie sich auf die Stärken und Ressourcen der Patientinnen konzentrieren (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Willutzki et al. (2005) konnten zeigen, dass eine starke Hervorhebung von Selbstverständlichkeiten von Patientinnen als Abwertung erlebt werden. Grawe & Grawe–Gerber (1999) konnten

zeigen, dass zu anspruchsvolle Ziele Widerstand erzeugen. Zu den primär technischen Interventionen, siehe auch z.B. Margraf & Schneider (2009), Wöller & Kruse (2010) oder Thomä & Kächele (1996).

Die Hauptkritikpunkte an diesem Schemas ist die Schwierigkeit der Zuordnung aufgrund der statischen Anordnung und des Nichtberücksichtigens von Wechselwirkungen. Allerdings lassen sich die doch sehr „mosaikhaften“ Befunde nach Meinung der Autorin gelungen sortieren.

2.6 Therapeutische vs. private Beziehungen

Vergleicht man die unterschiedlichen Konstellationen zwischenmenschlicher Beziehungen, wie Paarbeziehungen, Eltern–Kind–Beziehungen etc., dann kann die therapeutische Beziehung am ehesten mit Freundschaften verglichen werden. Die Ähnlichkeiten zwischen Freundschaften und therapeutischen Beziehungen liegen in der meist positiven Affiliation und dem hohen Intimitätsgrad. Die Unterschiede ergeben sich, wenn man Freundschaft als dyadische, informelle Beziehung ansieht, die auf Gegenseitigkeit und wechselseitiger Anerkennung beruht, frei gewählt und positiv ist und in der Sexualität nicht gelebt wird. Die therapeutische Beziehung demgegenüber ist formell, wird nicht in gleichem Maße frei gewählt, ist nicht gegenseitig, sondern asymmetrisch und komplementär. Auch beruht die therapeutische Beziehung in der Regel nicht unbedingt auf beiden Seiten auf gegenseitiger Anziehung, die Beziehung ist zeitlich limitiert, tauschorientiert, mit einem Auftrag verbunden, hat eindeutig Macht- und Rollenaufteilungen und ist uniplex, also auf einen einzelnen Bereich beschränkt (Hermer & Röhrle, 2008, S.37). Möglich ist auch der Vergleich mit Eltern–Kind–Beziehungen, z.B. für verhaltensthera-

peutische Therapiebeziehungen, die eher pädagogisch gestaltet werden. Auch wenn die Patientin sehr jung ist und die Therapeutin sehr alt, könnte dies eher eine Entsprechung der Eltern–Kind–Beziehung begünstigen.

In psychotherapeutischen Prozessen trägt die Psychotherapeutin die Hauptverantwortung für die gelungene Beziehungsgestaltung, diese wird in privaten Beziehungen unter Erwachsenen von beiden Seiten getragen.

Die bestehende gesellschaftliche Forderung nach durchgängig emotional positiv erlebter und dabei zeitlich stabiler privater Beziehungen steht im Gegensatz zur Forderung nach Individualität, Autonomie und Flexibilität. Eine große Schwierigkeit bereitet den Therapeutinnen auch die Tatsache, dass zu einem großen Teil sowohl in der Gesellschaft als auch von Therapeutinnen selbst die therapeutische „Beziehungsfähigkeit“ gleichgesetzt wird mit der privaten „Beziehungsfähigkeit“ (Jaeggi, 2002). Diese normative Setzung kann unter Umständen zusätzlich belasten.

3 Herleitung der Fragestellung

„Die Frage, ob Therapeuten diagnostiziert werden müssen, kann vorläufig dahingehend beantwortet werden, dass sie es unvermeidlich in einem vorwissenschaftlichen Sinne ohnehin werden“ (Pfäfflin & Kächele, 2005, S.471).

Im Gegensatz zu beispielsweise technischen Berufen sind bei Psychotherapeutinnen die personalen und Beziehungskompetenzen (Strauß & Kohl, 2009a, Grawe, 1999) weitaus zentraler für die Arbeit. Psychotherapeutinnen sollen nun im Rahmen der Ausbildung auch zu Beziehungsexpertinnen gemacht werden, siehe auch Kapitel 1. Auch die emotionalen Kompetenzen im Sinne einer angemessenen Emotionsregulierung und Emotionserkennung spielen eine bedeutsame Rolle. Es ist bisher aber noch nicht hinreichend erforscht, wie die Persönlichkeit, das Verhalten und Erleben der Psychotherapeutinnen in Ausbildung gekennzeichnet ist und wie es sich während der Ausbildung verändert. Die Kernfragen dieser Arbeit sind daher:

Wie verändern sich die Persönlichkeit, das emotionale Erleben, die Emotionsregulierung, die Emotionserkennung und das Beziehungserleben und –verhalten während der Ausbildung?

3.1.1 Persönlichkeit

- Welche Persönlichkeitsmerkmale sind bei Psychotherapeutinnen am Beginn der Ausbildung hoch ausgeprägt, welche Persönlichkeitsmerkmale sind niedrig ausgeprägt?

-
- Unterscheiden sich Psychotherapeutinnen verschiedener Schulen am Beginn der Ausbildung hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmale?
 - Verändern sich die Persönlichkeitsmerkmale während der Ausbildung?

3.1.2 Emotionales Erleben und Emotionsregulierung

- Welche Emotionen erleben Psychotherapeutinnen am Beginn der Ausbildung am intensivsten / am wenigsten? Welche Emotion wird subjektiv am Schwierigsten erlebt? Welche Emotionsregulierungsstrategien sind am Beginn der Ausbildung vorherrschend?
- Wie verändern sich das emotionale Erleben und die Emotionsregulierung während der Ausbildung?

3.1.3 Emotionserkennung

- Wie gut erkennen Psychotherapeutinnen in Ausbildung mimisch ausgedrückte Emotionen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe und zu einer Gruppe von Patientinnen? Welche Emotionen erkennen Psychotherapeutinnen in Ausbildung am besten? Welche Emotionen erkennen sie am schlechtesten?
- Gibt es zwischen verschiedenen Ausbildungsrichtungen Unterschiede bei der Fähigkeit Emotionen zu erkennen?
- Wie verändert sich die Emotionserkennung während der Ausbildung?

3.1.4 Beziehungserleben und -verhalten

- Wie ist das Selbsterleben von Psychotherapeutinnen in Ausbildung gekennzeichnet? Wie verhalten sich Psychotherapeutin-

nen in Ausbildung ihren Bezugspersonen gegenüber? Wie verhalten sich die Bezugspersonen den Psychotherapeutinnen in Ausbildung (aus der Sicht der Psychotherapeutinnen in Ausbildung) gegenüber?

- Wie verändert sich das Beziehungserleben während der Ausbildung? Wie verändert sich das Verhalten der Psychotherapeutinnen in Ausbildung mit ihren Bezugspersonen während der Ausbildung? Wie verändert sich das Verhalten der Bezugspersonen mit den Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der Ausbildung (aus der Sicht der Psychotherapeutinnen in Ausbildung)?
- Gibt es schulenspezifische Entwicklungen?

4 Methodisches Vorgehen

Es werden die Testverfahren, der Untersuchungsablauf und die Stichproben beschrieben.

4.1 Testverfahren

Es werden drei Fragebogen und der Test zur Emotionserkennung dargestellt.

4.1.1 Persönlichkeit

Es wurde das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R (7. überarbeitete und neu normierte Auflage) von Fahrenberg et al. (1983) vorgegeben. Dieser Fragebogen steht in der Tradition der differentiellen und Persönlichkeitspsychologie. Dieses Verfahren ist ein faktorenanalytisch und itemmetrisch begründetes Persönlichkeitsverfahren, welches mit 138 Items die 12 unten angegebenen Dimensionen mittels Selbstbeschreibung misst. Das Verfahren ist ausreichend reliabel und valide.

Es wurden die folgenden Persönlichkeitsmerkmale erfasst:

- Lebenszufriedenheit: lebenszufrieden, gute Laune, zuversichtlich versus unzufrieden, bedrückt, negative Lebenseinstellung
- Soziale Orientierung: sozial verantwortlich, hilfsbereit, mitmenschlich vs. Eigenverantwortung in Notlagen betonend, selbstbezogen, unsolidarisch
- Leistungsorientierung: leistungsorientiert, aktiv, schnellhandelnd, ehrgeizig-konkurrierend vs. wenig leistungsorientiert oder energisch, wenig ehrgeizig-konkurrierend

- **Gehemmtheit:** gehemmt, unsicher, kontaktscheu vs. ungezwungen, selbstsicher, kontaktbereit
- **Erregbarkeit:** erregbar, empfindlich, unbeherrscht vs. ruhig, gelassen, selbstbeherrscht
- **Aggressivität:** aggressives Verhalten, spontan und reaktiv, sich durchsetzend vs. wenig aggressiv, kontrolliert, zurückhaltend
- **Beanspruchung:** angespannt, überfordert, sich oft „im Stress“ fühlend vs. wenig beansprucht, nicht überfordert, belastbar
- **Körperliche Beschwerden:** viele Beschwerden, psychosomatisch gestört vs. wenige Beschwerden, psychosomatisch nicht gestört
- **Gesundheitssorgen:** Furcht vor Erkrankungen, gesundheitsbewusst, sich schonend vs. wenig Gesundheitssorgen, gesundheitlich unbekümmert, robust
- **Offenheit:** offenes Zugeben kleiner Schwächen und alltäglicher Normverletzungen, ungeniert, unkonventionell vs. an Umgangsnormen orientiert, auf guten Eindruck bedacht, mangelnde Selbstkritik, verschlossen
- **Extraversion:** extravertiert, gesellig, impulsiv, unternehmungslustig vs. introvertiert, zurückhaltend, überlegt, ernst
- **Emotionalität:** emotional labil, empfindlich, ängstlich, viele Probleme und körperliche Beschwerden vs. emotional stabil, gelassen, selbstvertrauend, lebenszufrieden

4.1.2 Emotionales Erleben und Emotionsregulierung

Es wurde der EER-Fragebogen zur Erfassung des emotionalen Erlebens und Emotionsregulation (Benecke, Vogt, Bock, Koschier & Peham, 2008) eingesetzt. Der Fragebogen gilt als praktikabel, sehr gut differenzierend und valide. Die teststatistischen Kennwerte sind

überwiegend im mittleren bis guten Bereich einzustufen. Der EER misst das emotionale Erleben auf 20 Skalen, die Emotionsregulierung bezogen auf eine als schwierig erlebte Emotion auf 15 Skalen.

Die Skalen zum emotionalen Erleben beinhalten Interesse (aufmerksam, konzentriert, wach), Freude (vergnügt, erfreut, fröhlich), Überraschung (überrascht, erstaunt, verblüfft), Wut (wütend, ärgerlich, zornig), Ekel (angewidert, angeekelt, abgestoßen), Verachtung (verachtend, spöttisch, geringschätzend), Scham (verlegen, verschämt, gehemmt), Schuld (schuldig, reumütig, tadelnswert), Trauer (niedergeschlagen, traurig, entmutigt), Angst (ängstlich, furchtsam, erschreckt), Leblosigkeit (leblo, erstarrt, leer), Einsamkeit (einsam, verlassen, isoliert), Liebe und Zärtlichkeit (zärtlich, liebevoll, geborgen), Neid und Eifersucht (neidisch, eifersüchtig), Reizbarkeit (reizbar, mürrisch, übellaunig), Unbeherrschtheit (aufbrausend, unbeherrscht, auffahrend), Hemmungslosigkeit (hemmungslos, stürmisch, ungestüm), Impulsivität (sprunghaft, impulsiv, unständig), diffuse Angst (unsicher, diffus angespannt, in ängstlicher Erwartung) und Hilflosigkeit (schutzlos, hilflos, ausgeliefert). Auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 6 (außerordentlich) wird die Intensität angegeben.

Die Skalen zur Emotionsregulierung lauten: Verwirrung (z.B. bin ich hin- und hergerissen zwischen widersprüchlichen Gedanken), Belastung / Überforderung (z.B. meine ich, mit diesem Gefühl nicht fertig werden zu können), Rückzug / Lähmung (z.B. ziehe ich mich zurück), Dissoziation (z.B. kommt es mir vor, als wäre ich nicht ich selbst), Körperwahrnehmung bezogen auf den Ausdruck (z.B. kann ich die körperlichen Signale auf mein Gefühl nicht verbergen), Körperwahrnehmung bezogen auf die Nutzung (z.B. kann ich meine Körperempfindung als Hinweis auf meine Wünsche und Bedürfnisse nutzen), Re-

flexion (z.B. denke ich darüber nach, warum dieses Gefühl aufgetaucht ist), soziale Unterstützung (z.B. suche ich die Nähe einer vertrauten Person), Empathie, Perspektivenübernahme (z.B. kann ich nachvollziehen, was andere denken), Externalisierung (z.B. ist das eine Reaktion auf das Verhalten anderer), Musterreflexion (z.B. nehme ich wahr, dass ich in bestimmten Situationen immer auf diese Weise reagiere), Ablenkung (z.B. beschäftige ich mich erst einmal mit etwas anderem), Black-out (z.B. weiß ich hinterher nicht mehr, wie es dazu kam), Spontaneität (z.B. reagiere ich, ohne lange nachzudenken) und sich Verlieren (z.B. lasse ich die Dinge einfach geschehen). Auf einer Skala von 0 (trifft überhaupt nicht zu) bis 6 (trifft vollständig zu) wird der Einsatz der verschiedenen Strategien geratet.

4.1.3 Emotionserkennung

Zur Untersuchung der Emotionserkennungsfähigkeit wurde der FEEL-Test verwendet (Kessler et al., 2002). Dieser computergestützte Test misst die Fähigkeit einer Person, mimisch kodierte Basisemotionen zu erkennen. Die Basisemotionen sind Angst, Freude, Überraschung, Ekel, Trauer und Ärger. Im Test müssen die Probanden anhand von 42 Bildern erkennen, welche Emotion auf den Gesichtern zu sehen ist. Dabei sehen sie auf dem Bildschirm zunächst für 1,5 Sekunden das Portrait einer Person mit neutralem Gesichtsausdruck, um sich an die Physiognomie zu gewöhnen. Anschließend wird die gleiche Person mit einem emotionalen Ausdruck für nur 300ms gezeigt. Der Proband wählt danach im forced-choice-Verfahren per Mausklick eine der sechs vorgegebenen Emotionen. Die Bilder im Test sind FACS-codiert und basieren auf der JACFEE (Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion) Bildserie von Matsumoto & Ekman (1988, zitiert nach Kessler et al. 2002). Der Test ist objektiv, reliabel und bedingt konstruktvalid (Kessler et al., 2005).

4.1.4 Beziehungserleben und -verhalten

Der INTREX Fragebogen (Tress, 2002), welcher auf dem in Kapitel 2.3. beschriebenen SASB-Modell von Benjamin (1974) beruht, wurde in der Kurzfassung dargeboten. Der Fragebogen beinhaltet jeweils acht Items zum Umgang mit sich selbst in besten und schlechtesten Zeiten („So gehe ich mit mir in meinen besten Zeiten um“, „So gehe ich in meinen schlechtesten Zeiten mit mir um“), jeweils 16 Items beschreiben die interpersonellen Transaktionen, also den Umgang mit der Bezugsperson, jeweils in besten und schlechtesten Zeiten („So gehe ich mit ihr/ihm in unseren besten Zeiten um“, „So gehe ich mit ihr/ihm in unseren schlechtesten Zeiten um“) und jeweils 16 Items zum Umgang der Bezugsperson mit der Testperson in besten und schlechtesten Zeiten („So geht er/sie in unseren besten Zeiten mit mir um“, „So geht er/sie in unseren schlechtesten Zeiten mit mir um“). Die Skala reicht von 0–6. Im INTREX kamen folgende Beispielsätze zur Anwendung: Ich mag mich und gehe liebevoll mit mir um (Introjekt). Ich wende mich ihr/ihm liebevoll zu und biete ihr/ihm meine Nähe an (Interpersonal, Fokus „der Andere“). Ich genieße die Nähe zu ihr/ihm (Interpersonal, Fokus „Selbst“).

4.2 Untersuchungsablauf und Stichproben

Es werden die Erhebungszeitpunkte, die Stichprobe, der Drop-Out und die Reliabilitätsanalyse dargestellt. Es konnte nicht bei allen Instituten und Gruppen alle Methoden eingesetzt werden. Es bestehen daher Unterschiede in der Anzahl der Probanden bei den verschiedenen Methoden.

4.2.1 Erhebungszeitpunkte

In der folgenden Tabelle sind die Ausbildungsrichtungen, die Institute an denen die Probanden, die Ausbildung absolvieren und die Erhebungszeitpunkte festgehalten. Die Zeitdauer zwischen Prä- und Postmessung war auf drei Jahre angedacht, dies war annähernd realisierbar, siehe Tabelle 2.

Gruppe	Ort	Institut	Datum (Prä)	Datum (Post)
VT 1	Berlin	BAP	10/11.02.2007	14/15.11.2009
TP 1	Berlin	BAP	17.02.2007, 16.06.2007	14/15.11.2009
TP KiJu 1	Berlin	BAP	18.02.2007	27.06.2009/ 19.12.2009
IT	St. Pölten	Donau-Uni	10.03.2007.	keine Postdaten
KT	Krems	Donau-Uni	20.04.2007, 22.06.2007	25.06.2010
PM	St. Pölten	Donau-Uni	05.05.2007	16/17.04.2010
PD	Innsbruck	Uni Ibk	13.10.2006, 04.11.2006	12/08–07/09
VT 2	Berlin	BAP	26/27.01.2008	21.11.2010
TP 2	Berlin	BAP	26/27.01.2008	17.12.2010
TP KiJu 2	Berlin	BAP	26/27.01.2008	18.12.2010
PD 2	Innsbruck	Uni Ibk	28.09.2007/ 12.10.2007	keine Postdaten

Tabelle 2: Erhebungszeitpunkte

VT 1...Verhaltenstherapie Gruppe 1, TP 1...Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Gruppe 1, TP KiJu 1... Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Gruppe 1, IT...Integrative Therapie, KT...Klientenzentrierte Psychotherapie, PM...Psychotherapeutische Medizin, PD...Psychodrama, VT 2... Verhaltenstherapie Gruppe 2, TP 2...Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Gruppe 2, TP KiJu 2... Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Gruppe 2

4.2.2 Vorliegende Datensätze

Bei den Gruppen Verhaltenstherapie 1, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 1, Tiefenpsychologisch fundierte Kinder und Jugendlichenpsychotherapie 1 und Psychodrama konnten alle Daten erhoben werden. Bei den Gruppen Integrative Therapie, Klientenzentrierte Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin konnte keine Messung der Emotionserkennungsfähigkeit durchgeführt werden (siehe Tabelle 3 und 4).

Gruppe Prä	FPI-R	EER	FEEL	INTREX
VT 1	15	15	15	15
TP 1	14	14	14	14
TP KiJu1	14	14	14	14
IT	11	11	0	11
KT	8	8	0	8
PM	14	14	0	14
PD	12	12	12	12
Gesamt	88	88	55	88

Tabelle 3: Datensätze Prä Erhebung

VT 1...Verhaltenstherapie Gruppe 1, TP 1...Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Gruppe 1, TP KiJu 1... Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Gruppe 1, IT...Integrative Therapie, KT...Klientenzentrierte Psychotherapie, PM...Psychotherapeutische Medizin, PD...Psychodrama

Gruppe Post	FPI-R	EER	FEEL	INTREX
VT 1	12	12	13	13
TP 1	5	5	7	5
TP KiJu 1	6	6	11	6
IT	0	0	0	0
KT	2	2	0	2
PM	5	5	0	5
PD	5	5	4	5
Gesamt	35	35	35	36

Tabelle 4: Datensätze Post Erhebung

VT 1...Verhaltenstherapie Gruppe 1, TP 1...Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Gruppe 1, TP KiJu 1... Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Gruppe 1, IT... Integrative Therapie, KT...Klientenzentrierte Psychotherapie, PM...Psychotherapeutische Medizin, PD... Psychodrama

4.2.2.1 Zusätzliche Emotionserkennungsdaten (FEEL-Test):

Bei den Gruppen Verhaltenstherapie 2, Tiefenpsychologisch fundierte Therapie 2, Tiefenpsychologisch fundierte Kinder und Jugendlichenpsychotherapie 2 und Psychodrama 2 konnte zusätzlich die Emotionserkennungstestung durchgeführt werden.

Gruppe	FEEL Prä	FEEL Post
VT 2	18	11
TP 2	17	1
TP KiJu 2	17	6
PD 2	14	0
Gesamt	66	18

Tabelle 5: zusätzliche Datensätze FEEL Prä-Post

VT 2...Verhaltenstherapie Gruppe 2, TP 2...Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Gruppe 2, TP KiJu 2... Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Gruppe 2

4.2.2.2 Zusätzliche Daten des Beziehungserlebens und -verhaltens (INTREX-Fragebogen)

Bei N= 99 Probanden liegen nun INTREX Prä-Post Daten vor. Ein Teil der Daten (N=35) wurden an den Ausbildungsinstituten erhoben und sind aus der Grundstichprobe. Die zusätzlichen Intrex Daten wurden auf postalischen Weg erhoben (N=64). Die Prä-Erhebung führte Taubner 2007 durch, die Post-Erhebung fand im Juli 2010 in Kooperation statt.

Diese Teilnehmerinnen sind in Ausbildung an folgenden Institutionen: C.G. Jung Institut Berlin, Institut für Psychotherapie Berlin, Insitut für psychologische Psychotherapie und Beratung Berlin, Institut für Verhaltenstherapie Berlin, Psychoanalytisches Institut Bremen, Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Heidelberg, Psychoanalytische Arbeitsgemeinschaft Ulm, Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München, Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Gießen, Salomé Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie, Sächsisches Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Leipzig, Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg, Wiesbadener Akademie für Psychotherapie, ZWW Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, NIVT, IFT–Nord Institut für Therapie und Gesundheitsforschung Kiel, Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie, IVT Brandenburg, Winnicott Hannover, DPG Frankfurt und TU Dresden.

4.2.3 Drop-Out

Der Drop-Out wurde über die gesamten Daten berechnet. Dieser liegt zwischen 54,55 % und 61,78 %, siehe Tabelle 6.

	FPI-R	EER	FEEL	INTREX
Gesamt Prä	88	88	121	259
Gesamt Post	35	35	53	99
Drop out	60,23	60,23	43,80	61,78

Tabelle 6: Drop-Out

4.2.4 Reliabilitätsanalyse

Die interne Konsistenz bei der Messung der Persönlichkeit, des emotionalen Erlebens und der Emotionsregulierung liegen im akzeptablen bis guten Bereich. Das Cronbachs α ist bei der Testung der Emotionserkennung und bei der Autonomie–Achse des Beziehungserlebens zu niedrig.

5 Darstellung der Ergebnisse

5.1 Soziodemographische Daten

5.1.1 Soziodemographische Daten der Grundstichprobe

Die Psychotherapeutinnen in Ausbildung sind bei der Post-Erhebung im Durchschnitt 37,23 Jahre alt (s=6,91).

Sie sind am Ende des sechsten Semesters in Ausbildung.

In der Stichprobe sind 2 Männer (5,7 %) und 33 Frauen (94,3 %).

5.1.2 Soziodemographische Daten: Grundstichprobe und INTREX-Fragebogen

Die Psychotherapeutinnen in Ausbildung sind bei der Post-Erhebung im Durchschnitt 39,01 Jahre alt (s=7,04).

Im Durchschnitt sind die Psychotherapeutinnen in Ausbildung bei der Enderhebung 8,75 Semester in Ausbildung (s=4,26).

In der Stichprobe sind 14 Männer (14,3 %) und 84 Frauen (85,7 %).

Eine Person gab keine Auskunft, siehe Abbildung 5.

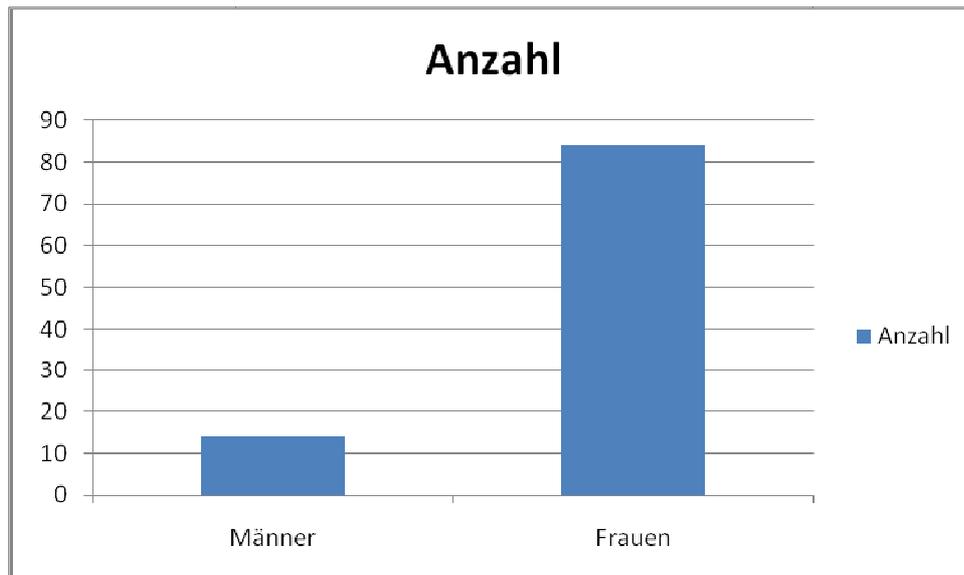


Abbildung 5: Geschlechtsverteilung

77 (77,8 %) Teilnehmerinnen sind in der Erwachsenenbildung und 22 (22,2 %) in der Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichen Therapeutin, siehe Abbildung 6.

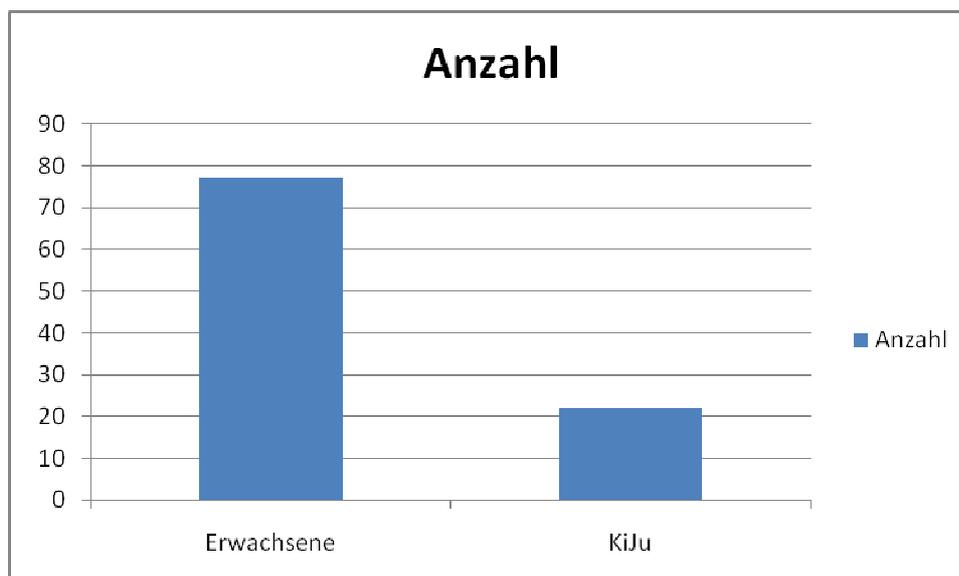


Abbildung 6: Ausbildungsgang

In der Stichprobe sind 29 Psychoanalytikerinnen, 34 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeutinnen, 23 Verhaltenstherapeutinnen, 3 Klientenzentrierte Psychotherapeutinnen, 5 Psychodramatikerinnen und 5 Psychotherapeutische Medizinerinnen. Siehe Tabelle 7.

Schulenzugehörigkeit	Häufigkeit	Prozent	männlich	weiblich
Psychoanalytische Psychotherapie	29	29,3	6	23
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	34	34,3	5	28
Verhaltenstherapie	23	23,2	2	21
Klientenzentrierte Psychotherapie	3	3	0	3
Psychodrama	5	5,1	0	5
Psychotherapeutische Medizin	5	5,1	1	4
Gesamt	99	100	14	84

Tabelle 7: Schulenzugehörigkeit Häufigkeit

Schulenzugehörigkeit	Alter MW	Alter s	Erw.	KiJu
Psychoanalytische Psychotherapie	43,28	7,27	18	11
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	38,97	5,774	24	10
Verhaltenstherapie	33	4,21	22	1
Klientenzentrierte Psychotherapie	42,67	7,371	3	0
Psychodrama	37,2	5,263	5	0
Psychotherapeutische Medizin	41,8	7,085	5	0
Gesamt	39,01	7,043	77	22

Tabelle 8: Schulenzugehörigkeit und Alter

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, Erw....Erwachsenenpsychotherapie, KiJu...Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie)

5.2 Persönlichkeit

5.2.1 Persönlichkeit zu Beginn der Ausbildung

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse der Persönlichkeitsskalen dargestellt. Es werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Untersuchungsgruppe dargestellt. Die Gruppenunterschiede zwischen den verschiedenen Therapierichtungen wurden mittels des Kruskal-Wallis-H-Test berechnet.

Die höchsten Werte finden sich bei den Merkmalen Soziale Orientierung, Offenheit, Leistungsorientierung und Extraversion.

Die niedrigsten Werte finden sich bei den Merkmalen Körperliche Beschwerden, Aggressivität und Gesundheitssorgen.

Die Gruppe der Psychotherapeutinnen in Ausbildung unterscheiden sich verglichen mit einer Normstichprobe an N=340 Frauen im Alter zwischen 30–39 Jahren (Fahrenberg et al., 1983, S: 141) nicht. Alle Skalen liegen im mittleren Normbereich der Standard Nine Norm,

FPI-R Skala	MW	s	Kruskal-Wallis-H-Test χ^2	Kruskal-Wallis-H-Test p	Normbereich ST 1...9
Lebenszufriedenheit	6,8	2,948	11,12	0,085	5
Soziale Orientierung	8,22	1,872	4,19	0,651	6
Leistungsorientierung	7,6	2,257	3,88	0,693	6
Gehemmtheit	5,07	2,916	6,19	0,402	5
Erregbarkeit	6,01	2,996	3,32	0,768	5
Aggressivität	3,11	2,147	2,59	0,859	4
Beanspruchung	5,65	2,96	9,72	0,137	5
Körperliche Beschwerden	2,57	2,016	4,74	0,578	4
Gesundheitssorgen	3,6	2,322	9,02	0,172	4
Offenheit	7,86	2,177	13,11	0,041	6
Extraversion	7,35	3,248	6,85	0,335	5
Emotionalität	5,66	2,791	12,31	0,055	5

Tabelle 9: Persönlichkeitsskalen

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert, ST...Standard Nine Norm, N=88)

5.2.2 Schulenunterschiede

Die Gruppen unterscheiden sich signifikant beim Merkmal Offenheit (siehe Tabelle 10), und tendenziell signifikant bei den Merkmalen Lebenszufriedenheit (siehe Tabelle 11) und Emotionalität (siehe Tabelle 12).

Am meisten Offenheit am Beginn der Ausbildung zeigen die Kinder- und Jugendlichen Therapeutinnen, gefolgt von den tiefenpsychologisch fundierten Therapeutinnen und Psychodramatikerinnen. Im

Mittelfeld liegen die Verhaltens- und klientenzentrierten Therapeutinnen. Am wenigsten Offenheit zeigen die integrativen Therapeutinnen und die psychotherapeutischen Medizinerinnen. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind mit $p=0,041$ signifikant.

Offenheit	MW	s
Verhaltenstherapie	7,73	1,71
Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	8,64	1,906
TP Kinder- und Jugendlichen Therapie	8,93	1,979
Integrative Therapie	6,91	2,119
Klientenzentrierte Therapie	7,5	1,512
Psychotherapeutische Medizin	6,5	2,71
Psychodrama	8,58	2,109
Gesamt	7,86	2,177

Tabelle 10: Mittelwerte und Standardabweichungen des Merkmals Offenheit von Teilnehmerinnen verschiedener Ausbildungsrichtungen

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, TP...Tiefenpsychologisch fundierte, N=88)

Die höchste Lebenszufriedenheit am Beginn der Ausbildung weisen die psychotherapeutischen Medizinerinnen auf, Reihenfolge danach sind Psychodramatikerinnen und Verhaltenstherapeutinnen, klientenzentrierte, psychodynamische und integrative Therapeutinnen und Kinder- und Jugendlichen Therapeutinnen. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind mit $p=0,085$ tendenziell signifikant.

Lebenszufriedenheit	MW	S
Verhaltenstherapie	7,47	3,833
Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	6,57	1,95
TP Kinder- und Jugendlichen Therapie	5,5	2,279
Integrative Therapie	5,55	3,417
Klientenzentrierte Therapie	6,63	3,335
Psychotherapeutische Medizin	8,07	2,2
Psychodrama	7,5	3
Gesamt	6,8	2,948

Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen des Merkmals Lebenszufriedenheit von Teilnehmerinnen verschiedener Ausbildungsrichtungen

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, TP... Tiefenpsychologisch fundierte, N=88)

Die höchste Emotionalität zu Beginn der Ausbildung weisen die Kinder und Jugendlichen Therapeutinnen auf, der Reihenfolge nach kommen die integrativen Therapeutinnen, Psychodramatikerinnen, psychodynamische Therapeutinnen, psychotherapeutische Medizinerinnen, klientenzentrierte und Verhaltenstherapeutinnen. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind mit $p=0,055$ tendenziell signifikant.

Emotionalität	MW	S
Verhaltenstherapie	4,67	2,795
Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	5,21	1,718
TP Kinder und Jugendlichen Therapie	7,57	2,209
Integrative Therapie	6,73	2,936
Klientenzentrierte Therapie	5	2,39
Psychotherapeutische Medizin	5,14	2,685
Psychodrama	5,25	3,769
Gesamt	5,66	2,791

Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichung des Merkmals Emotionalität von Teilnehmerinnen verschiedener Ausbildungsrichtungen

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, TP...Tiefenpsychologisch fundierte, N=88)

5.2.3 Veränderungen während der Ausbildung

Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die Persönlichkeitsmerkmale zwischen Prä- und Postmessung. Dieses Ergebnis bedeutet, dass die Persönlichkeitsmerkmale auch während der Ausbildung stabil bleiben.

FPI-R, N=35	MW prä	s prä	MW post	s post	T-wert	df	p
Zufriedenheit	7,6	2,91	7,71	2,72	-0,29	34	0,77
Soziale Orientierung	8,4	1,56	8,26	1,87	0,54	34	0,59
Leistungsorientierung	7,86	2,21	7,77	2,22	0,3	34	0,77
Hemmung	4,77	2,95	4,69	2,63	0,22	34	0,83
Erregung	5,77	3,1	6,31	2,99	-1,28	34	0,21
Aggressivität	3,14	2,45	3,31	1,94	-0,56	34	0,58
Beanspruchung	5,71	3,09	6,46	3,01	-1,66	34	0,11
Beschwerden	2,26	1,65	2,09	1,25	0,76	34	0,45
Gesundheitssorgen	3,83	2,64	4,03	2,46	-0,76	34	0,45

Offenheit	8	2,18	7,94	2,47	0,17	34	0,87
Extraversion	7,51	3,49	7,23	3,1	0,78	34	0,44
Emotionalität	5,2	2,95	5,49	2,86	-0,87	34	0,39

Tabelle 13: Veränderungen während der Ausbildung

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, df...Anzahl der Freiheitsgrade, p...Signifikanzwert, N=35)

5.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Persönlichkeitsmerkmale der Psychotherapeutinnen in Ausbildung sind im Normbereich. Die höchsten Werte finden sich bei den Merkmalen Soziale Orientierung, Offenheit, Leistungsorientierung und Extraversion. Die niedrigsten Werte finden sich bei den Merkmalen Körperliche Beschwerden, Aggressivität und Gesundheitsorgen. Am meisten Offenheit am Beginn der Ausbildung zeigen die psychodynamischen Kinder und Jugendlichen Therapeutinnen, gefolgt von den psychodynamischen Therapeutinnen und Psychodramatikerinnen. Im Mittelfeld liegen die Verhaltens- und klientenzentrierten Therapeutinnen. Am wenigsten Offenheit zeigen die integrativen Therapeutinnen und die psychotherapeutischen Medizinerinnen. Es zeigen sich keine Veränderungen während der Ausbildung.

5.3 Emotionales Erleben und Emotionsregulierung

5.3.1 Emotionales Erleben und Emotionsregulierung zu Beginn der Ausbildung

Tabelle 14 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Emotionsskalen der N=88 Teilnehmerinnen. Die Skala reicht von 0 (überhaupt nicht) bis 6 (außerordentlich).

Emotionales Erleben	MW PiA	s PiA	MW KG	s KG	T-Test	df	p
Interesse	4,34	0,90	3,51	1,14	8,62	87	0,00
Freude	3,91	1,17	3,35	1,36	8,62	87	0,00
Überraschung	2,05	1,30	2,01	1,30	0,31	87	0,76
Wut	1,84	1,26	2,11	1,56	-1,98	87	0,05
Ekel	0,49	0,81	1,11	1,35	-7,22	87	0,00
Verachtung	0,81	0,83	1,09	1,10	-3,21	87	0,00
Scham	1,34	0,94	1,38	1,28	-0,35	87	0,72
Schuld	1,14	1,17	1,39	1,34	-1,98	87	0,05
Trauer	1,96	1,47	2,21	1,66	-1,61	87	0,11
Angst	1,13	1,08	1,46	1,46	-2,91	87	0,00
Leblosigkeit	0,66	1,02	1,25	1,45	-5,46	87	0,00
Einsamkeit	1,12	1,28	1,38	1,58	-1,92	87	0,06
Liebe	3,78	1,30	3,17	1,37	4,38	87	0,00
Neid	1,20	1,23	1,06	1,26	1,10	87	0,27
Reizbarkeit	1,46	0,94	1,90	1,41	-4,43	87	0,00
Unbeherrschtheit	1,20	1,13	1,62	1,46	-3,45	87	0,00
Hemmungslosigkeit	1,66	1,25	1,51	1,20	1,09	87	0,28
Impulsivität	1,87	1,07	2,06	1,26	-1,70	87	0,09
diffuse Angst	1,78	1,11	2,09	1,51	-2,63	87	0,01
Vernichtungsangst	1,25	1,09	1,49	1,62	-2,10	87	0,04

Tabelle 14: Emotionales Erleben zu Beginn der Ausbildung

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, df... Anzahl der Freiheitsgrade, p...Signifikanzwert, PiA...Psychotherapeutin in Ausbildung, KG...Kontrollgruppe aus Benecke et al. (2008, Tab.3, N=600 Personen) T-Test gegen Mittelwert, N=88)

Beim emotionalen Erleben zeigt sich, dass die Psychotherapeutinnen am intensivsten Interesse, Freude und Liebe erleben. Die geringste Intensität erleben sie bei den Emotionen Ekel, Leblosigkeit und Verachtung. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ausbildungsgruppen. Verglichen mit einer Kontrollgruppe an gesunden Personen (N=600) von Benecke et al. 2008, ergeben sich fol-

gende Unterschiede: Die Psychotherapeutinnen erleben signifikant mehr Interesse, Freude und Liebe als die Normstichprobe. Die Psychotherapeutinnen erleben zu Beginn der Ausbildung signifikant weniger Ekel, Verachtung, Angst, Leblosigkeit, Reizbarkeit und Unbeherrschtheit als die Normstichprobe.

Die Teilnehmerinnen konnten aus den genannten Emotionen, diejenige auswählen, die für sie am schwierigsten zu regulieren ist. Insgesamt wird der ängstliche Bereich (diffuse Angst, Angst und Hilflosigkeit) am häufigsten genannt, gefolgt von Einsamkeit, Wut, Schuld und Eifersucht. Die detaillierte Aufschlüsselung findet sich in Tabelle 15.

Emotion	Anzahl	Emotion	Anzahl
Diffuse Angst	18	Ekel	4
Einsamkeit	12	Unbeherrschtheit	3
Wut	10	Scham	3
Angst	8	Leblosigkeit	3
Hilflosigkeit	7	Verachtung	1
Schuld	6	Impulsivität	1
Eifersucht	6	Fehlend	2
Trauer	4	Gesamt	88

Tabelle 15: Anzahl der Personen, die die gleiche schwierige Emotion ausgewählt haben.

(N=88)

Tabelle 16 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Emotionsregulierungsskalen. Die Skala reicht von 0 (trifft überhaupt nicht zu) bis 6 (trifft vollständig zu). Bei der Emotionsregulierung ist die Reflexion, die Musterreflexion und die soziale Unterstützung die am häufigsten eingesetzte Regulierungsstrategie. Am wenigsten werden Emotionen durch Black-out, Dissoziation und Körperwahrnehmung

(Ausdruck) reguliert. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Ausbildungsgruppen gefunden. Verglichen mit einer Kontrollgruppe an gesunden Personen (N=600) von Benecke et al. 2008, ergeben sich folgende Unterschiede: Die Psychotherapeutinnen in Ausbildung regulieren ihre Emotionen signifikant mehr mit den Strategien Rückzug, Reflexion, Soziale Unterstützung und Musterreflexion. Sie regulieren weniger durch Dissoziation, Körperwahrnehmung (Ausdruck), Black-Out, Impulsivität und Sich Verlieren als die Normstichprobe.

Emotionsregulierung	MW PiA	s PiA	MW KG	s KG	T-Test	df	p
Verwirrung	3,20	1,42	3,09	1,50	0,73	87	0,47
Belastung	3,34	1,47	3,21	1,69	0,86	87	0,39
Rückzug	3,35	1,38	2,99	1,79	2,43	87	0,02
Dissoziation	1,93	1,58	2,43	1,72	-2,96	87	0,00
Körperwahrnehmung (Ausdruck)	2,15	1,28	2,59	1,45	-3,22	87	0,00
Körperwahrnehmung (Nutzen)	2,68	1,57	2,53	1,35	0,88	87	0,38
Reflexion	4,57	1,03	3,43	1,45	10,42	87	0,00
Soziale Unterstützung	4,14	1,36	3,49	1,65	4,52	87	0,00
Empathie	2,92	1,21	3,02	1,44	-0,80	87	0,42
Externalisierung	2,45	1,86	2,28	1,66	0,84	87	0,40
Musterreflexion	4,33	1,42	3,71	1,46	4,12	87	0,00
Ablenkung	2,39	1,32	2,66	1,31	-1,95	87	0,05
Black-Out	1,20	1,12	1,49	1,28	-2,38	87	0,02
Impulsivität	2,65	1,24	3,07	1,23	-3,16	87	0,00
Sich Verlieren	2,38	1,30	2,79	1,41	-2,97	87	0,00

Tabelle 16: Emotionsregulierung

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, df... Anzahl der Freiheitsgrade, p...Signifikanzwert, PiA...Psychotherapeutin in Ausbildung, KG...Kontrollgruppe aus Benecke et al. (2008, Tab.5, Kontrollgruppe N=600) T-Test gegen Mittelwert, N=88)

5.3.2 Veränderungen des emotionalen Erlebens und der Emotionsregulierung während der Ausbildung

Von N=35 Teilnehmerinnen liegen Prä- und Post Daten des emotionalen Erlebens und der Emotionsregulierung vor. Diese wurden mit dem T-Test für verbundene Stichproben verglichen. Dabei zeigt sich, dass das Erleben von Interesse und Freude während der Ausbildung signifikant sinkt. Wut, Ekel, Verachtung, Leblosigkeit, Reizbarkeit und Vernichtungsangst steigen signifikant an. Da der Test 20 Skalen beinhaltet, wurde eine Bonferroni-Korrektur mit dem Faktor 20 durchgeführt. Nach dieser Auswertung steigt nur die Wut signifikant an (siehe Tabelle 17).

Skala	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T-Wert	df	p
Interesse	4,53	0,84	4,04	0,80	2,98	34	0,01
Freude	4,25	0,88	3,70	1,06	2,73	34	0,01
Überraschung	2,10	1,35	1,80	1,29	0,99	34	0,33
Wut	1,59	1,24	2,47	1,41	-3,28	34	0,00**
Ekel	0,18	0,35	0,72	1,22	-2,89	34	0,01
Verachtung	0,45	0,58	1,14	1,43	-3,05	34	0,00
Scham	1,13	0,93	1,14	1,05	-0,06	34	0,96
Schuld	0,93	1,10	1,22	1,12	-1,79	34	0,08
Trauer	1,65	1,35	1,94	1,47	-1,06	34	0,30
Angst	1,04	0,95	1,16	1,05	-0,71	34	0,48
Leblosigkeit	0,34	0,55	0,62	0,82	-2,33	34	0,03
Einsamkeit	0,77	1,14	1,03	1,27	-0,89	34	0,38
Liebe	3,86	1,37	3,73	1,08	0,49	34	0,63
Neid	1,19	1,30	1,44	1,35	-1,29	34	0,21
Reizbarkeit	1,39	0,97	1,86	1,15	-2,43	34	0,02
Unbeherrschtheit	1,12	1,15	1,46	1,19	-1,73	34	0,09
Hemmungslosigkeit	1,55	1,17	1,32	1,07	1,24	34	0,22

Impulsivität	1,71	1,07	1,67	1,28	0,22	34	0,83
diffuse Angst	1,51	1,07	1,92	1,36	-1,86	34	0,07
Vernichtungsangst	0,96	1,04	1,46	1,23	-2,41	34	0,02

Tabelle 17: Veränderungen des emotionalen Erleben während der Ausbildung

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert, df...Anzahl der Freiheitsgrade, N=35, **...signifikant, auch Bonferroni-korrigiert)

Die Abbildung 7 zeigt die individuellen Veränderungen der Teilnehmerinnen für die Emotion Wut. Bei wenigen Teilnehmerinnen, die ein höheres Wutniveau am Beginn der Ausbildung aufweisen, sinkt die Wut. Bei den meisten Teilnehmerinnen steigt sie während der Ausbildung.

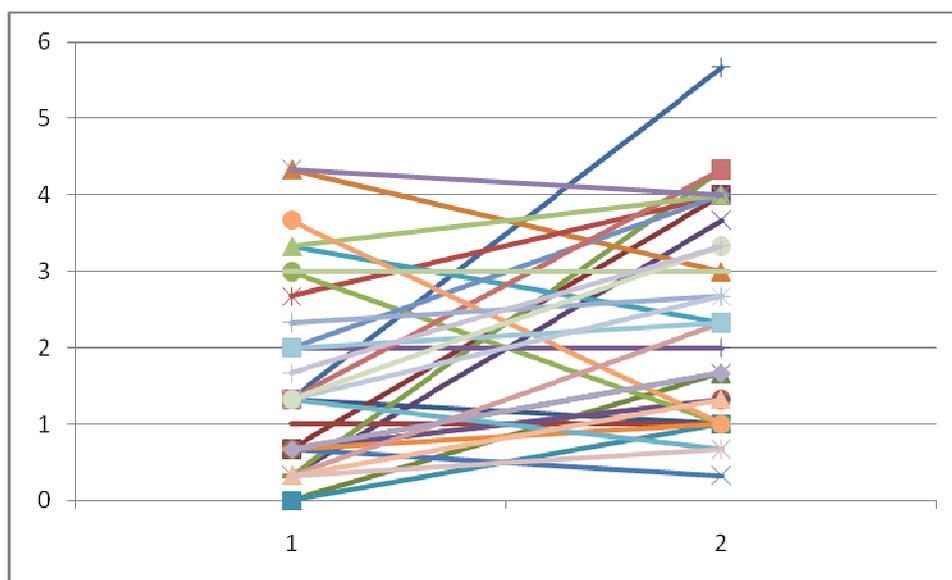


Abbildung 7: Erleben von Wut der einzelnen Teilnehmerinnen

(1...Prä-Messung, 2...Postmessung, 0–6 Mittelwert der Skala „Wut“, die Linien kennzeichnen die einzelnen Teilnehmerinnen)

Verglichen mit einer Kontrollgruppe an gesunden Personen (N=600) von Benecke et al. 2008, ergeben sich folgende Unterschiede: Die Psychotherapeutinnen erleben signifikant mehr Interesse und Liebe. Die anderen Dimensionen gleichen sich der Normstichprobe an (siehe Tabelle 18).

Emotionales Erleben	MW PiA	s PiA	MW KG	s KG	T-Test	df	p
Interesse	4,04	0,8	3,51	1,14	3,91	34	0,00
Freude	3,7	1,06	3,35	1,36	1,93	34	0,06
Überraschung	1,8	1,29	2,01	1,30	-0,96	34	0,34
Wut	2,47	1,41	2,11	1,56	1,50	34	0,14
Ekel	0,72	1,22	1,11	1,35	-1,87	34	0,07
Verachtung	1,14	1,43	1,09	1,10	0,22	34	0,83
Scham	1,14	1,05	1,38	1,28	-1,34	34	0,19
Schuld	1,22	1,12	1,39	1,34	-0,90	34	0,37
Trauer	1,94	1,47	2,21	1,66	-1,08	34	0,29
Angst	1,16	1,05	1,46	1,46	-1,68	34	0,10
Leblosigkeit	0,62	0,82	1,25	1,45	-4,57	34	0,00
Einsamkeit	1,03	1,27	1,38	1,58	-1,63	34	0,11
Liebe	3,73	1,08	3,17	1,37	3,09	34	0,00
Neid	1,44	1,35	1,06	1,26	1,67	34	0,10
Reizbarkeit	1,86	1,15	1,90	1,41	-0,22	34	0,83
Unbeherrschtheit	1,46	1,19	1,62	1,46	-0,81	34	0,42
Hemmungslosigkeit	1,32	1,07	1,51	1,20	-1,03	34	0,31
Impulsivität	1,67	1,28	2,06	1,26	-1,81	34	0,08
diffuse Angst	1,92	1,36	2,09	1,51	-0,73	34	0,47
Vernichtungsangst	1,46	1,23	1,49	1,62	-0,16	34	0,88

Tabelle 18: Emotionserleben Therapeutinnen in fortgeschrittener Ausbildung

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, df... Anzahl der Freiheitsgrade, p... Signifikanzwert, PiA...Psychotherapeutin in Ausbildung, KG...Kontrollgruppe aus Benecke et al. (2008, Tab.3, Kontrollgruppe N=600) T-Test gegen Mittelwert, N=35)

Bei der als am schwierigsten erlebten Emotion nennen die meisten Teilnehmerinnen Wut (N=6), gefolgt von Hilflosigkeit (N=5), diffuser Angst (N=5) und Impulsivität (N=2) und Trauer (N=2), für die gesamte Auflistung siehe Tabelle 19.

Emotion	Anzahl	Emotion	Anzahl
Wut	6	Unbeherrschtheit	1
Hilflosigkeit	5	Neid	1
Diffuse Angst	5	Leblosigkeit	1
Impulsivität	3	Schuld	1
Trauer	3	Angst	1
Reizbarkeit	2	Scham	1
Einsamkeit	2	Fehlend	2
Verachtung	1	Gesamt	35

Tabelle 19: Postmessung, Anzahl der Personen, die die gleiche schwierige Emotion ausgewählt haben

(N=35)

Bei der Emotionsregulierung zeigt sich, dass Reflexion, soziale Unterstützung und Musterreflexion signifikant abnehmen. Bei den Bonferroni-korrigierten Werten ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. (siehe Tabelle 20).

Skala	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T-Wert	df	p
Verwirrung	3,24	1,41	3,01	1,22	0,88	34	0,38
Belastung	3,12	1,36	3,29	1,17	-0,74	34	0,46
Rückzug	3,23	1,51	2,90	1,50	1,00	34	0,33
Dissoziation 1	1,79	1,77	2,07	1,39	-0,84	34	0,41
Körperwn (Ausdruck)	1,70	1,35	1,87	1,48	-0,61	34	0,54
Körperwn (Nutzen)	2,08	1,64	2,09	1,80	-0,03	34	0,98
Reflexion	4,57	1,01	3,55	1,89	3,01	34	0,00
Soziale Unterstützung	4,00	1,47	3,28	2,07	2,05	34	0,05
Empathie	2,91	1,28	2,76	1,48	0,62	34	0,54
Externalisierung	2,45	1,97	2,17	1,64	0,75	34	0,46
Musterreflexion	4,27	1,66	3,25	1,97	2,97	34	0,01

Ablenkung	2,21	1,54	2,05	1,52	0,55	34	0,58
Dissoziation 2	1,31	1,20	1,51	1,27	-0,74	34	0,46
Impulsivität	2,62	1,36	2,47	1,52	0,53	34	0,60
Sich verlieren	2,24	1,38	1,97	1,33	1,10	34	0,28

Tabelle 20: Veränderungen der Emotionsregulierung während der Ausbildung

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert, df...Anzahl der Freiheitsgrade, Körperwn...Körperwahrnehmung, N=35)

Verglichen mit einer Kontrollgruppe an gesunden Personen (N=600) von Benecke et al. 2008, ergeben sich folgende Unterschiede: Die Psychotherapeutinnen in Ausbildung regulieren ihre Emotionen signifikant stärker mit den Strategien Rückzug, Reflexion, Soziale Unterstützung und Musterreflexion. Sie regulieren signifikant weniger ihre Emotionen durch Körperwahrnehmung (Ausdruck), Ablenkung, Impulsivität und Sich Verlieren als die Normstichprobe (siehe Tabelle 21).

Emotionsregulierung	MW PiA	s PiA	MW KG	s KG	T-Test	df	p
Verwirrung	3,01	1,22	3,09	1,50	-0,39	34	0,70
Belastung	3,29	1,17	3,21	1,69	0,38	34	0,70
Rückzug	2,9	1,5	2,99	1,79	-0,34	34	0,74
Dissoziation	2,07	1,39	2,43	1,72	-1,55	34	0,13
Körperwahrnehmung (Ausdruck)	1,87	1,48	2,59	1,45	-2,90	34	0,01
Körperwahrnehmung (Nutzen)	2,09	1,8	2,53	1,35	-1,46	34	0,15
Reflexion	3,55	1,89	3,43	1,45	0,38	34	0,70
Soziale Unterstützung	3,28	2,07	3,49	1,65	-0,61	34	0,54
Empathie	2,76	1,48	3,02	1,44	-1,03	34	0,31
Externalisierung	2,17	1,64	2,28	1,66	-0,39	34	0,70
Musterreflexion	3,25	1,97	3,71	1,46	-1,39	34	0,17

Ablenkung	2,05	1,52	2,66	1,31	-2,39	34	0,02
Black-out	1,51	1,27	1,49	1,28	0,11	34	0,91
Impulsivität	2,47	1,52	3,07	1,23	-2,36	34	0,02
Sich Verlieren	1,97	1,33	2,79	1,41	-3,64	34	0,00

Tabelle 21: Emotionsregulierung in fortgeschrittener Ausbildung

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, df... Anzahl der Freiheitsgrade, p...Signifikanzwert, PiA...Psychotherapeutin in Ausbildung, KG...Kontrollgruppe aus Benecke et al. (2008, Tab.5, Kontrollgruppe N=600) T-Test gegen Mittelwert, N=35)

5.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Am intensivsten wird Interesse, Freude und Liebe erlebt. Die geringste Intensität bestehen beim Erleben von Ekel, Leblosigkeit und Verachtung. Bei der Emotionsregulierung ist die Reflexion, die Musterreflexion und die soziale Unterstützung die am häufigsten eingesetzte Regulierungsstrategie. Am wenigsten werden Emotionen durch Black-out, Dissoziation und Körperwahrnehmung (Ausdruck) reguliert.

Der Prä-Post-Vergleich zeigt folgende Veränderungen: Das Erleben von Interesse und Freude sinkt signifikant. Das Erleben von Ekel, Verachtung, Reizbarkeit und Vernichtungsangst steigt signifikant. Das Erleben von Wut steigt signifikant (Bonferroni-korrigiert). Bei der Emotionsregulierung sinken Reflexion, soziale Unterstützung und Musterreflexion signifikant.

Der Vergleich mit einer Normstichprobe zeigt folgende Auffälligkeiten: Die Psychotherapeutinnen in Ausbildung erleben signifikant mehr Interesse und Liebe. Die anderen Dimensionen gleichen sich der Normstichprobe an. Die Psychotherapeutinnen in Ausbildung regulieren ihre Emotionen signifikant stärker mit den Strategien Rückzug, Reflexion, Soziale Unterstützung und Musterreflexion. Sie regulieren ihre Emotionen durch Körperwahrnehmung (Ausdruck), Ablenkung,

Impulsivität und Sich Verlieren weniger als die Normstichprobe. Es zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Schulen.

5.4 Emotionserkennung

5.4.1 Emotionserkennung zu Beginn der Ausbildung

Die Ergebnisse sind in den Tabellen 22 und 23 dargestellt. Die Zeilen enthalten die jeweilige Anzahl der untersuchten Personen, den Gesamtmittelwert und die Gesamtstandardabweichung des Testwertes. In den weiteren Zeilen werden Ergebnisse der einzelnen Emotionen jeweils mit Mittelwert und Standardabweichung angegeben. Maximal möglich ist je Emotion ein Wert von 7 richtig erkannten Bildern, insgesamt ergibt sich ein maximal möglicher Wert von 42 (alle Gesichter richtig erkannt).

Der Testmittelwert der Psychotherapeutinnen in Ausbildung (N=121) ist mit 36,2 Punkten im Vergleich zur Stichprobe von Kessler et al. (2005, S.2) an N=250 gesunden Personen mit einem Gesamtwert von 34,4 Punkten signifikant höher. Angst, Trauer und Ärger werden signifikant besser erkannt als in der Normstichprobe (siehe Tabelle 22).

Dimensionen	MW PiA	s PiA	MW KG	s KG	T-Wert	p
Mittelwert FEEL	36,18	3,23	34,38	4,05	4,28	0,00
Angst	5,29	1,45	4,81	1,70	2,65	0,01
Freude	6,77	0,50	6,69	0,64	1,22	0,22
Überraschung	6,04	0,95	5,81	1,24	1,82	0,07
Ekel	5,62	1,49	5,39	1,53	1,38	0,17
Trauer	5,76	1,47	5,30	1,66	2,62	0,01
Ärger	6,77	0,56	6,39	0,97	4,00	0,00

Tabelle 22: Vergleich der Emotionserkennung von Psychotherapeutinnen in Ausbildung mit einer Kontrollgruppe gesunder Personen

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert, PiA... Psychotherapeutin in Ausbildung, KG... Kontrollgruppe, N= 121)

5.4.2 Veränderungen der Emotionserkennung während der Ausbildung

Tabelle 21 zeigt die Veränderung während der Ausbildung. Von den 121 Teilnehmerinnen in der Prä-Stichprobe, nahmen 53 Teilnehmerinnen weiter an der Untersuchung teil. Dies entspricht 43,8 %. Die Psychotherapeutinnen verbessern sich während der Ausbildung im Gesamtmittelwert, Angst, Freude, Ekel, Trauer und Ärger werden besser erkannt, Überraschung wird schlechter erkannt. Keine der Veränderungen sind signifikant.

Dimensionen	MW Prä	s Post	MW Post	s Post	T-Wert	df	p
Mittelwert FEEL	36,51	2,91	37,23	2,62	1,67	52,00	0,10
Angst	5,36	1,32	5,58	1,41	-1,08	52,00	0,29
Freude	6,77	0,06	6,87	0,05	-1,40	52,00	0,17
Überraschung	6,08	1,00	5,81	1,14	-1,44	52,00	0,16
Ekel	5,58	1,46	5,96	1,22	-1,73	52,00	0,09
Trauer	6,00	1,23	6,19	1,16	-1,17	52,00	0,25
Ärger	6,75	0,59	6,83	0,38	-0,89	52,00	0,38

Tabelle 23: Prä-Post Vergleich der Emotionserkennungsfähigkeit

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert, df...Anzahl der Freiheitsgrade, N=53)

5.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Psychotherapeutinnen können am Beginn der Ausbildung mimisch kodierte Basisemotionen besser erkennen als die Normalbevölkerung (Kessler et al., 2005; Kessler et. al. 2007). Freude gilt als die Emotion die grundsätzlich am Besten erkannt wird (Hoheisel & Kryspin-Exner, 2005), die Psychotherapeutinnen erkennen allerdings Freude und Ärger am Leichtesten. Angst wird am Schlechtesten erkannt. Es

sind keine Unterschiede zwischen den Ausbildungsrichtungen erkennbar. Es zeigen sich keine Veränderungen während der Ausbildung.

5.5 Beziehungserleben und -verhalten

Es wurde ein T-Test für verbundene Stichproben berechnet, um die Veränderungen während der Ausbildung zu zeigen.

5.5.1 Auswertung nach Pincus et al. (1998)

Der INTREX kann auch auf zwei Hauptdimensionen nach Pincus et al. (1998) ausgewertet werden, dadurch werden die Itemwerte gewichtet hinsichtlich Affiliation und Autonomie. Dabei zeigen sich analog zur Detailauswertung folgende signifikante Veränderungen: Die

- Introjekt: Affiliation in besten und schlechtesten Zeiten steigt.
- Introjekt: Autonomie in schlechtesten Zeiten steigt.
- Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson, intransitiv: Affiliation, beste Zeiten steigt.
- Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung, transitiv, beste Zeiten: Autonomie steigt.

Dimensionen	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T- Wert	df	p
Introjekt Affiliation BZ	73,30	28,35	80,60	17,35	-3,02	98	0,00
Introjekt Autonomie BZ	17,75	21,72	20,94	17,31	-1,57	98	0,12
Introjekt Affiliation SZ	3,69	39,03	11,62	38,83	-2,18	98	0,03
Introjekt Autonomie SZ	-24,67	21,04	-19,97	18,73	-2,17	98	0,03
PiA_mit_Bez transitiv Affiliation BZ	74,10	25,68	75,30	19,17	-0,42	98	0,67
PiA_mit_Bez transitiv Autonomie BZ	32,21	17,59	32,69	16,30	-0,24	98	0,81
PiA_mit_Bez intransitiv Affiliation BZ	76,08	25,72	82,16	15,05	-2,54	98	0,01
PiA_mit_Bez intransitiv Autonomie BZ	21,93	23,28	23,13	18,47	-0,50	98	0,62
Bez_mit_PiA transitiv Affiliation BZ	76,51	26,17	77,57	22,05	-0,37	98	0,72
Bez_mit_PiA transitiv Autonomie BZ	34,51	18,79	38,71	15,58	-2,54	98	0,01
Bez_mit_PiA intransitiv Affiliation BZ	76,49	23,81	77,58	20,54	-0,41	98	0,68
Bez_mit_PiA intransitiv Autonomie BZ	17,64	20,99	18,10	18,31	-0,18	98	0,86
PiA_mit_Bez transitiv Affiliation SZ	17,23	37,45	18,05	37,64	-0,21	98	0,84
PiA_mit_Bez transitiv Autonomie SZ	20,51	26,30	19,46	24,48	0,43	98	0,67
PiA_mit_Bez intransitiv Affiliation SZ	15,55	36,93	16,81	34,27	-0,35	98	0,72
PiA_mit_Bez intransitiv Autonomie SZ	16,34	25,78	20,47	21,55	-1,54	98	0,13
Bez_mit_PiA transitiv Affiliation SZ	18,74	43,03	20,72	37,86	-0,46	98	0,65
Bez_mit_PiA transitiv Autonomie SZ	24,89	25,89	22,88	26,37	0,67	98	0,51
Bez_mit_PiA intransitiv Affiliation SZ	14,26	36,05	15,93	32,60	-0,43	96	0,67
Bez_mit_PiA intransitiv Autonomie SZ	17,27	24,30	14,47	21,76	1,10	98	0,27

Tabelle 24: Auswertung nach Pincus et al. (1998).

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert, df...Anzahl der Freiheitsgrade, N=99)

5.5.2 Detailauswertung

Introjektauswertung:

Tabelle 25 und Abbildung 8 zeigen die Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen für die Prä- und Postmessung. Die Ergebnisse des T-Tests werden durch die T-Wert und die Signifikanz durch den p-Wert angegeben. Die Skala reicht von 0–6 (stimmt überhaupt nicht bis stimmt voll und ganz).

Introjekt beste Zeiten	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T-Wert	p
frei und sorglos	4,79	1,30	4,88	,95	–,71	,48
annehmend	4,71	1,39	5,07	,95	–3,06	,00**
liebevoll	4,99	1,04	5,21	,77	–2,35	,02
sich kümmernd	4,87	1,17	5,03	,91	–1,34	,18
kontrollierend	2,08	1,43	1,95	1,40	,82	,41
selbstzweifelnd	,99	1,36	,69	,97	2,12	,04
ablehnend	,31	,98	,18	,48	1,37	,17
vernachlässigend	,40	,82	,22	,49	2,57	,01

Tabelle 25: Introjekt, beste Zeiten

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert, **...signifikant, auch Bonferroni-korrigiert)

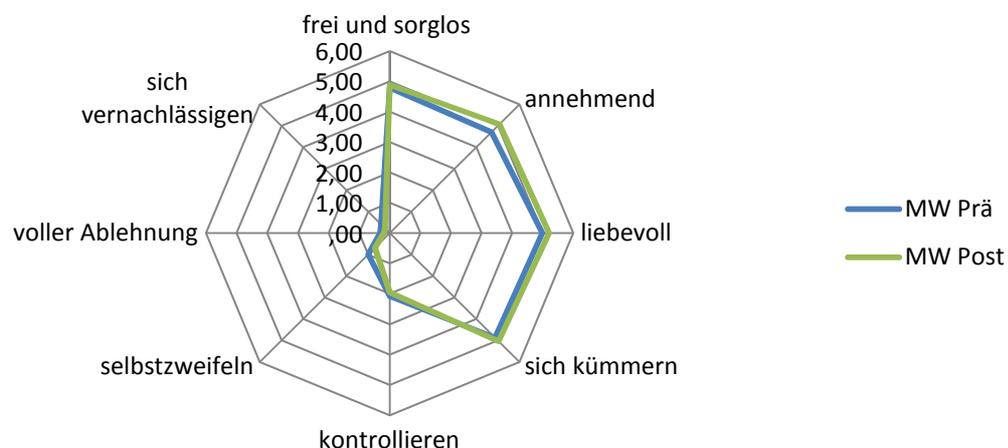


Abbildung 8: Introjekt Mittelwerte für beste Zeiten

Die Testpersonen erreichen hohe Werte in den Bereichen liebevoll, sich kümmernd und frei und sorglos. Niedrige Werte im Bereich kontrollierend, selbstzweifelnd, vernachlässigend und ablehnend. In den besten Zeiten ist der Umgang mit sich selbst bei fortgeschrittener Ausbildung signifikant annehmender. Der Mittelwert steigt von $mw_1=4,71$ auf $mw_2=5,07$ (Bonferroni-korrigiert mit Faktor 8). Zudem steigt in den besten Zeiten der liebevolle Umgang mit sich selbst, die Selbstzweifel und das Sich Selbst Vernachlässigen sinken signifikant.

Tabelle 26 und Abbildung 9 zeigen die Ergebnisse für den Umgang mit sich selbst in schlechtesten Zeiten. Es zeigen sich durchwegs Werte im mittleren und unteren Bereich. In den schlechtesten Zeiten zeigt sich eine signifikante Abnahme bezogen auf die Selbstzweifel von $mw_1=3,74$ auf $mw_2=3,23$ (Bonferroni-korrigiert mit Faktor 8).

Introjekt schlechteste Zeiten	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T-Wert	p
frei und sorglos	1,51	1,22	1,74	1,27	-1,62	,11
annehmend	2,34	1,37	2,65	1,47	-1,84	,07
liebevoll	2,72	1,42	2,83	1,39	-,75	,46
sich kümmernd	3,03	1,62	3,28	1,41	-1,75	,08
kontrollierend	3,18	1,52	3,05	1,43	,76	,45
selbstzweifelnd	3,74	1,50	3,23	1,54	3,02	,00**
ablehnend	2,12	1,77	1,91	1,67	1,25	,21
vernachlässigend	1,85	1,83	1,71	1,55	,69	,49

Tabelle 26: Introjekt, schlechteste Zeiten

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert, **...Signifikant, auch Bonferroni-korrigiert)

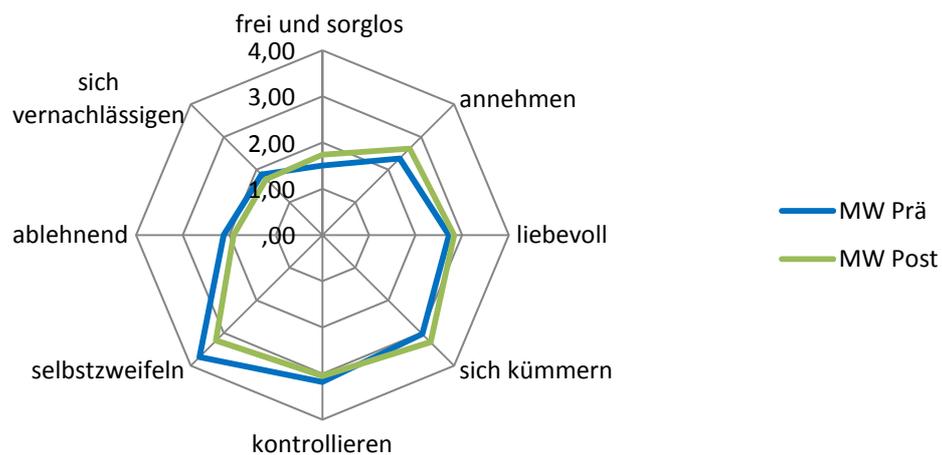


Abbildung 9: Introjekt Mittelwerte für schlechteste Zeiten

Beziehungsverhalten:

Für das Verhalten in besten Zeiten im Fokus transitiv und intransitiv und für beide Bezugspersonen zeigen die Abbildungen 10, 11, 12, 13 (siehe auch Tabellen 27, 28, 29, 30) ein sehr ähnliches Bild. Die Probanden geben hohe Werte im transitiven Verhalten auf den Skalen liebevoll zuwenden, achten und bestätigen, gewähren lassen und helfen an. Niedrige Werte erreichen die Teilnehmerinnen auf den Skalen kontrollieren, vernachlässigen, erniedrigen und angreifen. Dies gilt für das Verhalten der Psychotherapeutin in Ausbildung ihrer Bezugsperson gegenüber und umgekehrt.

Transitiv, beste Zeiten, PiA mit Bez	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T-Wert	p
lässt gewähren	4,71	1,18	4,64	1,11	,46	,65
achtet und bestätigt	5,08	1,22	5,13	,91	-,36	,72
liebevoll zuwenden	5,08	1,24	5,19	1,03	-,77	,45
hilft	4,28	1,39	4,10	1,45	1,04	,30
kontrolliert	1,17	1,21	1,12	1,12	,36	,72
erniedrigt, bestraft	,39	,73	,36	,83	,30	,76

greift an	,39	,91	,36	,72	,28	,78
vernachlässigt	,63	1,07	,51	,76	,96	,34

Tabelle 27: Transitiv, beste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert)

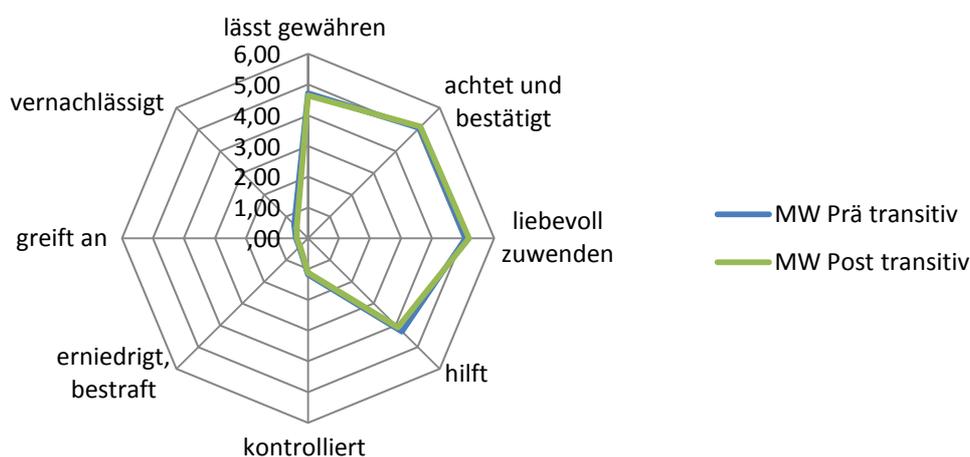


Abbildung 10: Transitiv, beste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson

Beim intransitiven Fokus des Verhaltens der Psychotherapeutin mit der Bezugsperson zeigen sich hohe Werte bei den Skalen Nähe genießen, sich öffnen, vertrauen und eigenständig handeln. Sich anpassen ist mit $mw=2$ ($mw=2,20$, für Verhalten der Bezugsperson gegenüber PiA) eher im niedrigen Bereich. Es zeigen sich geringe Werte auf den Skalen rechtfertigen, verschließen und zurückschrecken. Es zeigt sich eine signifikante Abnahme auf der Skala rechtfertigen bei fortgeschrittener Ausbildung ($mw1=1,00$ und $mw2=0,63$) (Bonferroni-korrigiert mit Faktor 8).. Es zeigt sich auch eine signifikante Zunahme auf der Skala sich öffnen während der Ausbildung ($mw1=4,87$ und $mw2=5,12$). Siehe Tabelle 28 und Grafik 11.

Intransitiv, beste Zeiten, PiA mit Bez	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T-Wert	p
handelt eigenständig	4,77	1,28	4,92	1,11	-,94	,35
öffnet sich	4,87	1,34	5,12	,87	-1,96	,05
genießt Nähe	5,41	1,09	5,57	,70	-1,34	,18
vertraut	4,94	1,12	4,96	1,10	-,15	,88
passt sich an	1,72	1,38	2,00	1,32	-1,68	,10
rechtfertigt sich	1,00	1,16	,63	,83	2,94	,00**
schreckt zurück	,36	1,04	,17	,45	1,92	,06
verschließt sich	,66	,96	,55	,77	1,12	,27

Tabelle 28: Intransitiv, beste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert, ** signifikant, auch Bonferroni korrigiert)

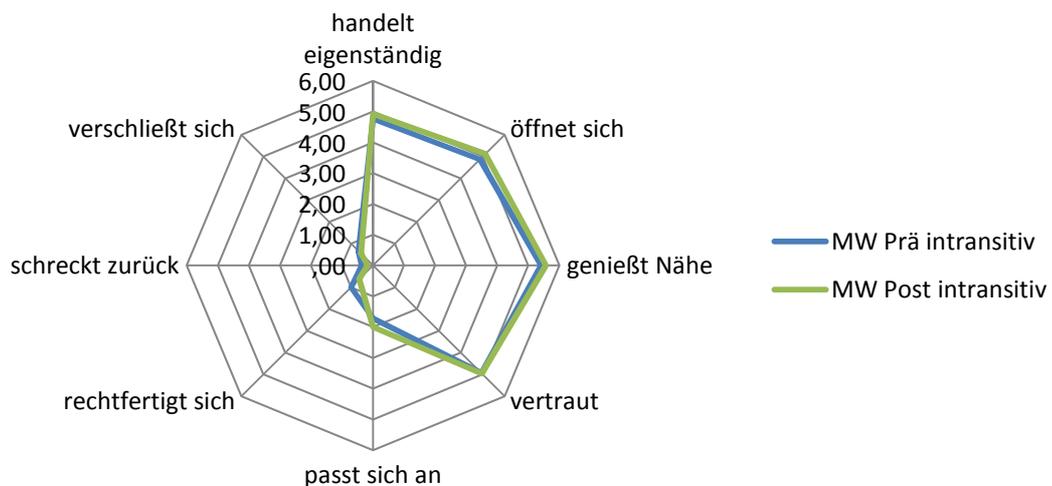


Abbildung 11: Intransitiv, beste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson

Transitiv, beste Zeiten, Bez mit PiA	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T-Wert	p
lässt gewähren	5,03	1,15	5,22	,84	-1,79	,08
achtet und bestätigt	5,08	1,23	5,07	1,09	,08	,94
liebevoll zuwenden	5,29	1,06	5,28	,98	,08	,94
hilft	4,42	1,42	4,14	1,57	1,72	,09
kontrolliert	1,06	1,19	,85	1,12	1,70	,09
erniedrigt, bestraft	,41	,94	,29	,72	1,19	,24
greift an	,41	,95	,26	,74	1,31	,19
vernachlässigt	,55	1,07	,38	,75	1,49	,14

Tabelle 29: Transitiv, beste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert)

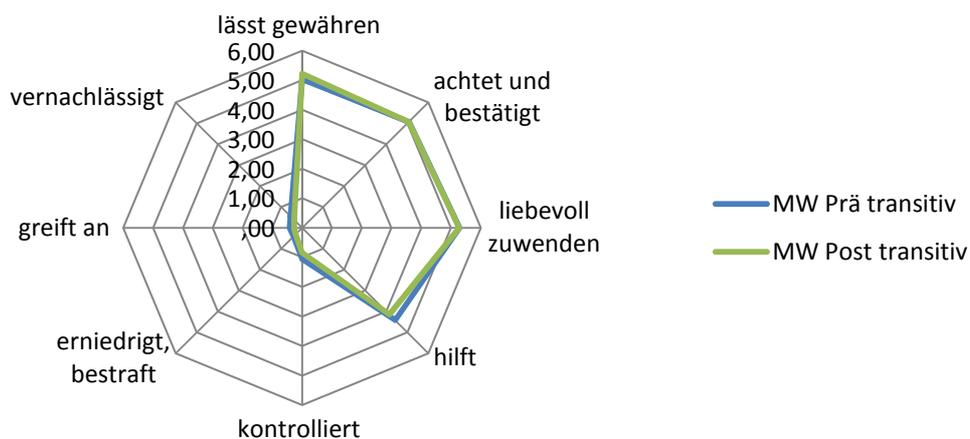


Abbildung 12: Transitiv, beste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung

Intransitiv, beste Zeiten, Bez mit PiA	MW Prä intransitiv	s Prä	MW Post intransitiv	s Post	T-Wert	p
handelt eigenständig	4,59	1,32	4,69	1,22	-,70	,49
öffnet sich	4,70	1,26	4,55	1,26	1,08	,28
genießt Nähe	5,46	1,03	5,42	1,06	,30	,76
vertraut	4,80	1,17	4,93	1,15	-,87	,38
passt sich an	2,20	1,39	2,23	1,52	-,15	,88
rechtfertigt sich	,78	1,07	,58	,74	1,51	,13
schreckt zurück	,30	,87	,19	,53	1,12	,27
verschließt sich	,67	1,06	,73	,97	-,56	,58

Tabelle 30: Intransitiv, beste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert)

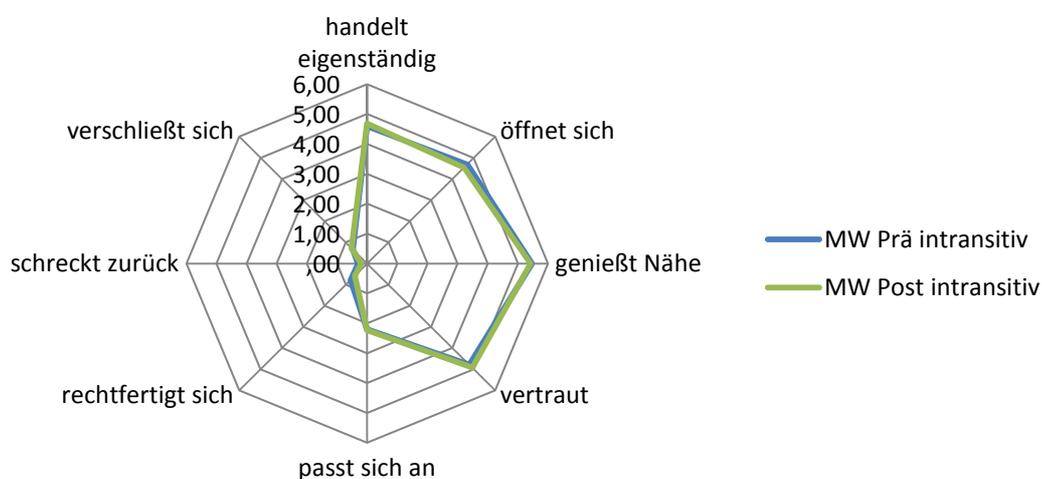


Abbildung 13: Intransitiv, beste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung

In den schlechtesten Zeiten finden beim transitiven und intransitiven Fokus des Beziehungsverhaltens der Psychotherapeutin in Ausbildung mit der Bezugsperson keine signifikanten Veränderungen statt (siehe Tabelle 31 und 32, siehe Abbildung 14 und 15).

Transitiv, schlechteste Zei- ten, PiA mit Bez	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T-Wert	p
lässt gewähren	3,54	1,61	3,61	1,48	-,43	,66
achtet und bestätigt	3,33	1,49	3,32	1,47	,07	,95
liebevoll zuwenden	2,71	1,43	2,71	1,49	,00	1,00
hilft	2,30	1,58	2,62	1,58	-1,87	,06
kontrolliert	1,80	1,68	1,83	1,61	-,17	,86
erniedrigt, bestraft	1,57	1,55	1,62	1,58	-,29	,77
greift an	1,65	1,65	1,65	1,55	,00	1,00
vernachlässigt	2,08	1,73	2,15	1,57	-,36	,72

Tabelle 31: Transitiv, schlechteste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert)

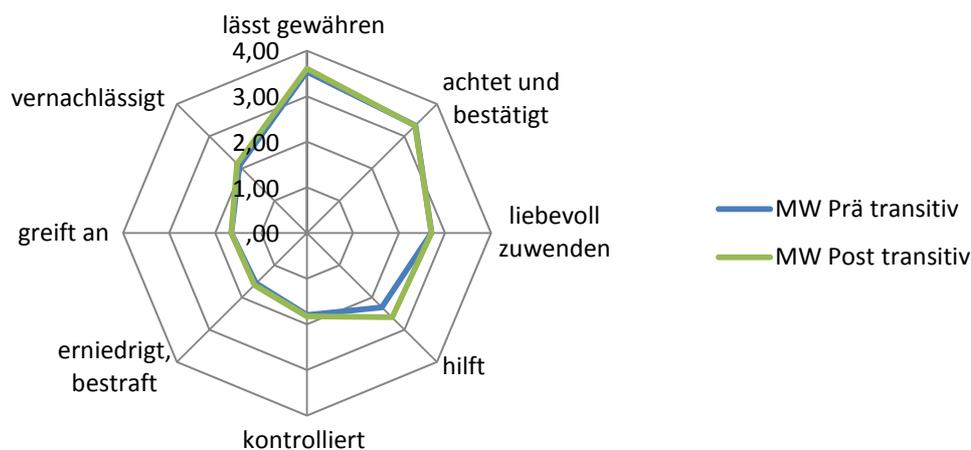


Abbildung 14: Transitiv, schlechteste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson

Intransitiv, schlechteste Zeiten, PiA mit Bez	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T-Wert	p
handelt eigenständig	3,39	1,32	3,63	1,26	-1,47	,14
öffnet sich	3,40	1,64	3,38	1,54	,13	,90
genießt Nähe	2,70	1,57	2,69	1,52	,06	,95
vertraut	3,11	1,67	2,89	1,57	1,14	,26
passt sich an	1,56	1,44	1,56	1,34	,00	1,00
rechtfertigt sich	2,77	1,80	2,59	1,73	1,10	,28
schreckt zurück	1,18	1,59	,90	1,35	1,87	,06
verschließt sich	2,92	1,72	3,05	1,49	-,77	,44

Tabelle 32: Intransitiv, schlechteste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert)

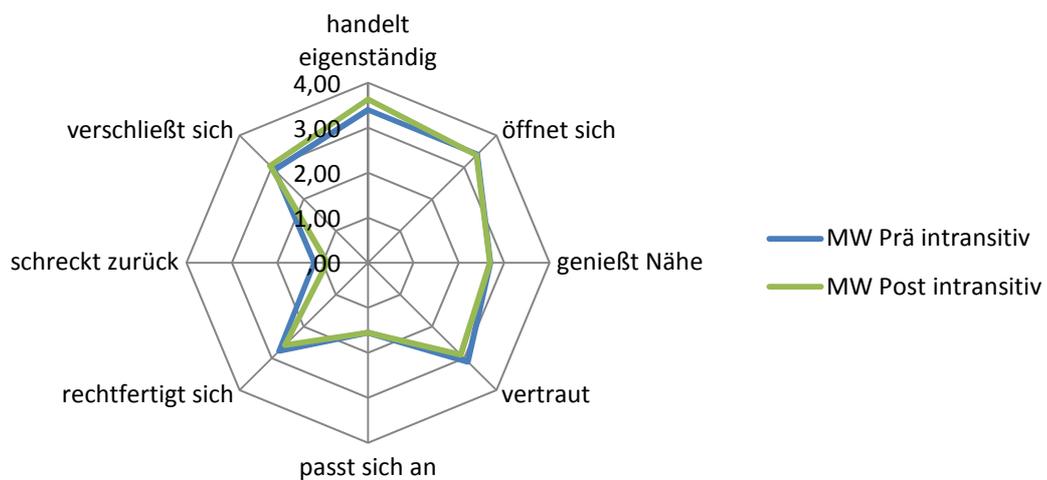


Abbildung 15: Intransitiv, schlechteste Zeiten, Psychotherapeutin in Ausbildung mit Bezugsperson

In den schlechtesten Zeiten finden beim transitiven und intransitiven Fokus des Beziehungsverhaltens der Bezugsperson mit der Psychotherapeutin in Ausbildung keine signifikanten Veränderungen statt (siehe Tabelle 33 und 34 siehe Abbildung 16 und 17).

Transitiv, schlechteste Zei- ten, Bez mit Pia	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T-Wert	p
lässt gewähren	3,77	1,65	3,63	1,56	,71	,48
achtet und bestätigt	3,17	1,72	3,03	1,56	,91	,36
liebepoll zuwenden	2,75	1,64	2,66	1,51	,59	,56
hilft	2,41	1,70	2,42	1,64	-,05	,96
kontrolliert	1,29	1,47	1,25	1,43	,24	,81
erniedrigt, bestraft	1,68	1,85	1,57	1,61	,53	,60
greift an	1,35	1,66	1,13	1,48	1,15	,25
vernachlässigt	2,16	1,84	1,93	1,62	1,13	,26

Tabelle 33: Transitiv, schlechteste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert)

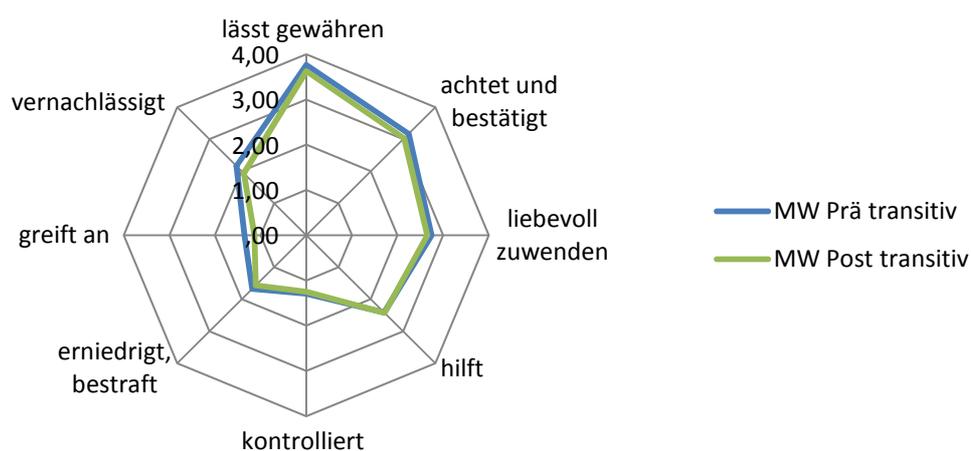


Abbildung 16: Transitiv, schlechteste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung

Intransitiv, schlechteste Zei- ten, Bez mit PiA	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T-Wert	p
handelt eigenständig	3,63	1,54	3,44	1,41	1,03	,30
öffnet sich	2,85	1,60	2,74	1,64	,71	,48
genießt Nähe	2,77	1,56	2,73	1,56	,22	,83
vertraut	2,73	1,59	2,79	1,44	-,32	,75
passt sich an	1,73	1,36	1,79	1,44	-,36	,72
rechtfertigt sich	2,55	1,82	2,44	1,65	,48	,63
schreckt zurück	,99	1,53	,81	1,35	,93	,35
verschließt sich	2,97	1,92	2,84	1,75	,57	,57

Tabelle 34: Intransitiv, schlechteste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert)

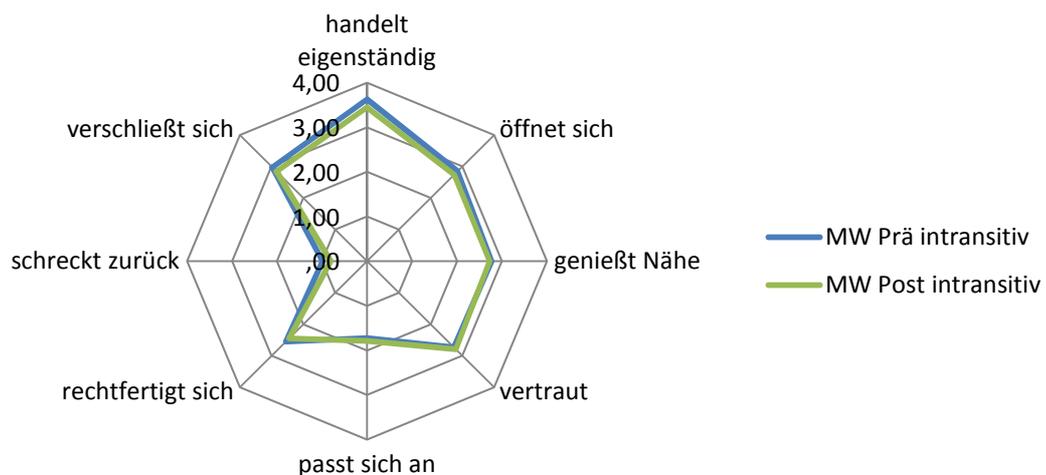


Abbildung 17: Intransitiv, schlechteste Zeiten, Bezugsperson mit Psychotherapeutin in Ausbildung

Prä–Post Vergleich: Signifikante schulenspezifische Entwicklungen

Um schulenspezifische Entwicklungen zeigen zu können, wurden die Daten nach Schulen aufgeteilt und T–Tests für gepaarte Stichproben berechnet. Es zeigten sich folgende Besonderheiten (siehe auch Tabelle 35):

- Psychoanalyse: Die Psychoanalytikerinnen verhalten sich bei fortgeschrittener Ausbildung ihren Bezugspersonen gegenüber in besten Zeiten eigenständiger ($mw_1=4,38$ und $mw_2=5,14$).
- Psychoanalyse: Die Psychoanalytikerinnen erleben das Verhalten der Bezugsperson in fortgeschrittener Ausbildung so, dass diese sich in besten Zeiten weniger rechtfertigen ($mw_1=1,00$ und $mw_2=0,41$) und weniger kontrollieren ($mw_1=1,31$ und $mw_2=0,83$).
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeutinnen passen sich ihren Bezugspersonen in besten Zeiten mehr an ($mw_1=1,35$ und $mw_2=2,32$).
- Verhaltenstherapie: Die Verhaltenstherapeutinnen erleben das Verhalten der Bezugsperson in fortgeschrittener Ausbildung so, dass diese sich weniger offen mitteilen in schlechtesten Zeiten ($mw_1=2,91$ und $mw_2=2,22$).

Schule	Skala	Anzahl N	MW Prä	s Prä	MW Post	s Post	T-Wert	p
PA	27	29	4,38	1,42	5,14	0,69	-2,91	0,01
PA	39	29	1,00	0,80	0,41	0,50	4,05	0,00
PA	41	29	1,31	1,23	0,83	1,17	3,14	0,00
TP	26	34	1,35	1,25	2,32	1,22	-3,75	0,00
VT	72	23	2,91	1,38	2,22	1,68	3,27	0,00

Tabelle 35: Schulenunterschiede

(MW...Mittelwert, s...Standardabweichung, p...Signifikanzwert, PA...Psychoanalyse, TP...Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, VT...Verhaltenstherapie)

6 Interpretation

6.1 Persönlichkeit

Die Psychotherapeutinnen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeit nicht von einer Normstichprobe. Die höchsten Werte finden sich bei den Merkmalen soziale Orientierung, Offenheit, Leistungsorientierung und Extraversion. Das Merkmal soziale Orientierung erscheint im Hinblick auf die Berufswahl Psychotherapeutin wenig überraschend. Das hohe Maß an Offenheit verweist auf den Motivationsfaktor Neugier (Jaeggi, 1991).

Die Kombination von hoher sozialer Orientierung bei gleichzeitig hoher Leistungsorientierung scheint hier von besonderer Bedeutung und könnte möglicherweise der Motivation für die Ausbildung zugrundeliegen. Offenheit begünstigt gute Behandlungsergebnisse (Beutler et al. 2004) und kann als hilfreich in Bezug auf die eigene Weiterentwicklung interpretiert werden. An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass beim FPI-R die Skala Offenheit vorrangig als Lügenskala konzipiert wurde, daher nicht das gesamte Konstrukt Offenheit repräsentiert und somit der Vergleich nur bedingt möglich ist. Zudem sind viele Studienteilnehmerinnen Psychologinnen und haben daher Kenntnisse in Testkonstruktion. Die niedrigsten Werte finden sich bei den Merkmalen körperliche Beschwerden, Aggressivität und Gesundheitssorgen. Das bedeutet, dass die Ausbildungsteilnehmerinnen wenig Gesundheitssorgen angeben, gesundheitlich unbekümmert und robust erscheinen. Sie geben wenige körperliche Beschwerden an und sind psychosomatisch unauffällig. Die Kombination mit dem geringeren Maß an Aggression, welches sich auch durch kontrolliertes und

zurückhaltendes Verhalten zeigt, hat in der psychotherapeutischen Arbeit den Vorteil, dass eine geringe Gefahr aggressiven Agierens besteht.

Zusammengefasst sind die Therapeutinnen in Ausbildung gekennzeichnet durch die hohe soziale Orientierung und die hohe Leistungsorientierung. Es handelt sich zudem um gesellige, offene Menschen, die wenig aggressiv sind. Sie leiden wenig unter körperlichen oder psychosomatischen Beschwerden. Bei den Belastungen, die sich durch den Beruf als Psychotherapeutin ergeben, besteht bei dieser Kombination mit dem Bemühen um Qualität, dem hohen Anspruchsniveau und dem wenig reaktiven Verhalten, allerdings die Gefahr an Burn-Out zu erkranken. Die Ergebnisse sind somit einer Studie von Rudolf (2005, S.127) in Bezug auf körperliche Beschwerden und den hohen Anspruch an sich selbst ähnlich: „Eine therapeutentypische Symptomatik existiert somit nicht, am ehesten wird – speziell bei den jüngeren Therapeuten – eine gewisse soziale Ängstlichkeit in der Selbsteinschätzung beschrieben, während über körperliche Symptome und zugehörige Rücksichtserwartungen besonders selten geklagt wird. Den Persönlichkeitsbereich charakterisiert am ehesten der hohe Anspruch an sich selbst und andere sowie bei den jüngeren Therapeuten und Studenten eine ausgeprägte Wertorientierung.“

Es zeigen sich nur wenige Unterschiede zwischen den Schulen. Die theoretische Orientierung scheint eine untergeordnete Rolle zu spielen. Die höhere Offenheit der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutinnen könnte daraufhinweisen, dass Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ein weniger konventionelles Vorgehen erlaubt ist. Die niedrigere Offenheit der psychotherapeutischen Medizinerinnen könnte möglicherweise auf einen beruflichen Sozialisationseffekt hindeuten.

Es konnten während der Ausbildung keine Veränderungen der Persönlichkeitsmerkmale gezeigt werden. Dies spricht für die zeitliche Stabilität, wie sie im Sinne der Persönlichkeitspsychologie postuliert wird. Die Psychotherapeutinnen in Ausbildung bleiben somit sozial- bzw. leistungsorientiert und offen.

6.2 Emotionales Erleben und Emotionsregulierung

Betrachtet man das emotionale Erleben der Psychotherapeutinnen am Beginn der Ausbildung, kann man feststellen, dass dies als gesund interpretiert werden kann, da die am intensivsten erlebten Emotionen, Interesse, Liebe und Freude, den positiven Emotionen zugeordnet werden und für die therapeutische Arbeit eine heilsame Haltung ermöglichen. Die geringste Intensität bei Ekel, Leblosigkeit und Verachtung sind auf den ersten Blick auch als günstig, insbesondere für die Arbeit mit den Patientinnen – einzustufen.

Hier muss die Limitation der Studie, die das emotionale Erleben als Selbstbericht der Psychotherapeutinnen misst, auch betrachtet werden. Wer möchte sich schon gerne eingestehen, seine Patientinnen ekelig zu finden oder weniger geschickte Kolleginnen zu verachten bzw. wie bewusst werden diese als negativ geltenden Emotionen am Beginn der Ausbildung erlebt?

Krause (2005) hat anhand von sehr genauen Mimikanalysen therapeutischer Gespräche zeigen können, dass die subjektiven Einschätzungen der Therapeutinnen bezogen auf das Erleben negativer Affekte weitaus geringer war als die in den realen Gesprächen über die Mimik sichtbar gewordenen negativen Affekte. Krause (2005) spricht sich bei den politisch unkorrekten Emotionen Verachtung, Ekel und Ärger dafür aus, die adaptive Funktion mit zu berücksichtigen. Dies

erfolgt durch das Bestimmen der protokognitiven Struktur der „bösen“ Emotionen.

Meiner Meinung nach ist es für Therapeutinnen günstig, die Fülle eigener Emotionen erleben und regulieren zu können, sie als Informationsquelle in der Psychotherapie im Sinne der Gegenübertragungsanalyse zu nutzen und für die Patientin hilfreich einsetzen zu lernen. Der entscheidende Schritt in der Kompetenzentwicklung der Psychotherapeutinnen stellt nicht nur die Erweiterung des affektiven Erlebensspektrums dar. Dieses wird möglich, wenn es Psychotherapeutinnen in Ausbildung in einer Situation der psychischen Sicherheit, der Lehranalyse oder Eigentherapie gelingt, die Abwehr zu lockern.

Der Einfluss der Eigentherapie auf die Qualität der Arbeit von Psychotherapeutinnen wird kontrovers diskutiert, es stehen noch klare Belege zum Beitrag gerade dieses von den Ausbildungsteilnehmerinnen so sehr geschätzten Ausbildungselements auf die Kompetenzentwicklung von Psychotherapeutinnen aus (Laireiter & Botermans, 2005). Dennoch kann davon ausgegangen werden: je gelungener die Eigentherapie, desto mehr „darf“ erlebt werden. Der entscheidende Schritt der Professionalisierung ist jedoch das theoriegeleitete Verstehen eigener Affekte in der Behandlung. Nur durch ein konzeptuelles Verstehen kann es gelingen, die Gegenübertragungsphänomene von den eigenen Übertragungen auf die Patientinnen zu unterscheiden. Sind Gegenübertragungsgefühle erlebt und verstanden, kann auch eine angemessene Intervention formuliert werden.

Es wird dabei allerdings auch deutlich, wie sehr die Arbeit mit Emotionen nicht nur die therapeutische Arbeit, sondern auch die gesamte Persönlichkeit und letztlich auch das Privatleben der Psychotherapeutin tangieren kann. Jaeggi (2004, S.213) schreibt dazu: „Was Therapeuten sich selbst und ihren Berufskollegen abverlangen, ist einer

Verkennung des Berufs geschuldet, einer Idealisierung, die wiederum dem Größenwahn entspringt. Nicht nur die Berufswahlmotive sind durchtränkt von diesem Größenwahn des „Besonderen“, auch die vielen Bemühungen von Psychotherapeuten, sich ihre eigene Situation schönzureden, sich die Tatsache ihrer oft schlechten privaten Beziehungen irgendwie per Verleugnung und Projektion schmackhaft zu machen, zeugen davon.“ Jaeggi (2004) betont an dieser Stelle den besonderen Druck, unter den sich Psychotherapeutinnen setzen, besonders glückliche oder ausgeglichene Menschen sein zu müssen, also ihr Gefühlsleben in Hinblick auf „positive“ Gefühle zu manipulieren. Professionelle Kompetenzen werden gleichsam durch private Befindlichkeit fundiert. Sie spricht sich für „normal menschliche“ Therapeutinnen aus und wendet sich damit gegen normative Setzungen, die in vielen Ausbildungsinstituten herrschen. Ihr Appell zielt auf die Senkung des Über-ich-Drucks, die eine angemessene Emotionsregulierung vielleicht erst ermöglicht.

Für den Bereich der Emotionsregulierung wurden die konstruktiven Regulierungsstrategien, Reflexion und Musterreflexion häufig benannt, was ebenfalls als günstig zu bewerten ist. Ebenso verhält es sich bezogen auf die geringen Werte bei den Regulationsstrategien Black-out und Dissoziation, da diese Strategien als problematisch eingestuft werden. Die niedrigen Werte im Bereich Körperwahrnehmung (Ausdruck) bedeuten, dass die Therapeutinnen wenig Affekte in der zwischenmenschlichen Kommunikation zeigen. Dies deckt sich auch mit den Befunden von Krause (2005), der die Therapeutinnen als „Abstinenzkünstlerinnen“ bezeichnet.

Bei der als schwierig erlebten Emotion erscheint die häufige Nennung im ängstlichen Bereich plausibel und angemessen, da die Psychotherapeutinnen am Beginn der Ausbildung leicht in überfordernde Situa-

tionen geraten können. In den theoretischen Vorüberlegungen war der Fokus eher auf Neid (Haubl, 2009) und Ärger (Krause, 2005) gelegt, überraschend ist allerdings, dass Einsamkeit für 12 von 88 Teilnehmerinnen als besonders schwierig gilt.

Das Erleben von Wut steigt bei den Teilnehmerinnen während der Ausbildung signifikant an. Auch das Erleben von Ekel, Verachtung, Leblosigkeit, Reizbarkeit und Vernichtungsangst erhöht sich. Auf der anderen Seite sinken das Interesse und die Freude. Über die Gründe dieser Veränderungen kann gegenwärtig nur spekuliert werden, allerdings bieten sich mehrere Erklärungen an. Einerseits kann dies an der Veränderung liegen, dass auch negative Emotionen vermehrt erlebt werden dürfen.

Dabei könnte es durchaus denkbar sein, dass sich in der Stichprobe Therapeutinnen befinden, die eine depressive Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Andererseits kann dies auch bedeuten, dass die Psychotherapeutinnen im Ausbildungsprozess durch Frustrationen und Überforderungen belastet sind. Darüber hinaus ist es auch möglich, dass dies durch die Arbeit mit den Patientinnen und deren oft negativen Erlebniswelt begründet ist, durch die tägliche Auseinandersetzung mit dem Leid der Patientinnen könnte das eigene emotionale Erleben der Psychotherapeutinnen in Ausbildung negativ beeinflusst werden. Für dieses Argument sprechen auch Befunde, die die Lebensqualität und Belastung von Psychotherapeutinnen benennen (Reimer, 2005; Willutzki et al. 1997).

Zudem ist davon auszugehen, dass einige Psychotherapeutinnen in Ausbildung eher „behütet“ aufgewachsen sind und damiteinhergehend vor allem die aus der Ausbildung resultierenden Erfahrungen auch zum Teil als schockierend erlebt werden könnten und darauf reizbar und hilflos reagiert werden könnte. Die Gründe

für diese Veränderungen könnten in einem qualitativen Interview mit den Teilnehmerinnen exploriert werden.

Die als am Schwierigsten erlebte Emotion ist bei der Post-Erhebung auch Wut (N=6). Zudem haben jeweils fünf Teilnehmerinnen die größten Schwierigkeiten mit Reizbarkeit, diffuser Angst und Hilflosigkeit. Die Ängste bereiten den Ausbildungskandidatinnen auch zu Beginn schon die meisten Probleme, allerdings kann man den Ergebnissen entnehmen, dass sich die vormals gerichtete Angst auf Hilflosigkeit und diffuse Angst verlagert. Die Kombination aus impulsiven, reizbaren, wütenden Affekten gemischt mit der Hilflosigkeit und diffuser Angst kann durchaus als Folge der Anforderungen und mitunter auch enttäuschter Heilserwartungen interpretiert werden.

Vor dem Hintergrund der hohen Ansprüche der Psychotherapeutinnen in Ausbildung und der realistischen Veränderungsmöglichkeiten der Patientinnen könnte man hier einerseits die Schwierigkeit der Akzeptanz der Grenzen von Psychotherapie und andererseits die mögliche zu hohe Verantwortungsübernahme für den psychotherapeutischen Prozess als Erklärung heranziehen. Dies könnte die wütenden und gleichzeitig hilflosen Emotionen erklären.

Bei der Emotionsregulierung zeigt sich, dass Reflexion, Musterreflexion und „soziale Unterstützung“ abnehmen. Die Abnahme der sozialen Unterstützung könnte folgendermaßen begründet werden: Da die Psychotherapeutinnen in Ausbildung vor allem in der Ambulanztätigkeit die Behandlungen alleine durchführen, könnte möglicherweise dadurch gelernt werden auch intensive Emotionen selbständig und ohne die Unterstützung anderer Menschen zu regulieren –schlichtweg aus der Notwendigkeit heraus, könnten sich Emotionsregulierungsstrategien, die unabhängig von der Beruhigung durch andere statt-

finden, entwickeln. Die Abnahme der sozialen Unterstützung spricht auch für höhere Fähigkeiten der Selbstregulation.

Bezogen auf die Regulierungsstrategien Reflexion und Musterreflexion ist deren Abnahme völlig überraschend, da es um einen Therapieantrag zu formulieren, hoher Reflexionsfähigkeiten bedarf. So liegt eher die Vermutung nahe, dass die Psychotherapeutinnen in Ausbildung diesen Aspekt stark internalisiert haben und nicht mehr bewusst wahrnehmen.

6.3 Emotionserkennung

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Psychotherapeutinnen am Beginn ihrer Ausbildung mimisch kodierte Basisemotionen besser erkennen können als die Normalbevölkerung und Patientinnen mit einer Angststörung. Es liegt die Vermutung nahe, dass sie dies auch besser als andere Patientinnengruppen können. Diese Fähigkeit kann sich positiv auf den Erfolg in der Arbeit auswirken, da das Erkennen von fremden Affekten als eine emotionale Grundfähigkeit für empathisches Verhalten und die adäquate Gestaltung der therapeutischen Beziehung hilfreich sein kann. Da die Psychotherapeutinnen in Ausbildung schon von Beginn an eine hohe Fähigkeit beim Erkennen von Emotionen zeigen, spricht dies für das Selektionsargument. Das bedeutet, es interessieren sich Menschen mit hohen interpersonalen Fähigkeiten für die Ausbildung bzw. werden für die Ausbildung ausgewählt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Teilbereich der affektiven Kompetenzen (Strauß & Kohl, 2009a), der das Erkennen fremder Affekte fordert, bereits zu Beginn der Ausbildung als erfüllt gelten kann.

Es lassen sich keine Unterschiede zwischen den Ausbildungsrichtungen Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie, psycho-

dynamische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie und Psychodrama abbilden. Es lassen sich auch keine Unterschiede zwischen deutschen und österreichischen Psychotherapieauszubildenden finden.

Es zeigen sich keine Veränderungen während der Ausbildung.

6.4 Beziehungserleben und -verhalten

Wenn man von einem tiefenpsychologischen Verständnis ausgeht, dass Störungen in Beziehungen entstehen und durch Beziehungen aufrechterhalten werden, Konzept der „zyklisch maladaptiven Beziehungsmuster“ von Strupp & Binder (1984), kann man SASB für die Messung therapeutischer Veränderungsprozesse, beschrieben bei Henry et al. (1986) einsetzen. In gelungenen Behandlungen kommt es zu warmen, empathischen Beziehungen in der Dyade, worin die Therapeutin als reiferes Modell zwischenmenschlicher Umgangsweisen erlebt wird. Erfolgreiche Patientinnen beschreiben ihre Therapeutinnen als warm, aufmerksam, interessiert, verstehend und respektvoll. Die Korrelation zwischen der Involviertheit der Patientin und dem Erfolg der Behandlung verläuft linear zur positiven therapeutischen Beziehung. Das Ziel der Therapie ist die Veränderung des Introjekts durch den Prozess der Beziehung. Die Patientin internalisiert im Laufe der Behandlung die therapeutischen Transaktionen. Denn die Menschen behandeln sich so, wie sie früher und heute von wichtigen Anderen behandelt wurden und werden. Besonders zu beachten ist dabei auch das Konzept der negativen Komplementarität. Psychotherapeutinnen unterliegen dem Gesetz der negativen Komplementarität und doppelter Fokusebenen (Sadler, Ethier & Woody 2011). Insbesondere durch unkontrollierbares nonverbales Verhalten können sich dysfunktionale Prozesse einschleichen. Neben dem therapeutischen

Handlungstraining ist Selbsterfahrung hilfreich, um die eigenen Gegenübertragungstendenzen durcharbeiten und zu verändern, vgl. Tress & Henry (2002, S. 243–247). In besten Zeiten entwickeln sich die Psychoanalytikerinnen in Ausbildung in eine eigenständigere Richtung. Die Psychoanalytikerinnen erleben das Verhalten der Bezugsperson in fortgeschrittener Ausbildung so, dass diese sich in besten Zeiten weniger rechtfertigen und weniger kontrollieren. Diese Entwicklung entspricht dem „Geist“ der Psychoanalyse. Die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeutinnen passen sich ihren Bezugspersonen in besten Zeiten mehr an. Die Verhaltenstherapeutinnen erleben das Verhalten der Bezugsperson in fortgeschrittener Ausbildung so, dass diese sich in schlechtesten Zeiten weniger offen mitteilen.

Die Psychotherapeutinnen in Ausbildung entwickeln ein positiveres Selbsterleben in besten und schlechtesten Zeiten. Zudem reagieren die Psychotherapeutinnen in Ausbildung auf ihre Bezugspersonen in besten Zeiten positiver. Diese Veränderungen sind als günstig sowohl für das Privatleben als auch die Möglichkeiten zur Gestaltung adäquater therapeutischer Beziehungen zu bewerten. Die Autonomie der Psychotherapeutinnen in Ausbildung steigt in den schlechtesten Zeiten an. Zudem erleben die Psychotherapeutinnen in Ausbildung das Verhalten der Bezugspersonen in besten Zeiten autonomer. Dies wird ebenfalls als wünschenswerte Entwicklung aufgefasst.

6.5 Widersprüche

Die Persönlichkeitsdimension Aggressivität bleibt während der Ausbildung niedrig und im Normalbereich. Demgegenüber geben die Teilnehmerinnen an, viel mehr Wut zu erleben und sechs Teilnehmerinnen bereitet diese Emotion die größten Schwierigkeiten. Dieses pa-

radoxe Ergebnis kann so erklärt werden: Im FPI-R (Fahrenberg et al., 1983) beziehen sich die Fragen auf aggressives Verhalten. Es ist plausibel, dass die Therapeutinnen in Ausbildung sich nicht aggressiv verhalten, aber durchaus intensive aggressive Emotionen erleben. Dabei ist zu bedenken, dass sich weder die Aggressivität noch das Wuterleben der Psychotherapeutinnen in fortgeschrittener Ausbildung von der Normstichprobe unterscheiden

7 Limitationen

7.1 Methodische Limitationen

Die Daten wurden über Fragebogen erhoben und beinhalten die Selbstauskünfte der Ausbildungsteilnehmerinnen. Die Studie, „Kompetenzentwicklung von Psychotherapeutinnen in Ausbildung“, in der die Beziehung zu den Patientinnen und die Behandlungsergebnisse mit den Selbstauskünften korreliert werden, ist im Februar 2011 gestartet.

Die gezeigten Veränderungen während der Ausbildung können nicht gleichgesetzt werden mit dem Ausbildungserfolg. Dies bedeutet, dass z.B. das positivere Selbsterleben der Psychotherapeutinnen in Ausbildung nicht automatisch als Ausbildungseffekt gewertet werden kann, alternative Erklärungen können nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Ein weiteres Problem bei der Beziehungsmessung mit Fragebogen stellt die Individuumzentrierung der akademischen Psychologie dar.

7.1.1 Emotionserkennungstest

Eine Limitation der Veränderungsmessung liegt darin begründet, dass die Testwerte bei der Prä-Erhebung bereits sehr hoch waren und damit einhergehend eine mögliche Verbesserung aufgrund von Deckeneffekten nicht eingetreten sein könnte.

Eine weitere Schwierigkeit liegt in dem berechtigten Zweifel, in wie weit die statische Messung von Emotionen mittels Computer einen direkten Schluss auf reale Situationen erlaubt, in dem Sinne dass Menschen häufig wechselnde, sehr kurze und auch gemischte Emoti-

onen in sozialen Interaktionen zeigen. Der Feel-Test wird gegenwärtig überarbeitet, um die Emotionen auch dynamisch messen zu können.

7.1.2 Prä-Post Vergleich

Eine weitere Limitation des Prä-Post Vergleichs betrifft den Erhebungszeitraum von drei Jahren. Da die meisten Psychotherapeutinnen in Ausbildung dieser Stichproben noch nicht approbiert sind und die realistische Ausbildungsdauer drei Jahre überschreitet, ist es kein Prä-Post Vergleich im klassischen Sinne, sondern entspricht einem Vergleich zwischen Anfang und Mitte der Ausbildung. Da die Dauer der Ausbildung von Teilnehmerin zu Teilnehmerin variiert, ist ein Prä-Post Vergleich aus zwei Gründen problematisch. Erstens vergleicht man unterschiedlich lange Zeiträume, zweitens erhöht sich der Planungsaufwand der Studie.

7.2 Reflexion des praktischen Vorgehens

Der Hauptkritikpunkt betrifft die hohe Drop-Out Rate von über 50 % zwischen Prä- und Postmessung. Dies kann internal und external attribuiert werden. Positiv zu nennen ist, dass bei meiner Diplomarbeit (Pauza, 2007), die einen Teil der Prä-Messung darstellt, über 80 % der möglichen Ausbildungskandidatinnen partizipierten, was nach Laireiter & Botermans (2005) einer überdurchschnittlichen Teilnahmequote in dieser Population entspricht.

Internale ungünstige Faktoren sind in der anfänglichen Unsicherheit aufgrund mangelnder Berufserfahrung, einer geringen Frustrationstoleranz bei der Motivierung der Teilnehmerinnen und der Kommunikation mit den kooperierenden Ausbildungsinstituten zu sehen. Dabei hat möglicherweise die Tatsache, dass ich zum Teil die

Gruppen als Ganzes per E-Mail kontaktiert habe zu einer Verminderung geführt. Empfehlenswert ist es auf jeden Fall die Teilnehmerinnen individuell anzusprechen bzw. anzuschreiben. Weitere Empfehlung ist die Verbesserung der Kommunikation, wie dies im DFG-Projekt „Kompetenzentwicklung von Psychotherapeutinnen in Ausbildung“ unter der Leitung von Heidi Möller z.B. auch in Form von Flyern mit Informationen über die Studie erfolgt. Eine weitere günstige Entwicklung in diesem Kontext ist auch das Bezahlen einer Aufwandsentschädigung, da auch Strauß & Kohl (2009b) gezeigt haben, dass Psychotherapeutinnen in Ausbildung zum Teil in prekären Arbeitsverhältnissen leben.

Als externale Faktoren sind ungünstige Untersuchungszeitpunkte zu nennen, da es für die Ausbildungsteilnehmerinnen bestimmt kein guter Zeitpunkt ist nach einer Arbeitswoche am Samstag nach der theoretischen Ausbildung noch an einer wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen. Ein geringer Teil der Drop-Out Rate kann auf Ausbildungsabbrecherinnen zurückgeführt werden, allerdings konnte die genaue Zahl nicht ermittelt werden. Ein geringer Teil des Drop-Outs kann auch auf eine Unzufriedenheit mit dem Forschungsdesign zurückgeführt werden, diese Nicht-Teilnehmerinnen bevorzugen zu meist ein qualitatives Design. Protz, Kächele und Taubner (2011) haben bezüglich der Teilnahme von Psychoanalytikerinnen an Studien gezeigt, dass diese komplex motiviert ist und besonders diese Gruppe qualitative Forschungsmethoden bevorzugen. Zudem besteht die Sorge, dass die Ergebnisse ihnen und der Psychoanalyse mitunter auch schaden könnte. Ein geringer Teil hat wenig Vertrauen in die Anonymität der Untersuchung thematisiert, was einerseits berechtigte Zweifel sind, andererseits aber auf die Tatsache verweist, dass die

Ausbildungssituation auch eine Kontroll- und Beurteilungsfunktion beinhaltet und damit einhergehend zu Ängsten führen kann.

Zusammenfassung

Die Persönlichkeit der Psychotherapeutin und die therapeutische Beziehung sind zentrale Wirkfaktoren gelingender Psychotherapie (Wampold, 2001; Lambert et al., 2004; Grawe, 1999). Deshalb werden von Psychotherapeutinnen in Ausbildung die Entwicklung von personalen Kompetenzen und Beziehungskompetenzen gefordert (Strauß et al. 2009a). In dieser Arbeit wird die Persönlichkeit, das emotionale Erleben und die Emotionsregulierung, die Emotionserkennung, das Beziehungserleben und –verhalten und deren Veränderung während der Ausbildung untersucht. Die Daten wurden zwischen 2006 und 2010 erhoben und die Dauer zwischen Prä- und Post-Erhebung betrug drei Jahre. Die Persönlichkeit wurde mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar nach Fahrenberg, Hampel & Selg (1983) gemessen. Die Psychotherapeutinnen zeigen eine hohe soziale Orientierung, Offenheit und Leistungsorientierung. Sie leiden wenig an körperlichen Beschwerden oder Gesundheitssorgen. Sie verhalten sich wenig aggressiv. Die Persönlichkeit verändert sich nicht während der Ausbildung (N=35). Das emotionale Erleben und die Emotionsregulierung wurden mit dem EER Benecke et al. (2008) operationalisiert. Es zeigte sich, dass das Erleben der Emotion Wut während der Ausbildung ansteigt (N=35). Dieses Ergebnis steht in Widerspruch zu den geringen Werten beim Persönlichkeitsmerkmal Aggressivität. Ein möglicher Erklärungsversuch ist, dass die Psychotherapeutinnen in Ausbildung mehr innerliche Wut erleben, diese aber wenig ausagieren. Die Emotionserkennung wurde mit dem FEEL-Test von Kessler et al. (2002) untersucht. Die Psychotherapeutinnen können zu Beginn der Ausbildung mimisch kodierte Basisemotionen besser erkennen als Laien. Es konnten keine Veränderungen während der Ausbildung

festgestellt werden (N=53). Das Beziehungserleben und –verhalten wurde mit der deutschen Version des INTREX Fragebogen von Tress (2002), der auf dem SASB-Modell von Benjamin (1974) beruht, gemessen. Es zeigte sich, dass die Therapeutinnen bei fortgeschrittener Ausbildung (N=99) im Vergleich zum Beginn der Ausbildung ein positiveres Selbsterleben aufweisen. Dies zeigt sich in Ansätzen auch im Beziehungserleben und –verhalten und wird als günstig sowohl für die Gestaltung der therapeutischen als auch der privaten Beziehungen interpretiert.

Schlagwörter:

Psychotherapieausbildung, Persönlichkeit, Beziehung, Emotionserkennung, Emotionale Kompetenzen

Abstract

The personality of the therapist and the therapeutic relationship are crucial for the success of psychotherapies (Wampold, 2001; Lambert et al., 2004; Grawe, 1999). Therefore the training therapists should develop personal and relationship competencies (Strauß et al. 2009a). In this study the personality, the emotional feeling, emotion regulation, emotion recognition and behavior in relationship and the development during the training process is investigated. The data election was from 2006 to 2010 and the duration time between pre and post measurement was three years. The personality is measured with the Freiburger Persönlichkeitsinventar of Fahrenberg, Hampel & Selg (1983). The therapists have a high social orientation, are open and have a high power orientation. They have low body pain and health sorrows. They behave less aggressive. The personality does not change during the training process (N=35). The emotional feelings and the emotion regulation is measured with the EER of Benecke et al. (2008). There is an increase of anger during the training process (N=35). This finding is in opposite to the finding of low aggressiveness in the personality measurement. A possible explanation seems to be that the training therapists feel more angry but do not behave aggressive. Emotion recognition was measured with the FEEL-Test of Kessler et al. (2002). The training therapists can recognize mimic coded basic emotions better than the normal population at the beginning of the training. There were no changes during the training process (N=53). The behavior in relationships was measured with the German version of the INTREX-Questionnaire of Tress (2002), which is theoretically based upon the SASB-Model of Benjamin (1974). The therapists in training develop more self affiliation and this has a positive effect on

their personal relationships. This is interpreted as an advantage for therapeutic and private relationships.

Keywords:

Psychotherapy training, Personality, Alliance, Emotion recognition, Emotional Competencies

Literaturverzeichnis

- Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. M. (2004). *Sozialpsychologie*. München: Pearson Studium.
- Auckenthaler, A. (1999). Supervision von Psychotherapie. Behauptungen – Fakten – Trends. *Psychotherapeut*, 3, 191–215.
- Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächstherapie. In M. Hermer und B. Röhrle (Hrsg.) (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2. Spezieller Teil*. (S. 1195 –1213). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Barthel, Y., Leibiger-Vogel, J., Zwerenz, R., Beutel, M. E., Leuzinger-Bohleber, M., Rudolf, G., Brähler, E. & Schwarz, R. (2010). Kandidaten in psychotherapeutischer Ausbildung. Zugang und Zufriedenheit, *Forum der Psychoanalyse*, 26, 87–100.
- Bein, E., Anderson, T., Strupp, H. H., Henry, W. P., Schacht, T. E., Binder, J. L. & Butler, S. F. (2000). The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapeutic outcome. *Psychotherapy Research*, 10, 119–132.
- Benecke, C., Bock, A., Peham, D., Koschier, A. & Biebl, W. (2008). Emotionserkennung und psychische Störung. *Psychologie in Österreich*, 5, 466–472.
- Benecke, C., Vogt, T., Bock, A., Koschier, A. & Peham, D. (2008). Emotionserleben und Emotionsregulation und ihr Zusammenhang mit psychischer Symptomatik. A Self Report Questionnaire for the Assessment of Emotional Experience and Emotion Regulation. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 1–5.

- Benecke, C. (2002). *Mimischer Affektausdruck und Sprachinhalt. Interaktive und objektbezogene Affekte im psychotherapeutischen Prozeß*. Bern: Peter–Lang–Verlag.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior, *Psychological Review*, 81, 392–425.
- Benjamin, L. S. (2011). Structural Analysis of Social Behavior (SASB): Studying the Nature of Nature. In L.M. Horowitz & S. Strack (Hrsg.). *Handbook of Interpersonal Psychology. Theory, Research, Assessment and Therapeutic Interventions*. (S. 325–342). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist Variables. In M.J. Lambert (Hrsg.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (227–306). New York: Wiley&Sons.
- Blatt, S., Sanislow, C., Zuroff, D. & Pilkonis, P. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276–1284.
- Bohus, M. (2009). Borderline–Persönlichkeitsstörung. In J. Margraf & S. Scheider (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. 3. Auflage. (S. 534–559). Heidelberg: Springer.
- Bond, M., Banon, E. & Grenion, M. (1998). Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 301–318.

-
- Bootzin, R & Ruggill, J. (1988). Training issues in behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 703–709.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252–260.
- Buchholz, M. B. (1999). *Psychotherapie als Profession*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Buchholz, M. B. (2007). Zur Diskussion: Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen. *Psychotherapeutenjournal*, 6 (4), 373–382.
- Buchholz, M. B. (2005). Resilienz und Paradoxie. Eckpunkte therapeutischer Entwicklung, *Jahrbuch für Gruppenanalyse*, 11, 131–153.
- Buckman, J. R. & Barker, C. (2010). Therapeutic orientation preferences in trainee clinical psychologists: Personality or training? *Psychotherapy Research*, 3, 247–258.
- Bundeskanzleramt (1991). Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz) (NR: GP XVII RV 1256 AB 1389 S. 146. BR: AB 3896 S. 531.). PthG, vom Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Psychotherapiegesetz, Fassung vom 19.02.12
- Bundespsychotherapeutenkammer (12.09.2008). Positionspapier (Entwurf). Kernkompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 12.09.2008, 1–5.
- Cabaniss, D. L., Glick, R. A. & Roose, S.P.(2001). The Columbia Supervision Project: data from the dyad. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49 (1), 235–267.

- Caspar, F. (1989). Differenzierte, kreative Anstöße: Einige kasuistisch illustrierte Überlegungen zu Beziehung und Deutung in der Plananalyse. In T. Reinelt & W. Datler (Hrsg.). *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen*. (S.144–160). Berlin: Springer.
- Caspar, F. (1989). Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Bern: Hans Huber.
- Caspar, F. & Jacobi, F. (2005). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibing, S. Leichsenring & S. K. D. Sulz (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung*. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie. (S. 395–412). München: CIP–Medien.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., Boswell, J. F. & Kraus, D. R. (2011). The Therapeutic Alliance: Research and Theory. In L.M. Horowitz & S. Strack (Hrsg.). *Handbook of Interpersonal Psychology. Theory, Research, Assessment and Therapeutic Interventions*. (S. 509–518). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Cierpka, M. (1997). Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ihr Beruf. *Psychotherapeut*, 42, 267–268.
- Constantino, M. J. (2000). Interpersonell process in psychotherapy through the lens oft he Structural Analysis of Social Behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 9 (3), 153–172.
- Constantino, M. J., Castonguay, L. G. & Schut, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the „scientist practitioner“ model in psychotherapy. In G. S. Tyron (Hrsg.). *Counseling*

-
- based on process research: Applying what we know.* (S. 81–131). Boston: Allyn & Bacon.
- Constanzo, M. & Philpott, J. (1986). Predictors of psychotherapeutic talent in aspiring clinicians: a multivariate analysis. *Psychotherapy, 23* (3), 363–369.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, J., Narducci, J., Schamberger, M. & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy research, 16* (3), 268–281.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Chittams, J., Barber, J. P., Beck, A. T., Frank, A., Liese, B., Luborsky, L., Mark, D., Merce, D., Onken, L. S., Najavits, L. M., Thase, M.E. & Woody, G. (1998). Training in Cognitive, Supportive-Expressive, and Drug Counseling Therapies for Cocaine Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (3), 484–492.
- Davies-Osterkamp, S. (2002). Zirkumplexe Modelle interpersonellen Verhaltens in der klinischen Psychotherapie. In W. Tress (Hrsg.). *SASB Die Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens. Ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in Psychotherapie* (S. 5–12). München: CIP-Medien.
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T. & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46* (3), 277–290.
- Döring-Seipel, E. Schüler, P. & Seipel, K. H. (2000). Wie beurteilen Ausbildungsteilnehmer Selbsterfahrung in der Verhaltensthe-

- rapie? Beiträge zur Evaluation eines Selbsterfahrungskonzeptes. In A. R. Laireiter (Hrsg.). *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie –Empirische Befunde*. (S.573–592). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Eichenberg, C., Müller, K. & Fischer, G. (2007). Die Motivation zur Berufswahl Psychotherapeut/In Ein Vergleich zwischen Schülern, Studierenden und (angehenden) Psychotherapeuten, *ZPPM*, 5 (2), 83–89.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1978). *Facial Action Coding System (FACS). Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48 (1), 43–49.
- Errek, H. K. & Randolph, D.L. (1982). Effects of Discussion and Role-Play Activities in the Acquisition of Consultant Interview Skills. *Journal of Counseling Psychology*, 29 (3), 304–308.
- Ettl, H. (1991). Zum Geleit. In M. Kierein, A. Pritz & G. Sonneck (Hrsg.). *Psychologen-Gesetz, Psychotherapie-Gesetz. Kurzkomentar* (S. 5–7). Wien: Orac.
- Eversmann, J., Schöttke, H., Wiedl, K. H. & Rogner, J. (2011). Die Beobachtungsskala “Therapie-relevante interpersonelle Verhaltensweisen“ (TRIB) in der Auswahl von Teilnehmern der Psychotherapieausbildung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40 (1), 11–21.
- Fahrenberg, G., Hampel, R. & Selg, H. (1983). FPI-R Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. 7. überarbeitete und neu normierte Auflage. Manual. Göttingen: Hogrefe.

-
- Falander C. & Safranske, E. (2006). *Clinical supervision. A competency-based approach*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Farber, B. A. & Doolin, E. M. (2011). Positive Regard. *Psychotherapy, 48 (1)*, 58–64.
- Fiedler, P. (1999). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. (2010). *Verhaltenstherapie mon amour. Mythos –Fiktion –Wirklichkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Frank, J. (1961). *Persuasion and Healing*. Baltimore: The John Hopkins Press.
- Frank, R., Rzepka, U. & Vaitl, D. (1996). Auswirkungen von Psychotherapie–Supervision auf die Entwicklung von Psychotherapeuten. In H. Bents, R. Frank & E.–R. Rey (Hrsg.). *Erfolge und Misserfolge in der Psychotherapie* (S. 218–239). Regensburg: Roderer Verlag.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L. & Diamond, G. M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy, 48 (1)*, 25–33.
- Friedrich, J., Gunia, H. & Huppertz, M. (2003). Evaluation eines ambulanten Netzwerks für Dialektisch Behaviorale Therapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 24*, 289–306.
- Froehle, T. C., Robinson, S. E. & Kurpius, D. J. (1983). Enhancing the effects of modeling through role–play practice. *Counselor Education and Supervision, 22*, 197–206.
- Fürst, J., Ottomeyer, K. & Pruckner, H. (Hrsg.). (2004). *Psychodramatherapie. Ein Handbuch*. Wien: facultas.

- Geller, J. D., Norcross, J. C. & Orlinsky, D. E. (2005). The question of Personal Therapy. Introduction and Prospectus. In J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Hrsg.). *The psychotherapist's own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. (S. 3–11). Oxford: Oxford University Press.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296–306.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (1998). The psychotherapy relationship. Theory, research and practice. New York: Wiley&Sons.
- Goldfried, M. R. & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 421–430.
- Grater, H. A. (1985). Stages in Psychotherapy Supervision: From Therapy Skills to Skilled Therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16 (5), 605–610.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe–Gerber M. (1999). Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Gray, L. L., Ladany, N. & Walker, J. (2001). Psychotherapy Trainees' Experience of Counterproductive Events in Supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (4), 371–383.
- Greenson, R. R. (1981). *Technik und Praxis der Psychoanalyse. Band 1*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Greve, G. (2007). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapieausbildung. Inhalt und Prozess. Lengerich: Pabst.

-
- Grosse Holtforth, M., Thomas, A. & Caspar, F. (2011). Interpersonal Motivation. In L. M. Horowitz & S. Strack (Hrsg.). *Handbook of Interpersonal Psychology. Theory, Research, Assessment and Therapeutic Interventions*. (S.107–122). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Gunlicks–Stoessel, M. & Weissmann, M. M. (2011). Interpersonal Psychotherapy (IPT). In L.M. Horowitz & S. Strack (Hrsg.). *Handbook of Interpersonal Psychology. Theory, Research, Assessment and Therapeutic Interventions*. (S.533–544). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hackmann, J. R., Wiggins, N. & Bass, A. R. (1970). Prediction of long term success in doctoral work in psychology. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 365–374.
- Hassebrauck, M. & Küpper, B. (2002). Theorien interpersonaler Attraktion. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.). *Theorien der Sozialpsychologie –Band II: Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien*. (S.156–177). Bern: Hans Huber.
- Haubl, R. (2009). Neidisch sind immer nur die anderen. Über die Unfähigkeit, zufrieden zu sein. München: Becksche Reihe.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J. & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48, 1, 88–97.
- Heffler, B. & Sandell, R. (2009). The role of learning style in choosing one's therapeutic orientation. *Psychotherapy Research*, 19 (3), 283–292.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1986). Structural Analysis of Social Behavior. Application to a Study of Interpersonal Process in Differential Psychotherapeutic Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1), 27–31.

- Henry, W. P., Schacht, T.E. & Strupp, H. H. (1990). Patient and Therapist Introject, Interpersonal Process and Differential Psychotherapy Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58* (6), 768–774.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E. & Binder, J. L. (1993). Effects of Time Limited Dynamic Psychotherapy: Changes in the Therapist Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61* (3), 434–440.
- Henry, W. P. & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvarth & L. S. Greenberg (Hrsg.). *The working alliance: Theory, research and practice.* (S. 51–84). New York: Wiley.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1. Allgemeiner Teil.* Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008): *Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklungen und Befunde.* In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1. Allgemeiner Teil.* (S.15–108). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hess, S. A., Knox, S. & Hill, C. E. (2006). Teaching graduate trainees how to manage client anger: A comparison of three types of training. *Psychotherapy Research, 3*, 282–292.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2001). Self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 413–417.
- Hill, C. H. & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J.C. Norcross (Hrsg.). *Psychotherapy relationship that work* (S.255–265). Oxford: Oxford University Press.

-
- Hill, C. E. & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19 (1), 13–29.
- Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, S. & Sulz, S. K. D. (Hrsg.) (2005). Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie. München: CIP–Medien.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Clemence, A. J., Strassle, C.G. & Handler, L. (2002). Effects of Structured Clinical Training on Patient and Therapist Perspectives of Alliance Early in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 4, 309–323.
- Hogan, R. A. (1964). Issues and approaches in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 139–141.
- Hoglend, P. (2004). Analysis of transference in dynamic psychotherapy. A review of empirical research. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12, 280–300.
- Hoglend, P., Bogwald, K. P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Cosgrove Sjaastad, M., Sorbje, O., Heyerdahl, O. & Johansson, P. (2008). Transference Interpretations in Dynamic Psychotherapy: Do They Really Yield Sustained Effects? *American Journal of Psychiatry*, 165, 763–771.
- Hoglend, P., Hersoug, A. G., Bogwald, K. P., Amlo, S., Marble, A., Sorbje, O., Rossberg, J. I., Ulberg, R., Gabbard, G. O. & Crits-Christoph, P. (2011). Effects of Transference Work in the Context of Therapeutic Alliance and Quality of Object Relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 697–706.

- Hoheisel, B. & Kryspin-Exner, I. (2005). Emotionserkennung in Gesichtern und emotionales Gesichtergedächtnis. Neurologische Erkenntnisse und Darstellung von Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 2, 77–87.
- Horowitz, L. M.; Strack, S. (Hrsg.) (2011). *Handbook of Interpersonal Psychology. Theory, Research, Assessment and Therapeutic Interventions*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 365–372.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2008). Die therapeutische Allianz. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1. Allgemeiner Teil*. (S.279–342). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy, *Psychotherapy*, 48 (1), 9–16
- Jaeggi, E. (1991). *Neugier als Beruf*. München: Piper.
- Jaeggi, E. (1995). *Zu heilen die zerstoßnen Herzen. Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder*. Hamburg: Rowohlt.
- Jaeggi, E. (2004). *Und wer therapiert die Therapeuten*. München: dtv.
- Jaeggi, E. & Möller, H. (2003). Didaktische Überlegungen zur Ausbildung Psychologischer PschotherapeutInnen, Fachrichtung Tiefenpsychologie. In E. Jaeggi, G. Gödde, W. Hegener, & H. Möller (unter Mitarbeit von H. Kronberg-Gödde). *Tiefenpsychologie lehren – Tiefenpsychologie lernen*. (S. 18–22). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Jaeggi, E. (2004). *Liebe und Heilung*. Düsseldorf: Patmos.
- Johansson, P., Hoglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bogwald, K. P., Sorbje, O., Cosgrove Sjaastad, M. & Heyerdahl, O. (2010). The Mediating Role of Insight for Long Term Improvements in Psychodynamic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 438–448.
- Kächele, H. & Thomä, H. (2008) . Die psychoanalytische Sicht in der therapeutischen Beziehung. In M. Hermer und B. Röhrle (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2. Spezieller Teil*. (S. 1179–1195). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kahl-Popp, J. (2004). Lernziel: Kontextbezogene psychotherapeutische Kompetenz. Gedanken zur psychanalytischen Ausbildung. *Forum der Psychoanalyse*, 20, 403–418.
- Kernberg, O. F. (1998). Dreißig Methoden zur Unterdrückung der Kreativität von Kandidaten der Psychoanalyse. *Psyche*, 52, 199–213.
- Kernberg, O. F., Dulz, B. & Eckert, J. (Hrsg.). (2005). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf*. Stuttgart New York: Schattauer.
- Kessler, H., Bayerl, P., Deighton, R. M. & Traue, H. C. (2002). Facially Expressed Emotion Labeling (FEEL). PC-gestützter Test zur Emotionserkennung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23 (3), 297–306.
- Kessler, H., Hoffmann, H., Bayerl, P., Neumann, H., Basic, A., Deighton, R. M. & Traue, H. C. (2005). Die Messung von Emotionserkennung mittels Computer-Morphing. Neue Methoden für Forschung und Klinik. *Nervenheilkunde*, 7, 1–4.

- Kessler, H., Roth, J., von Wietersheim, J., Deighton, R. M., & Traue, H. C. (2007). Emotion recognition patterns in patients with panic disorder. *Depression and Anxiety, 24* (3), 223–226.
- Kierein, M., Pritz, A. & Sonneck, G. (Hrsg.). *Psychologen–Gesetz, Psychotherapie–Gesetz. Kurzkomentar.* Wien: Orac.
- Kiesler, D.J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review, 90*, 185–214.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression.* New York: Basic books.
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C. C. & Austin, S. B. (2011). Congruence/Genuineness. *Psychotherapy, 48* (1), 65–71.
- König, K. (2005). Kleine Therapeuten–Charakterkunde. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren “unmöglichen“ Beruf.* (S.173–180). Stuttgart New York: Schattauer.
- König, K. (2010). Gegenübertragung und die Persönlichkeit des Psychotherapeuten. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Krause, R. (2005). Verachtung, Ärger und Ekel des Therapeuten. In O. F. Kernberg, B. Dulz, J. Eckert (Hrsg.). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren “unmöglichen“ Beruf.* (S.102–115). Stuttgart New York: Schattauer.
- Ladany, N., Hill, C. E., Corbett, M. M. & Nutt, E. A. (1996). Nature, extent and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology, 43* (1), 10–24.

-
- Laireiter, A. R. (2005). Regelungen und Rahmenbedingungen der Ausübung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie in Europa und in Österreich und in der Schweiz. In A. R. Laireiter & U. Willutzki. (Hrsg.). *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. (S.151–180). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A. R. (2005). Selbsterfahrung in der Ausbildung in Verhaltenstherapie. In A.R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.). *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. (S.263–317). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A. R. & Botermans, J. F. (2005). Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. In A. R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.). *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. (S.53–101). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A. R. & Willutzki, U. (Hrsg.) (2005). *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A. R. & Willutzki, U. (2005). Einleitung. In A.R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.). *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. (S.11–18). Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, M. & Barley, D. E. (2008). Die therapeutische Beziehung und der Therapieeffekt –eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1. Allgemeiner Teil*. (S.109–141). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lambert, M. J. (Hrsg.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley&Sons.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357–361.

- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert (Hrsg.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (S.139–193). New York: Wiley&Sons.
- Leary, T. (1957). Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation. New York: Ronald Press.
- Lecomte, C. (2006). Clinical Supervision: A process of Self-Reflexivity in the development of Therapeutic Competence. In R. Raubolt (Hg). *Power Games: Influence, Persuasion and Indoctrination in Psychotherapy Training*. (S. 221–254). New York: Other Press.
- Lehndorfer, P. (2008). Kompetenzen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 33, 255–269.
- Lehrman-Waterman, D. & Ladany, N. (2001). Development and validation of the evaluation process within supervision inventory. *Journal of Counseling Therapie*, 48, 168–177.
- Leutz, G. A. (1989). Beziehung und Einsichtsgewinnung in der Psychodramatherapie. In T. Reinelt & W. Datler (Hrsg.). *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen*. (S.350–357). Berlin: Springer.
- Levinger, G. (1983). Development and change. In H.H. Kelley, E. Berscheid, A. Christensen, J.H. Harvey, T.L. Huston, G. Levinger, E. McClintock, L.A. Peplau & D.R. Peterson (Hrsg.). *Close relationships*. (S.315–359). San Francisco: Freeman.

-
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J. & Heard, H. L. (2006). Two year randomized controlled trial and follow up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts of suicidal behaviors and borderline personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.
- Lohmer, M. (2011). Übertragung und Gegenübertragung. *Psychotherapeut*, 98–104.
- Luborsky, L., Diguer, L., Luborsky, E. & Schmidt, K. A. (1999). The efficacy of dynamic and other psychotherapies. Is it true that “everybody won and all shall have prizes?” – an update. In D. Janowsky (Hrsg.). *Psychotherapy in the 1990s. Its indications, efficacy, mechanisms and survivability*. (S. 3-22). Washington: American Psychiatric Press.
- Margraf, J. & Scheider, S. (Hrsg.) (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Martin, D. J., Garske, J.P. & Davis, M. K. (2000). Relation oft he therapeutic alliance with outcome and other variables. A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Mc Coullough, J. P. (2006). *Psychotherapie der chronischen Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP*. München: Urban & Fischer.
- Möller, H. & Jaeggi, E. (2003). Didaktische Überlegungen zur Ausbildung Psychologischer PschotherapeutInnen, Fachrichtung Tiefenpsychologie. In E. Jaeggi, G. Götde, W. Hegener, & H. Möller (unter Mitarbeit von H. Kronberg-Götde). *Tiefenpsy-*

chologie lehren – Tiefenpsychologie lernen. (S. 18–22). Stuttgart: Klett–Cotta.

Moreno, J. L. (1924). *Stehgreiftheater*. Potsdam: Kiepenheuer.

Moreno, J. L. (1946). *Psychodrama*. New York: Beacon.

Moreno, J. L. (1974). *Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft*. Köln: Opladen.

Moskowitz, S. A. & Rupert, P. A. (1983). Conflict resolution within the supervisory relationship. *Professional Psychology – Research & Practice*, 14 (5), 632–641.

Nodop, S., Thiel, K. & Strauß, B. (2010). Supervision in der psychotherapeutischen Ausbildung. Quantitative und qualitative Ergebnisse des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut*, 55, 485–495.

Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationship that work*. New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C. & Farber, B. A. (2005). Choosing psychotherapy as a career: Beyond „I want to help people“. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (8), 939–943.

Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy Relationship That Work II. *Psychotherapy*, 48 (1), 4–8.

O'Donovan, A., Bain, J.D. & Dyck, M.J. (2005). Does Clinical Psychology Education Enhance the Clinical Competence of Practitioners? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (1), 104–111.

Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D. & Vermeersch, D. A. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individual Thera-

-
- pists on Their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (9), 1157–1172.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielsen, L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for Supershrink: An Empirical Analysis of Therapist Effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361–373.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S.L. Garfield (Hrsg.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Fourth Edition*. (S.270–276). New York: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6–27.
- Orlinsky, D. E. & Ronnestad, H. M. (Hrsg.). (2005). *How Psychotherapists develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E. & Ronnestad, H. M. (2005). Theoretical Integration: Cycles of Work and Development. In D. E. Orlinsky & H.M. Ronnestad (Hrsg.). *How Psychotherapists develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. (S.161–180). Washington: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, H. M. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process–Outcome Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Hrsg.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (S.307–389). New York: Wiley&Sons.

- O'Toole, W. M. (1979). Effects of practice and some methodological considerations in training counseling interviewing skills. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 412–426.
- Ottomeyer, K. (2004). Das Psychodrama zwischen Psychoanalyse und kritischer Gesellschaftstheorie. In J. Fürst, K. Ottomeyer, H. Pruckner (Hrsg.). *Psychodramatherapie. Ein Handbuch*. (S. 59–80). Wien: facultas.
- Pauza, E. (2007): Psychotherapieausbildungsforschung. Explorative Untersuchung. Innsbruck: unveröffentl. Dipl.–Arb.
- Pfäfflin, F. & Kächele, H. (2005). Sollten nicht nur Patienten, sondern auch Psychotherapeuten diagnostiziert werden? In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf*. (S.470–483). Stuttgart New York: Schattauer.
- Pincus, A. L., Newes, S. L., Dickinson, K. A. & Ruiz, M.A. (1998). A Comparison of Three Indexes to Assess the Dimensions of Structural Analysis of Social Behavior, *Journal of Personality Assessment*, 70 (1), S.145 –170.
- Piper, W. E. & Ogrodniczuk, J. S. (2011). Group Therapies. In L. M. Horowitz & S. Strack (Hrsg.). *Handbook of Interpersonal Psychology. Theory, Research, Assessment and Therapeutic Interventions*. (S. 565–578). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Mc Callum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G. & Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 36 (2), 114–122.

-
- Poznanski, J. J. & McLennan, J. (2003). Becoming a Psychologist with a particular theoretical orientation in counselling practice, *Australian Psychologist*, 38 (3), 223–226.
- Pekarik, G. (1994). Effects of brief therapy training on practicing psychotherapists and their clients. *Community Mental Health*, 30, 135–144.
- Protz, J., Kächele, H. & Taubner, S. (2011). Die Ambivalenz mit der Therapieforschung – Beweggründe und Erfahrungen von Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern. Forum der Psychoanalyse. Im Druck.
- PsychThG (1999). <http://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/> (abgerufen am 19.02.2012)
- Reichelt, S. & Skjerve, J. (2002). Correspondence between supervisors and trainees in their perception in supervision events. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 759–772.
- Reimer, C. (2005). Probleme der Lebensqualität von Psychotherapeuten. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf*. (S 92–101). Stuttgart New York: Schattauer.
- Reinelt, T & Datler, W. (Hrsg.). (1989). *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen*. Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (2009). Therapeutische Kompetenz und Methodenäquivalenz. *Psychodynamische Psychotherapie*, 8, 135–146.
- Richter, R. (2005). Über Kandidaten und Alumni – Fakten und Ansichten zur psychotherapeutischen Ausbildung. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.). *WIR: Psychotherapeuten über*

- sich und ihren "unmöglichen" Beruf. (S. 39–51). Stuttgart New York: Schattauer.
- Richter, R. (2009). Psychotherapeutische Kompetenz. *Psychodynamische Psychotherapie*, 8, 113–114.
- Riemann, F. (1976). *Grundformen der Angst*. Basel: Reinhardt.
- Rogers, C. R. (1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Ronnestad, H. M. & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training. Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16 (3), 261–267.
- Ronnestad, H. M. & Orlinsky, D. E. (2005). Clinical Implications: Training, Supervision and Practice. In D. E. Orlinsky & H. M. Ronnestad. (Hrsg.). *How Psychotherapists develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. (S. 181–202). Washington: American Psychological Association.
- Ronnestad, H. M. & Orlinsky, D. E. (2005). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. Hauptergebnisse und praktische Implikationen einer internationalen Langzeitstudie. *Psychotherapeut*, 51 (4), 271–275.
- Ronnestad, H. M. & Skovholt, T. M. (2005). Die professionelle Entwicklung von Psychotherapeuten während der Ausbildung. In A. R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.). *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. (S. 102–120). Göttingen: Hogrefe.
- Rudolf, G. (2005). Symptome und Einstellungen von Psychotherapeuten. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.). *WIR:*

-
- Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf.* (S. 123–132). Stuttgart New York: Schattauer.
- Rusbult, C. E. (1980). Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 172–186.
- Rusbult, C. E., Yovetich, N. A. & Verette, J. (1996). An interdependence analysis of accommodation processes. In G. J. O Fletcher & J. Fitness (Hrsg.). *Knowledge structures in close relationships: A social psychological approach.* (S. 63–90). Mahwah NJ: Erlbaum.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung.* Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2007): *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie.* Stuttgart: Schattauer.
- Sadler, P., Ethier, N. & Woody, E. (2011). Interpersonal Complementarity. In L.M. Horowitz & S. Strack (Hrsg.). *Handbook of Interpersonal Psychology. Theory, Research, Assessment and Therapeutic Interventions.* (S. 123–142). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Safran, J. D., Muran, J. C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48 (1), 80–87.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2008). Reparatur von Brüchen in der therapeutischen Allianz. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1. Allgemeiner Teil.* (S.705–740). Tübingen: dgvt-Verlag.

- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D. & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 126–143.
- Sandell, R. (2007). Die Menschen sind verschieden – auch als Patienten und als Therapeuten. Aus der psychoanalytischen Forschung. In A. Springer, K. Münch, D. Munz & W. Brüggem (Hrsg.). *Psychoanalyse heute?! Tagungsband der 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 2006. Orig.–Ausg.* (S. 461–481). Gießen, Lahn: Psychosozial-Verl. (Bibliothek der Psychoanalyse).
- Sandell, R., Carlsson, J. & Schubert, J. (2006) Therapists' therapies. The relation between training therapy and patient change in long-term psychotherapy and psychoanalysis. *Psychotherapy Research*, 16, 303–316.
- Sasse, H. (2008). Kompetenz in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 33, 288–315.
- Schauenburg, H., Dinger, U. & Buchheim, A. (2006). Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52, 358–372.
- Schigl, B. (2004). Qualitätskriterien supervisorischen Handelns. Ausgewählte Ergebnisse einer Evaluation der internationalen Forschungsliteratur. In W. Fröhlich W & W. Jütte (Hrsg.). *Qualitätsentwicklung in der postgradualen Weiterbildung.* (S.440–449). New York: Waxmann.

-
- Schmidbauer, W. (1983). *Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Hamburg: Rowohlt.
- Schramm, E. (1996) *Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen mit dem Originalmanual von Klerman, Weissman, Rounsaville und Chevron*. Stuttgart: Schattauer.
- Scragg, P., Bor, R. & Watts, M. (1999). The influence of personality and theoretical models on applicants to a counselling psychology course: A preliminary study. *Counselling Psychology Quarterly*, 12 (3), 263
- Skjerve, J., Nielsen, G. H., Jacobsen, C. H., Gullestad, S. E., Hansen, B. R., Reichelt, S., Ronnestad, M. H. & Torgersen, A. M. (2009). Nondisclosure in psychotherapy group supervision: The supervisor perspective. *Nordic Psychology*, 61 (4), 28–48.
- Sonntag, A., Glaesmer, H., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J. M., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Goldbeck, L., Kohl, S., Leibiger-Vogel, J., Michels-Lucht, F., Spröder, N., Willutzki, U. & Strauß, B. (2009). Die Psychotherapeutenausbildung aus der Sicht der Teilnehmer. Ergebnisse einer Ausbildungsteilnehmerbefragung im Rahmen des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut*, 54, 427–436.
- Stein, D. M. & Lambert M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2), 182–196.
- Steinhelber, J., Patterson, V., Cliffe, K. & LeGoullon, M. (1984). An investigation of some relationships between psychotherapy supervision and patient change. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1346–1399.

- Sterba, R. F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal Psychoanalysis*, 15, 117–126.
- Stippler, M. (2011). Konzeptkompetenz von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung. Kassel: kassel university press.
- Stolk, Y & Perlesz, A (1990). Do better trainees make worse family therapists? A follow-up study of client families. *Family Process*, 29, 45–58.
- Strauß, B., Wheeler, S. & Nodop, S. (2010). Klinische Supervision. Überblick über den Stand der Forschung. *Psychotherapeut*, 55, 455–464.
- Strauß, B. & Kohl, S. (2009a). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 54, 411–426.
- Strauß, B. & Kohl, S. (2009b). Entwicklung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung in europäischen Ländern. Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Psychotherapeut*, 54, 457–464.
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J. M., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Glaesmer, H., Goldbeck, , Michels–Lucht, F., Spröder, N., Leutzinger–Bohleber, M., Michels–Lucht, F., Sonntag, A., Leibiger–Vogel, J., Willutzki, U. & Kohl, S. (2009). Angebot und Nachfrage. Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 54, 464–468.
- Strupp, H. H. & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books.

-
- Strupp, H. H. & Anderson, T. (1997). On the Limitations of therapy manuals. *Clinical Psychology–Science and Practice*, 4 (1), 76–82.
- Stumm, G. & Jandl–Jager, E. (2006). *Psychotherapie Ausbildung in Österreich*. Wien: Falter Verlag.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Taubner, S., Visbeck, A., Rapp, A., Kächele, H. & Sandell, R. (2010). Therapeutic attitudes and practice patterns among psychotherapy trainees in Germany. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 12, 361–381.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1996). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Band 1: Grundlagen. Heidelberg: Springer.
- Topolinski, S. & Hertel, G. (2007). The role of personality in psychotherapists' careers: Relationships between personality traits, therapeutic schools and job satisfaction. *Psychotherapy Research*, 3, 133–157.
- Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D.A., Hardy, G.E. & Barkham, M. (2004). Therapist Competence and Outcome of Cognitive Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 143–157.
- Tress, W. (Hrsg.) (2002). SASB. *Die Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens*. Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in Psychotherapie. Unter Mitarbeit von N. Hartkamp. München: CIP–Medien.
- Tress, W. & Henry, W. P. (2002). Folgerungen für die psychotherapeutische Weiterbildung. In W. Tress (Hrsg.). *SASB. Die Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens*. Arbeitsbuch für For-

- schung, Praxis und Weiterbildung in Psychotherapie*. Unter Mitarbeit von N. Hartkamp. (S. 240–247). München: CIP–Medien .
- Tress, W. & Junkert, B. (2002). Das SASB–Modell. In W. Tress (Hrsg.). *SASB Die Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens. Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in Psychotherapie*. Unter Mitarbeit von N. Hartkamp. (S. 35–46). München: CIP–Medien.
- Tschuschke, V., Meier, U. & Theilacker, M. (2011). Gruppenselbsterfahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung. Reflexionen, ein Untersuchungsansatz und Ergebnisse. *Psychotherapeutenjournal*, 10, 253–259.
- Tyron, G. S. & Winograd, G. (2011). Goal Consensus and Collaboration. *Psychotherapy*, 48 (1), 50–57.
- Vogel, H. & Alpers, G. W. (2009). Welche Kompetenzen braucht ein Psychotherapeut? Überlegungen zu den Zielen der Psychotherapieausbildung. *Psychodynamische Psychotherapie*, 8, 124–134.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Wiegand–Grefe, S. & Schuhmacher, M. (2006). Strukturelle Gewalt in der psychoanalytischen Ausbildung. Eine empirische Studie zu Hierarchie, Macht und Abhängigkeit. Gießen: Psychosozial–Verlag.
- Willutzki, U. & Ambühl, H. (2000). Selbsterfahrung und die professionelle Entwicklung von Verhaltenstherapeuten – Eine empirische Perspektive. In A. R. Laireiter (Hrsg.). *Selbsterfahrung*

in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde. (S. 457-474). Tübingen: dgvt.

Willutzki, U., Ambühl, H., Cierpka, M., Meyerberg, J., Orlinsky, D. & das SPR Collaborative Research Network (1997). Zufrieden oder ausgebrannt: Die berufliche Moral von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In P. L. Janssen, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.). *Psychotherapie als Beruf.* (S. 207–222). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Willutzki, U. & Laireiter, A.R. (2005). Ausbildung in Verhaltenstherapie – Was ist ein guter (Verhaltens–)therapeut und wie soll die Ausbildung gestaltet sein. In A.R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.). *Ausbildung in Verhaltenstherapie.* (S.21–49). Göttingen: Hogrefe.

Willutzki, U., Orlinsky, D. E., Cierpka, M., Ambühl, H., Laireiter, A. R., Meyerberg, J. & das SPR Collaborative Research Network (2005). WIR – Daten über uns. Psychotherapeuten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In O.F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren “unmöglichen“ Beruf.* (S.26–38). Stuttgart: Schattauer.

Willutzki, U., Tönnies, B & Meyer, F. (2005). Psychotherapiesupervision und die therapeutische Beziehung. Eine Prozessstudie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 37, 419–435.

Wöller, W. & Kruse, J. (2010). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden.* Stuttgart: Schattauer.

Yalom, I.D. (1989). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie.* Ein Lehrbuch. München: Pfeifer.

- Yourman, D. B. & Farber, B. A. (1996). Nondisclosure and distortion in psychotherapy supervision. *Psychotherapy*, 33, 567–575.
- Young, J. E., Klosko, J.S. & Weishaar, M. E. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal Psychoanalysis*, 37, 369–375.

ISBN 978-3-86219-336-3