

Therapeutische Kompetenz: Welchen Einfluss haben Supervision, Intervention
und Selbsterfahrung? Spielt auch Erfahrung eine Rolle?

**Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science (MSc)**

an der
MSH Medical School –
University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät für Humanwissenschaften

in Kooperation mit der
Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Hamburg, 12.08.2015

Erstgutachter: Prof. Dr. Olaf Morgenroth
Zweitgutachter: Prof. Dr. Dr. Thomas Schnell
Externe Betreuung: Dr. Rüdiger Nübling

Vorgelegt von:
Mareike Klose, 131101031
Lomerstraße 2
22047 Hamburg
mareike.klose@live.de
0160/6396467

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit repräsentiert eine Teilfragestellung eines Forschungsprojekts der Medical School Hamburg (MSH) in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK), welches u.a. die Bedeutung von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung hinsichtlich diverser Aspekte psychotherapeutischer (Weiter-)Entwicklung beforscht.

So soll sie zum einen Aufschluss darüber geben, wie sich subjektiv wahrgenommene Kompetenzdefizite von Therapeuten sowie ihre Erfahrung in der psychotherapeutischen Tätigkeit auf die *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* Skalen nach Orlinsky und Rønnestad (2005, 2010) auswirken. Zum anderen soll sie die Beziehung zwischen therapeutischen Kompetenzdefiziten und der Inanspruchnahme qualitätssichernder Maßnahmen examinieren und auch einen ersten Versuch zur Abbildung von Störungsspektren nach Kompetenzdefiziten aufzeigen.

Zu diesem Zweck wurden 2.500 approbierte Psychotherapeuten/Innen, die als Kammermitglieder am psychotherapeutischen Versorgungssystem Baden-Württembergs beteiligt sind, kontaktiert und dazu aufgefordert den SUISE-Fragebogen auszufüllen. Dieser wurde in Kooperation mit Herrn Rüdiger Nübling (LPK) und in Absprache mit der um David Orlinsky und dem Collaborating Research Network der Society for Psychotherapy Research (SPR), international forschenden Arbeitsgruppe entworfen, orientiert sich stark an dem, durch diese Arbeitsgruppe entwickelten, Development of Psychotherapy Common Core Questionnaire (DPCCQ) und dient der Abbildung von beruflichen und subjektiven Erfahrungen der Therapeuten. Der SUISE-Fragebogen hat den Anspruch, den der therapeutischen Tätigkeit sowie der therapeutischen Entwicklung zugrundeliegenden Prozess aus Therapeutensicht zu beforschen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen weisen unter anderem darauf hin, dass therapeutische Kompetenzdefizite mit den von Rønnestad und Orlinsky (2006) eingeführten Skalen des *Healing Involvements* und *Stressful Involvements* in Beziehung stehen, Therapeuten mit größerem Erfahrungskontingent auch mehr *Healing Involvement* empfinden und die Patientendiagnose für das therapeutische Kompetenzerleben durchaus von Relevanz ist. Verschiedene Erklärungsansätze und klinisch relevante Implikationen werden vorgestellt. Die Erforschung der therapeutischen Subjektivität und Entwicklung ist von einer modernen Psychotherapieforschung nicht zu trennen und verlangt nach weiteren Initiativen, die sich der

Aufgabe annehmen das komplexe Gefüge und Interagieren der am therapeutischen Prozess beteiligten Facetten ein Stück weiter aufzudecken.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Hintergrund	3
2.1	Überblick zur Versorgungssituation in Deutschland	3
2.2	Nebenwirkungen von Psychopharmaka und Psychotherapie	4
2.3	Die Wirkung von Psychotherapie und der Therapeutenfaktor.....	7
2.4	Die Bedeutung der therapeutischen Beziehungsgestaltung	9
2.5	Die Therapeutische Beziehung bei schwierigen Patienten	9
2.6	Therapeutische Kompetenz.....	13
2.7	Therapeutische Kompetenz und die Psychotherapeutenausbildung im Zusammenspiel.....	16
2.8	Supervision, Intervision und Selbsterfahrung in der Ausbildung und in Bezug auf die therapeutische Kompetenz.....	18
2.9	Entwicklung und Subjektivität des Therapeuten.....	21
3	Die gegenwärtige Studie	28
4	Methode.....	31
4.1	Studiendesign und Stichprobe.....	31
4.2	Datenerhebung	31
4.3	Messinstrumente	31
4.4	Rücklaufquote	34
4.5	Auswertungsverfahren	34
5	Darstellung der Studienergebnisse	36
5.1	Beschreibung der Stichprobe	36
5.2	Reliabilität.....	38
5.3	Prüfung der Normalverteilung der Healing Involvement Skala	40
5.4	Prüfung der Normalverteilung der Stressful Involvement Skala	40
5.5	Ergebnisse der Hypothesentestung	41
5.5.1	Hypothese eins	41
5.5.2	Hypothese zwei	43
5.5.3	Hypothese drei.....	44
5.5.4	Hypothese vier bis sieben.....	44
6	Diskussion	47
6.1	Störungsspektren therapeutischer Kompetenzdefizite	47
6.1.1	Potenzielle Erklärungen	48
6.2	Therapeuten behandeln die Störungen bei denen sie Kompetenzdefizite wahrnehmen seltener	51

6.2.1	Potenzielle Erklärungen	51
6.3	Kompetenzdefizite und die psychotherapeutische Erfahrung.....	53
6.3.1	Potenzielle Erklärungen	53
6.4	Therapeutische Erfahrung und das Healing Involvement.....	55
6.4.1	Potenzielle Erklärungen	55
6.5	Therapeutische Kompetenzdefizite und die Inanspruchnahme qualitätssichernder Maßnahmen	56
6.5.1	Potenzielle Erklärungen	56
6.6	Kompetenzdefizite in Beziehung zum Stressful Involvement und Healing Involvement	58
6.6.1	Potenzielle Erklärungen	58
6.7	Limitationen	60
6.8	Schlussfolgerung und zukünftige Forschungsperspektiven.....	62
7	Literaturverzeichnis.....	64
8	Anhang	73
9	Eidesstattliche Erklärung.....	83

1 Einleitung

Vorangehende Forschungsbemühungen pointieren, dass dem Therapeuten bei der Suche nach Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung eine bedeutsame Rolle zufällt (Traber, 2013). Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung hat sich nachweislich als Quelle für Variabilität in therapeutischen Behandlungsergebnissen erwiesen (Nissen-Lie, Monsen, & Rønnestad, 2010) und mit ihr rücken auch die interpersonellen Fähigkeiten des Therapeuten zunehmend in den Mittelpunkt zahlreicher Forschungsarbeiten (Eversmann, Schöttke, Wiedl & Rogner, 2011). Die Patient-Therapeut-Beziehung ist es aber auch, mit der aktuelle Arbeiten das Empfinden von Herausforderungen und großen Anstrengungen erklären, so wird ihr in Abhängigkeit des vorliegenden Krankheitsbildes unterschiedlich viel Raum bei der Behandlung eingeräumt (Jaeggi & Reimer, 2008). Auch die Ausbildungsforschung scheint sich allmählich der Gewichtung der Therapeutenperson bewusst zu werden und so wird eines ihrer obersten Ziele *der Erwerb von therapeutischer Kompetenz* (Willutzki und Botermans, 1997) nicht mehr nur von der Seite adäquaten technischen Vorgehens, sondern auch von der Seite der therapeutischen Subjektivität und Entwicklung beleuchtet (Hayes, 2004). Aktuelle Arbeiten lassen hierbei der Rolle der therapeutischen Informationsverarbeitung einen großen Stellenwert zu kommen (Stangier, 2015) und sehen in der Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung ein wesentliches Grundelement therapeutischer Kompetenzeinschätzung (BPtK, 2013).

Die um David Orlinsky arbeitende Forschungsgruppe konnte mit der Differenzierung zweier sich gegenüberstehenden Dimensionen, dem *Healing Involvement* und dem *Stressful Involvement*, das Arbeitserleben von Therapeuten abbilden und diese eindrucksvoll in Bezug zur therapeutischen Entwicklung stellen. Die therapeutische Entwicklung ist ein fortlaufender Prozess, der auf zwei Gleisen verläuft. So laufen das berufliche Selbst und die Persönlichkeit des Therapeuten stetig nebeneinander her (Rønnestad und Orlinsky, 2006). Um den Konfrontationen mit den verschiedensten Qualitäten an Emotionen gewachsen zu sein, sind ausreichend Ressourcen des Therapeuten vorausgesetzt, so sollte er durch ausreichend Supervision und Selbsterfahrung Unterstützung finden (ebd.). Die Fähigkeit zur Selbstreflexion spielt in Bezug auf die Psychohygiene eine übergeordnete Rolle und wird mit einem ausreichenden Repertoire an Coping-Strategien zur Bewältigung von Krisen oder dem Umgang mit Frustrationen assoziiert (Lieb, 2009; Rønnestad & Orlinsky, 2006). Das *Healing Involvement* stellt also die Weichen für eine gesunde und positive Entwicklung des Therapeuten, welche wiederum in Kompetenz münden soll, während das *Stressful Involvement* eine adäquate Behandlung des Patienten und auch das Wohlbefinden des

Therapeuten bedrohen kann (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Mit ihren klinisch hochrelevanten Ergebnissen stießen Rønnestad und Orlinsky (2006) eine Welle an nachfolgenden Forschungsarbeiten an und rückten so das Thema der viel zu lang vernachlässigten Qualitätssicherung in der Psychotherapie weiter in den Fokus empirischer Untersuchungen.

Hier ansetzende Arbeiten konnten zeigen, dass regelmäßige Supervision mit der therapeutischen Erfahrung des *Healing Involvements* in Beziehung steht und das *Stressful Involvement* durch die Inanspruchnahme von Supervision reduziert werden kann. Zudem geben Studien Anlass zur Annahme, dass das *Healing Involvement* leichter zu verbessern sei, als das *Stressful Involvement* zu verringern (Dennhag & Ybrandt, 2013) und auch konnten negative Emotionen des Therapeuten außerhalb der Behandlung als Prädiktor des *Stressful Involvement* herausgearbeitet werden (Zeeck et al., 2012).

Die vorliegende Arbeit soll sich ebenfalls mit besonderer Referenz zu der um David Orlinsky arbeitenden Forschungsgruppe dem Thema der Qualitätssicherung in der Psychotherapie widmen. Als Teil einer umfangreichen Forschungsinitiative zur Bedeutung von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung hinsichtlich diverser Aspekte psychotherapeutischer (Weiter-)Entwicklung fokussiert sie die Rolle des therapeutischen Kompetenzerlebens und der psychotherapeutischen Erfahrung als weiteren Prädiktor für die *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* Skalen, reagiert auf den in der Literatur hervorgehobenen Bedarf an Untersuchungen, die der Sicherung der Behandlungsgüte dienende Instrumente auf die Praxis beziehen und stellt einen Versuch zur Aufstellung von Störungsspektren therapeutischer Kompetenzdefizite vor, sodass sie sich als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis an der Aufdeckung fundamentaler Prozesse professioneller psychotherapeutischer Entwicklung beteiligt.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Überblick zur Versorgungssituation in Deutschland

Die Folgen psychischer Erkrankungen sind weitreichend. Neben der enormen Beeinträchtigung der Lebensqualität für den Betroffenen, lassen sich besonders gesundheitsökonomische Aspekte anführen. So besteht eine im Verhältnis zum Gesunden nahezu doppelte Rate an Ausfalltagen, eine deutlich erhöhte Inanspruchnahme von allgemeinen Gesundheitsleistungen, sowie ein klares Risiko für den Eintritt in die Frührente. (Nübling, Jeschke, Ochs, & Schmidt, 2014). Beziffert man die Gesamtausgaben für psychische Störungen, so ergibt sich eine beeindruckende Summe von rund 20 Milliarden Euro pro Jahr. So sind es insbesondere die stationär psychiatrischen Behandlungen sowie auch die Behandlung durch Psychopharmaka, die zu immensen Gesundheitsausgaben führen. Nur 7.50 Prozent der Gesamtkosten basieren auf der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie (Nübling et al., 2014).

Laut aktuellen Untersuchungen beträgt die Prävalenz von psychischen Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland um 30 Prozent und entspricht somit einer Bevölkerungszahl von rund 18 Millionen der Erwachsenenbevölkerung. Demgegenüber wird der Anteil der Erkrankten, die eine zeitgerechte, adäquate Hilfe in Form von Psychotherapie, die sich an aktuellen wissenschaftlichen Kriterien orientiert, in Anspruch nehmen, auf gerade einmal zehn Prozent geschätzt (Baltensperger & Grawe, 2001; Nübling et al., 2014).

Kritik am Versorgungssystem lässt sich besonders bezüglich der Wartezeiten auf einen Therapieplatz äußern. So warten Bedürftige laut einer Studie der BPtK (2011) durchschnittlich 17 Wochen bis sie einen Therapieplatz bekommen. Zudem muss die Latenzzeit von bis zu sieben Jahren, die dem Auftreten von psychischem Leiden und dem Beginn von therapeutischen Maßnahmen zu Grunde liegt, Berücksichtigung finden (Zielke et al., 2004).

Hinsichtlich der aktuellen Versorgungssituation ist zu bemerken, dass ein Großteil der Versorgung durch Psychiatrische Krankenhäuser vorgenommen wird. Ebenfalls einen hohen Beitrag zur psychosozialen Versorgung leistet der ambulant vertragsärztliche Sektor. Die ambulante Psychotherapie trägt einen verhältnismäßig kleinen Teil zur Versorgung bei (Nübling et al., 2014).

In der modernen Versorgungsforschung werden gerade diese Versorgungskapazitäten stark hinterfragt. So zeigen Untersuchungen, dass die Behandlung von psychischen Erkrankungen in Kliniken vorrangig monotherapeutisch durch die Gabe von Psychopharmaka

erfolgt. Diese Erkenntnis steht im klaren Gegensatz mit den AWMF-Leitlinien, die den hohen Stellenwert von Psychotherapie betonen. In Anbetracht der empirisch fundierten Wirksamkeitsnachweise von Psychotherapie und der jüngsten Hinweise darauf, dass Patienten, die sich aktuell auf Grundlage einer zu hohen Schweregradeinschätzung ihrer Erkrankung, in stationärer Behandlung befinden, genauso von ambulanter Psychotherapie profitieren könnten, wird auch mit Berücksichtigung der immensen Kosten, welche die stationäre Versorgung mit sich bringt, eine Umorientierung des Versorgungssystems, bestehend aus ausgeweiteten Möglichkeiten zu ambulant psychotherapeutischen Maßnahmen für psychisch Kranke gefordert (ebd.).

2.2 Nebenwirkungen von Psychopharmaka und Psychotherapie

Der hohe Einsatz von Psychopharmaka zur Behandlung psychischer Störungen ist ein kontrovers diskutiertes Thema. Die Wirksamkeitsforschung betont, dass die Effektivität einer rein pharmakologischen Behandlung im Vergleich zur Psychotherapie und der Kombinationstherapie als geringer einzustufen ist (BPtK, 2013). Pharmakotherapeutische Untersuchungen zeigen außerdem, dass eine langfristige Einnahme verschiedener Psychopharmaka-Gruppen schädlich ist (Barker & Buchanan-Barker, 2012). Insbesondere die derzeitige Anwendung von Antipsychotika und auch von Antidepressiva ist Gegenstand zahlreicher Debatten. Die Schattenseiten der einst als biologische Euphorie beschriebenen Psychopharmakologie zeigen sich in beachtlichen Risiken für die Gesundheit der Betroffenen (Lehmkuhl, Osterfeld & Aderhold, 2009). Lehmann und Frank (1997) zeigten lebensbedrohliche Veränderungen der Organe und der Muskulatur durch eine dauerhafte Einnahme verschiedener Psychopharmaka auf und betonen zudem mögliche Beeinträchtigungen des psychischen Erlebens und der geistigen Leistungsfähigkeit. So berichten Patienten von Gefühlen emotionaler Betäubung bis hin zu massiven Störungen in Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen. Laut Lehmkuhl et al. (2009) ist eine Langzeittherapie mit Antipsychotika sogar mit einer verringerten Lebenserwartung in Beziehung zu bringen. In Anbetracht der im Laufe der Therapie nur all zu oft durch diverse Nebenwirkungen auftretenden Ablehnung der Medikation bei der Behandlung von Schizophrenien, initiierten Morrison et al. (2014) eine groß angelegte Studie zur Untersuchung des reinen Effekts von kognitiver Verhaltenstherapie auf die Symptomentwicklung der Patienten und konnten dabei eindrucksvoll aufführen, dass bei Verzicht auf Neuroleptika, kognitiv therapeutische Maßnahmen eine wirksame und effektive Behandlungsalternative darstellen.

Wie sieht es nun mit unerwünschten Effekten in der Psychotherapie aus? Was in der Medizinischen Versorgung als Standard klassifiziert wird, nämlich die Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen, wird in der Psychotherapie zu einem verschwiegenen Thema, welches erst seit einigen Jahren zunehmend Gegenstand psychotherapeutischer Wirksamkeitsforschung ist (Margraf, 2009).

Ein Grund für die stiefmütterliche Behandlung dieses Themas wird von Strauß, Linden, Haupt und Kaczmarek (2012) als „... ‚selbstwertdienliche Neigung‘ ...“ (S. 385) beschrieben. So können Nebenwirkungen als schlechtes Resultat therapeutischer Arbeit verstanden werden, was wiederum bedeutet, dass dem Therapeuten also ein wesentlicher Anteil der Verantwortung zufällt.

Zu bemerken ist auch, dass bezüglich dieser Thematik durchaus von verschiedenen Konzepten die Rede ist. Neben den Begriffen Risiken und Nebenwirkungen, wird in der Literatur u.a. auch von *schädlichen Effekten*, *Fehlentwicklungen* und *Misserfolgen* gesprochen (Strauß et al. 2012; Schigl & Gahleitner, 2013). In Anbetracht dieser konzeptionellen Unklarheiten und unter Berücksichtigung der problematischen Operationalisierung der Qualität der Behandlung, empfehlen Ladwig, Rief und Nestoriuc (2014) den Begriff „negative Effekte der Psychotherapie“, welcher folgendermaßen definiert wird:

Negative Effekte von Psychotherapie werden als Veränderungen definiert, die vom Patienten als negativ erlebt werden und eine direkte oder indirekte Schädigungen darstellen, oder von der betroffenen Person als Nachteil erlebt werden. Diese Veränderung sollte in mindestens einem Funktions- und/oder Lebensbereich des Patienten auftreten sowie zeitlich während der Therapie, unmittelbar danach oder auch erst verzögert. Negative Effekte werden vom Patienten auf die Therapie und nicht auf andere externe Einflüsse zurückgeführt. Unter negative Effekte fällt auch unethisches Fehlverhalten durch den Therapeuten. (S. 253)

Margraf (2009) hebt in seinem Beitrag hervor, dass Schwierigkeiten in der Therapie auch dann auftauchen können, wenn die therapeutische Arbeit angemessen und gemäß der Leitlinien erfolgt.

In vorrangegangenen Untersuchungen ist nicht nur von symptomatischer Verschlechterung als Folge von Psychotherapie die Rede, sondern auch von Beeinträchtigungen in weiten Bereichen des Lebens. So werden neben Problemen mit dem Partner auch Gefühle von Bevormundung sowie eine Abhängigkeitsentwicklung vom Therapeuten aufgezeigt (Ladwig et al., 2014).

Eine systematische Aufstellung von Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie

wurde durch Hoffmann, Rudolf & Strauß (2008) vorgenommen. Differenziert werden demnach vier Typen:

1. Erfolglosigkeit oder Nebenwirkung einer angemessenen Therapie.
2. Erfolglosigkeit oder Nebenwirkung durch unprofessionelle Ausführung der Behandlung.
3. Mangelnde Passung von Psychotherapeuten- und Patientenpersönlichkeit.
4. Schädigung durch unethisches Verhalten. (zit. nach Margraf 2009, S. 280-281)

Die prominentesten Fallbeispiele finden sich wohl in der Kategorie vier, die den Aspekt des Sexuellen Übergriffs durch den Therapeuten umfasst. Untersuchungen in diesem Bereich zeigen eine beachtliche Prävalenz von bis zu neun Prozent, mit denen männliche Therapeuten sexuelle Kontakte zu ihren Patienten ausdrücken (Hoffmann et al., 2008).

Übersichten zu den Prävalenzzahlen von Nebenwirkungen geben Strauß et al. (2012) in ihrer Arbeit. Die Autoren betonen dabei, dass die Zahlen zum Auftreten von Nebenwirkungen in der Psychotherapie mit denen der Pharmakologie durchaus Übereinstimmung finden. So resultieren etwa zehn Prozent von psychotherapeutischen Behandlungen in einem negativen Ergebnis. Bei weiteren 15-20 Prozent werden keine signifikanten Verbesserungen der Symptome durch therapeutische Maßnahmen festgestellt (ebd.).

Die Verfügbarkeit von Messinstrumenten zur systematischen Erfassung negativer Effekte der Psychotherapie ist bislang sehr begrenzt (Strauß et al., 2012).

Mit der Entwicklung des INEP, einem Selbstbeurteilungsverfahren zur Prävalenzabbildung von Nebenwirkungen in der Psychotherapie konnten Ladwig et al. (2014) aussagekräftige Ergebnisse herausarbeiten. Die sich einst in Therapie befindenden Patienten nehmen demnach mit einer Prävalenz von 15.80 Prozent negativ veränderte Emotionen und Kognitionen wahr. Als potenzielle Erklärung wird von den Autoren angeführt, dass gerade dieser Bereich der Ansatzpunkt des psychotherapeutischen Eingreifens, und somit auch von besonderer Vulnerabilität für das Auftreten von unerwünschten Veränderungen sei. Zudem nennen sie einen bedenklichen Prozentsatz von 14.90 Prozent, mit dem die Probanden Angaben über das erstmalige Auftauchen von Suizidgedanken in Zusammenhang mit der Therapie machten.

Angestrebt wird besonders die Erweiterung der Forschung, so scheint mangelndes Wissen und Bewusstsein nicht nur im Bereich der Praxis, sondern genauso im Bereich von Ausbildung die Realität zu sein. Vor allem mit Hinblick auf die Prävention von unethischem Verhalten wird eine ausgeweitete Integration der Thematik in verschiedene Ausbildungsbausteine gefordert, sodass von Anfang an ein sensibler Umgang mit, und

ausreichend Aufmerksamkeit für, unerwünschte Effekte in der Psychotherapie entwickelt werden kann (Margraf, 2009).

2.3 Die Wirkung von Psychotherapie und der Therapeutenfaktor

Psychotherapie wirkt! Das belegt die Datenlage zur Wirksamkeitsforschung zweifelsfrei. Aktuelle Studien geben Effektstärken zwischen .88 und 1.25 an (BPtK, 2013). In ihrer bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung zur Versorgungsforschung sprechen Albani, Blaser, Geyer, Schmutzer und Brähler (2010) von einem hohen qualitativen Niveau der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Psychotherapeutische Behandlungen werden demnach von Patienten größtenteils als erfolgreich und zufriedenstellend bewertet. Als besonders effektiv wurde der Einfluss der therapeutischen Maßnahmen auf den Bereich der Stressresistenz sowie der Lebensfreude eingeschätzt (Albani et al., 2010; Albani, Blaser, Geyer, Schmutzer & Brähler, 2011).

Doch was macht eine Therapie erfolgreich? Inzwischen lassen sich zahlreiche empirische Befunde zu Prozessen und Erfolgen in der Psychotherapie finden (Chambless & Ollendick, 2001). Der Forschungsschwerpunkt liegt hierbei auf psychotherapeutischen Verfahren und der technischen Professionalisierung des Therapeuten, aber auch die Beziehungsgestaltung zum Patienten und ihre Komponenten nehmen in der Forschung immer mehr Raum ein (Strauß & Kohl, 2009).

Das große Interesse an der Aufklärung der Varianz im Psychotherapieergebnis lässt zunehmend den Therapeuten als einflussreiche Variable in einem multifaktoriell bedingten Prozess erscheinen. Mittlerweile ist empirisch belegt, dass Therapeuteneffekte existieren (Traber, 2013). Laut aktuellen Untersuchungen kann bis zu ein Viertel des Therapieergebnisses allein auf die Person des Therapeuten zurückgeführt werden (ebd.). So arbeiteten Studien heraus, dass Varianzen im Behandlungsergebnis von Therapeuten besonders bei schwerer gestörten Patienten zu verzeichnen sind (Kim, Wampold, & Bolt, 2006) und die Person des Therapeuten einen signifikanten Einfluss auf die Abbruchrate einer Behandlung hat (Najavits & Weiss, 1994).

Unterschiede zwischen Therapeuten wurden schon früh wahrgenommen. Im Jahr 1974 sprach der renommierte Psychotherapieforscher, D.F. Ricks von einem außergewöhnlich guten Therapeuten. Bezeichnet als *supershrink* erzielte er Therapieergebnisse, die konstant denen anderer Therapeuten überlegen waren. Okiishi, Lambert, Nielsen und Ogles, (2003) konnten in ihrer Studie, die sich mit der Effizienz von Therapeuten befasste, eindeutig bestätigen, dass eine systematische Unterscheidung zwischen besseren und schlechteren

Therapeuten erlaubt ist. Und auch die Untersuchung therapeutischer Wirkprofile von Lambert (2010) präsentierte klinisch hochrelevante Ergebnisse. Hierbei konnten die als am effektivsten klassifizierten, denen als am ineffektivsten klassifizierten Therapeuten mit beachtlichen Behandlungsergebnissen gegenübergestellt werden. So konnte die erst genannte Gruppe durchschnittlich 44 Prozent der Patienten helfen, während letztere bei gerade einmal 28 Prozent eine Symptomverbesserung verzeichnen konnte. Zudem fiel die Rate der Symptomverschlechterung bei der als ineffektiv kategorisierten Therapeutengruppe doppelt so hoch aus wie bei der effektiven Therapeutengruppe. Bisherige Erkenntnisse zur Beantwortung der Frage welche Merkmale es nun sind die einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis haben, sind ausgesprochen ambivalent (Boll-Klatt, Bohlen, & Schmeling-Kludas, 2005).

Schon 1949 wurde in den USA anlässlich einer Ausbildungsveranstaltung eine Auflistung mit erstrebenswerten, als für die Therapie wertvoll erachteten Persönlichkeitseigenschaften von Therapeuten veröffentlicht. Hervorgehoben wurde neben der Reflexionsfähigkeit und dem Interesse an der anderen Person auch die Fähigkeit zur warmherzigen Beziehungsgestaltung des Therapeuten (Raimy, 1950).

Bedeutende Ergebnisse zur Thematik der Therapeutenvariable wurden unter anderem durch Beutler, Machado und Allstedter-Neufeld hervorgebracht. Ihre 1994 entwickelte Schematische Einordnung von Therapeutenvariablen gilt seit je her als eine der anerkanntesten (Kächele, 2006). Für die von Beutler et al. 2004 nach „... allgemeinen Personenmerkmalen ... sowie therapiebezogenen Therapeutenmerkmalen ...“ (zit. nach Willutzki, Reinke-Kappenstein & Hermer, 2013, S. 430) differenzierte Betrachtung der Therapeutenmerkmale existieren inzwischen zahlreiche Studien. Persönlichkeitseigenschaften, Geschlecht oder das Lebensalter des Therapeuten erwiesen sich in aktuellen Studien entgegen früherer Annahmen als wenig relevant für ein erfolgreiches Therapieergebnis (Willutzki et al., 2013). Wenn es um *therapiebezogene Therapeutenmerkmale* geht, so geben Studien Anlass interpersonale Fähigkeiten wie die Fähigkeit wertschätzend zu kommunizieren oder empathisch zu handeln sowie auch den therapeutischen Stil als einflussreich zu betrachten (Eversmann et al., 2011). Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle jedoch, dass die Beiträge zum Behandlungserfolg dieser Merkmale nicht isoliert voneinander, sondern interaktionell zu betrachten sind und sie in Bezug auf die Passung zwischen Patient und Therapeut zu verstehen sind (Boll-Klatt et al., 2005).

2.4 Die Bedeutung der therapeutischen Beziehungsgestaltung

In der Literatur wird die Qualität der therapeutischen Beziehung als gut evaluierte allgemeine Prozessvariable beschrieben. Sie gilt als gesicherte Quelle für Variabilität in therapeutischen Behandlungsergebnissen (Nissen-Lie et al., 2010) und wird durch das hochkomplexe Zusammenwirken unterschiedlichster Komponenten, die sich aus den bereits genannten *Personenmerkmalen* und *therapiebezogenen Merkmalen* zusammenfügen, bestimmt (Willutzki et al., 2013). Therapeuten, die eine ausgeprägte Fähigkeit zur hochwertigen Beziehungsgestaltung aufweisen, verzeichnen signifikant bessere Behandlungsergebnisse als solche deren Beziehungsqualitäten geringer sind (ebd.).

Als empirisch gesichert gilt auch die Erkenntnis, dass die Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung seitens des Patienten einen geeigneteren Prädiktor für das Therapieergebnis repräsentiert als die auf der Seite des Therapeuten. Darüberhinaus scheinen Patient und Therapeut die Qualität der Beziehung oftmals unterschiedlich wahrzunehmen (Nissen-Lie et al., 2010).

Ergebnisse einer Studie von Martin und Garske (2000) weisen darauf hin, dass die zu Beginn der Therapie aufgebaute Beziehung zwischen Patient und Therapeut einen deutlich höheren Einfluss auf das Ergebnis hat als jene die sich im Verlauf der Therapie bildet. Laut Ackerman und Hilsenroth (2001, 2003) wirken sich offenes und respektvolles Verhalten und der Gebrauch von Interventionen die es dem Patienten ermöglichen Emotionen zum Ausdruck zu bringen günstig auf die therapeutische Beziehung aus, während unflexibles und nervöses Verhalten sowie Therapeutenzentriertheit und auch die Preisgabe unangemessener Informationen ihr schadet (ebd.).

Klar ist, das Gestalten sowie auch die Aufrechterhaltung einer wertvollen therapeutischen Beziehung stellen hohe Anforderungen an den Therapeuten dar und setzen therapeutische Fertigkeiten voraus. Therapeuten die in der Lage sind adäquat auf zurückweisendes oder feindseliges Verhalten zu reagieren, können stärkere therapeutische Beziehungen aufbauen (Safren, & Muran, 2000).

2.5 Die Therapeutische Beziehung bei schwierigen Patienten

Interessant ist die Frage danach welche Rolle der therapeutischen Beziehung bei der Behandlung von unterschiedlichen Krankheitsbildern zugesprochen wird. Laut Lammers & Schneider (2009) fällt der Diagnose des Patienten eine große Gewichtung in Bezug auf die Wahl des therapeutischen Vorgehens auf Beziehungsebene zu. So gibt es Erkrankungen wie die Panikstörung, für die sich direktive Intervention bewährt haben und die

Beziehungsgestaltung eine eher zweitrangige Position einnimmt, auf der anderen Seite existieren Störungen die sich vorrangig in Interaktionsschwierigkeiten zeigen wie etwa die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Beziehungsgestaltung den wesentlichen Gegenstand des strategischen Handelns des Therapeuten bildet. Auch Schnell (2014), spricht der therapeutischen Beziehungsgestaltung in Bezug auf die Behandlung einiger Diagnosegruppen eine besondere Rolle zu. So sind es die *schwierigen Patienten*, die laut Autor unter anderem Diagnosekriterien für *Persönlichkeitsstörungen*, *schizophrene Psychosen*, *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen* und *Essstörungen* erfüllen und oftmals erhebliche Störungen in der sozialen Interaktion aufweisen, welchen von therapeutischer Seite mit besonderer Sensibilität und therapeutisch ausgereiften Fähigkeiten auf der Beziehungsebene begegnet werden sollte. So bringt Schnell (2014) es mit Bezug zur Persönlichkeitsstörung folgendermaßen auf den Punkt:

Zudem sind PKS tiefgreifende Störungen der sozialen Interaktion, die sich mit größter Wahrscheinlichkeit auch in der therapeutischen Interaktion manifestieren. Dies verhindert einen reibungslosen Therapieprozess, weshalb sich die Psychotherapie von PKS durch ständige Wechsel der Bearbeitungsebenen (Inhalts- versus Beziehungsebene) auszeichnet. Ohne eine spezifische und planvolle Ausgestaltung der Interaktion im therapeutischen Kontext, also der therapeutischen Beziehung, lässt sich diese Problematik nur schwer behandeln. (S. 2)

Der Autor hebt hervor, dass die Beziehungsgestaltung unabhängig der Konzeption ein kontinuierliches, aktives Handeln erfordert, welches sich vom ersten Kontakt mit dem Patienten bis hin zur letzten Therapiestunde erstreckt. Als besonders aufreibend empfinden Therapeuten dabei die Persönlichkeitsstörung kennzeichnenden Schwankungen in den Bearbeitungsebenen. Es sind aber gerade diese schwierigen Patientengruppen, die einen enorm hohen Bedarf an psychotherapeutischer Hilfe haben und nicht zuletzt dadurch, dass sie ihren Therapeuten erfahrungsgemäß nur selten zu einer höheren Erfolgsstatistik verhelfen von Therapeuten jedoch an das Ende der Warteliste verwiesen werden. So kann angenommen werden, dass sie nicht nur vereinzelt länger als drei Monate auf einen Therapieplatz warten müssen. In Zahlen ausgedrückt, betrifft der Anteil der in Hochschulambulanzen therapierten Persönlichkeitsstörungen gerade einmal sechs Prozent, die Essstörung kommt auf eine Behandlungsquote von vier Prozent und nur ein Prozent der Patienten mit einer Schizophreniediagnose findet hier eine Behandlung. Auf eine sechsprozentige Quote kommt dann noch eine sogenannte *Randgruppe*, in der sich auch die Traumafolgestörungen wiederfinden (Schnell, 2014). Dass die Prävalenzzahlen zu Behandlungen von Störungen

deutliche Unterschiede in Abhängigkeit der Diagnose oder auch des demographischen Hintergrunds eines Patienten aufweisen, bestätigt auch Melchinger (2011). So berichtet er von einer deutlichen Schieflage der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung die sich durch eine Benachteiligung, insbesondere für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie auch für diejenigen die an schweren, chronisch psychischen Störungen leiden, kennzeichnet. Unter anderem sind es die Diagnosen der Schizophrenie, der Persönlichkeitsstörung oder auch der Zwangserkrankungen, die sogar in Regionen, die über eine generell zufriedenstellende psychotherapeutische Versorgung verfügen, derzeit nur zu sehr geringem Anteil bedarfsgerecht behandelt werden. So kritisiert der Autor: „Psychotherapie erreicht Personen die eine vergleichsweise hohe Kompetenz aufweisen, sich Leistungen zu erschließen.“ (S. 37). Der Autor führt das aktuell herrschende Missverhältnis in der Versorgung primär auf die Psychotherapierichtlinien zurück. So beruft er sich auf eine Aussage eines Vorsitzenden der Vertragspsychotherapeuten in Bayern „Psychotherapeuten sind auch gehalten, vor allem Patienten mit gutem Veränderungspotenzialen durch eine Psychotherapie zu behandeln.“ (S. 37), sodass sich hieraus eine indirekte Regelung, mit dem Leitgedanken, dass Psychotherapie nur für Patienten mit leichterer Krankheitslast geeignet ist und schwere Fälle in die Hände von Psychiatern gehören, formt. Melchinger (2011) betont auch, dass man den Therapeuten diese Entwicklungen allerdings nicht vorhalten kann, denn solange das System den Therapeuten, der sich der Herausforderung annimmt Patienten zu behandeln deren Veränderungspotenzial eher niedriger ausfällt, nicht begünstigt, ist es allzu verständlich, dass Therapeuten sich die Patienten aussuchen, die größtmögliche Chancen auf Verbesserung mitbringen und auch einen strukturierten Tagesablauf des Therapeuten nicht bedrohen.

Was die aktuellen Psychotherapie-Richtlinien anbelangt, so erlauben diese zwar seit 2014 die Behandlung schizophrener bzw. affektiver psychotischer Störungen allerdings heißt es in den unter §22 Absatz 3 beschriebenen Ausschlusskriterien:

...ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür bei der Patientin oder dem Patienten die Voraussetzung hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind, oder weil die Eigenart der neurotischen Persönlichkeitsstruktur (gegebenenfalls die Lebensumstände der Patientin oder des Patienten) dem Behandlungserfolg entgegensteht, (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015, S. 15)

Das heißt, ein Gutachter wird und muss einen Antrag eines Therapeuten ablehnen, wenn die entsprechenden Merkmale beim Patienten nicht gegeben sind.

Mit der Schwere der Erkrankung von Patienten in ambulanter Psychotherapie hat sich

auch eine Untersuchung der BPtK (2013) eingehend beschäftigt. Hervorgehoben wird, dass Patienten in Ambulanzen durchaus starke Belastungen vorzuweisen haben und Therapeuten und Psychiater ein vergleichbares Spektrum an Diagnosen in ihrem Arbeitsalltag behandeln. Besonders häufig treffen sie laut der Untersuchung auf depressive Erkrankungen, Angststörungen, Belastungsreaktionen sowie somatoforme Erkrankungen. Unterschiede in der Prävalenz zur Behandlung wurden alleinig für die Diagnosegruppe der Schizophrenie und der alkoholbedingten Störungen gefunden, diese werden in der Regel häufiger durch den Psychiater behandelt.

In Hinblick auf die Lebenszufriedenheit und Gesundheit von Therapeuten sei auch erwähnt, dass eine gewisse Verschränkung zwischen Beruflichem und Privatem unvermeidbar ist (Jaeggi & Reimer, 2008). Verschiedene Störungen gehen mit ganz unterschiedlichen emotionalen Qualitäten einher, mit denen sich Patient und Therapeut auseinandersetzen. So sind Jaeggi und Reimer (2008) der Meinung, dass im Beruf des Psychotherapeuten gerade die therapeutische Beziehung als sehr belastend empfunden werden kann. Verantwortlich dafür sind laut der Autoren unter anderem, folgende Aspekte:

(...)

3. die Konfrontation mit eigenen Erinnerungen und unangenehmen biographischen Details, die durch die Auseinandersetzung mit der Biographie von Patienten ausgelöst werden können, und dadurch auch immer wieder ein Erkennen zumindest partieller Gemeinsamkeiten mit den Patienten und daraus resultierende Affekte;
4. relative wenige Erfolgserlebnisse in der Therapie zumindest im Hinblick auf Heilung sowie daraus resultierende Enttäuschungen und Kränkungen bis hin zu resignativen pessimistischen Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Patienten. (...);

(...)

6. die ‚negative Energie‘, wie Reimer (Reimer et al. 2005) dies metaphorisch ausdrückt, die von manchen Patienten ausstrahlt, kann bedrückend wirken. Es zehrt an der Lebensfreude, wenn man sich allzu sehr mit Depressiven, Borderline-Patienten oder Traumatisierten identifiziert. ... (Jaeggi & Reimer, 2008, S. 94)

Als sehr beschwerlich wird von Therapeuten gerade die Konfrontation mit tiefgreifenden Hassgefühlen sowie mit Affekten der Feindseligkeit wahrgenommen, diese tauchen bei bestimmten Störungen wie beispielsweise bei einigen Persönlichkeitsstörungen, bei Essstörungen, bei Suizidalität oder auch bei Suchterkrankungen vermehrt auf. So sind es

gerade diese Patientengruppen, bei denen sich der Aufbau sowie das Aufrechterhalten einer positiven Patient-Therapeut-Beziehung als schwierig und mühsam erweist (Jaeggi & Reimer, 2008). Therapeuten empfinden diese Patienten mit der Zeit als sehr anstrengend und nervend. Hervorgehoben wird von Jaeggi und Reimer (2008) auch, dass diese Belastungen im Kontakt mit Patienten besonders dann negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Therapeuten haben, wenn diese jenseits der therapeutischen Beziehung keine ausreichend befriedigenden Beziehungen vorzuweisen haben oder selbst aktuell in einer Lebenskrise stecken.

2.6 Therapeutische Kompetenz

Eine wesentliche Dimension des Therapeuteneffekts, die verstärkt in den Fokus von Forschungsinitiativen gerückt wird, repräsentiert die Kompetenz des Psychotherapeuten. Waltz et al. (1993) definieren Kompetenz als "... das Ausmaß, in dem ein Psychotherapeut bei der Umsetzung einer Behandlung relevante Aspekte des therapeutischen Kontextes berücksichtigt und angemessen reagiert." (zit. nach Stangier, 2015, S.193), dabei umfassen Kontextvariablen einerseits Eigenschaften des Patienten, wie zum Beispiel den Grad der Beeinträchtigung oder auch die derzeitigen Lebensumstände sowie andererseits Eigenschaften des Prozesses, wie beispielsweise den Entwicklungsverlauf der Therapie. Ebenfalls eine große Rolle für die Bewertung von Kompetenzen spielen individuelle Behandlungsziele, sodass sich abhängig von dem Maß in dem die Handlungsregeln der verschiedenen Behandlungsverfahren Übereinstimmung finden, „... globale und verfahrensspezifische Kompetenzen ...“ differenzieren lassen (Stangier, 2015, S. 193).

Die populärste *globale Kompetenz* bildet sicherlich das Gestalten einer wertvollen therapeutischen Beziehung, während unter *verfahrensspezifischen Kompetenzen* insbesondere die Fähigkeit des Therapeuten bei seinem Vorgehen den Patientenkontext aufmerksam zu berücksichtigen und Interventionsmethoden hinsichtlich der formulierten Behandlungsziele an individuelle Bedürfnisse anzupassen, verstanden wird.

Stangier (2015) äußert sich in seiner Arbeit zum aktuellen Forschungsstand zur therapeutischen Kompetenz und betont hierbei störungsspezifische Zusammenhänge zwischen Kompetenz und Therapieergebnis. Für die Depression sowie im Rahmen verhaltenstherapeutischer Untersuchungen auch für die Angststörungen, zeigten Studien signifikante Zusammenhänge. Stangier (2015) weist zudem darauf hin, dass dem als Adhärenz bezeichneten Grad der Manualtreue hinsichtlich der aktuellen Studienlage zwar nur wenig Einfluss auf das Therapieergebnis zugesprochen wird, diese jedoch spiegelt im therapeutischen Prozess einen wesentlichen Faktor zur Effizienzbeurteilung wieder, der

gemeinsam mit der Kompetenz des Therapeuten in wechselseitige Interaktion mit Patientenvariablen tritt.

Auch stellt der Autor die Möglichkeit eines diagnosespezifischen Anspruches an therapeutische Kompetenzen vor und hebt so die, zum Beispiel die in der Kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung von Angststörungen, essentielle Anwendung von Verhaltensexperimenten hervor. Stangier (2015) vertritt die Meinung, dass der therapeutischen Informationsverarbeitung mehr Beachtung zukommen sollte. So ist für kompetentes Agieren des Therapeuten die integrierte Betrachtung vom expliziten Wissen und impliziter Verarbeitung notwendig, denn was ein Therapeut wahrnimmt und wie er es bewertet beeinflusst unmittelbar seine Entscheidungen und Handlungen im therapeutischen Prozess und ist Grundlage für eine erfolgreiche Anpassung der Interventionen an den Patienten. Auf den Punkt formuliert er es folglich „Therapeutisch kompetentes Handeln ist weder rein subjektives Reagieren des Therapeuten noch mechanische Anwendung eines Manuals.“ (S. 196). Besonders wichtig erscheint es dem Autor, schon während der psychotherapeutischen Ausbildung das Augenmerk noch verstärkter auf die Fähigkeit des Therapeuten zur Selbstreflexion zu legen. Die erweiterte Erkenntnis über den Einfluss von individuellen Aufmerksamkeits- oder Wahrnehmungsprozessen rund um den Therapeuten sind in Hinblick auf eine Optimierung des Therapieprozesses unumgängliche Ziele, die es in der Psychotherapieforschung zu verwirklichen gilt (Stangier, 2015).

Eine große Herausforderung stellt derzeit noch die Operationalisierung von therapeutischen Kompetenzen dar. Als anerkannt gilt hier das von Strauß und Kohl (2009) in ihrem Überblick zur Thematik der Psychotherapieausbildung beschriebene, um Clara Hill (2009) herausgearbeitete, Dreistufenmodell in dem die Säulen der „... Exploration, Einsicht und Handlung ...“ (zit. nach Strauß und Kohl 2009, S. 419) die verschiedenen Phasen des therapeutischen Prozesses darstellen und die in jeder Phase zu bewältigenden Schritte anhand von gut prüfbareren Skills aufgeführt werden. So soll die Phase eins unter anderem der Beziehungsgestaltung und der Förderung der Motivation des Patienten dienen. Phase zwei stellt das Bearbeiten einzelner Themen in den Vordergrund und Phase drei hat letztendlich die Verhaltensänderung zum Ziel.

Auch die Bundespsychotherapeutenkammer beschäftigte sich mit der Erfassung der therapeutischen Kompetenz und stellte 2009 eine Auflistung von Kernkompetenzen vor. Unterschieden wird nach drei Kompetenzbereichen. Die *fachlich-konzeptionellen Kompetenzen* beschreiben unter anderem die „(...) 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 (...)“ (zit. nach Strauß & Kohl, 2009, S. 420). Die *Personale Kompetenz* beinhaltet beispielsweise die „Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit und Selbstintegration, zur Belastungsregulation und Herstellung emotionaler Stabilität (...)“ (ebd.) und die *Beziehungskompetenz* nennt etwa die „Kommunikations- und Bindungsfähigkeit zur Etablierung, Aufrechterhaltung und Beendigung einer stabilen therapeutischen Beziehung („work alliance“) (...)“ (ebd.).

Ein standardisiertes Instrument zur Abbildung von Therapeutenverhalten stellt die VTKC (Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste) dar, sie ist ein Messinstrument mit klinischer Anwendungsgrundlage. Praxis- und ausbildungsorientiert legt sie den Qualitätsanspruch in der kognitiv- behavioralen Therapie dar und ermöglicht die genaue Erfassung von Qualität sowie Quantität therapeutischer Grundkompetenzen (Linden & Langhoff, 2010). Theoretisch orientiert sich die VTKC am Mehrebenenmodell psychotherapeutischer Kompetenz, welches von Linden et al. (2007) entwickelt wurde und sechs verschiedene Kompetenzebenen differenziert, die neben der Kompetenz des Therapeuten auch die Therapeuten-Compliance erfassen. Sie lassen sich wie folgt darstellen:

1. Beziehungskompetenzen,
2. Kompetenzen in der Anwendung von Basistechniken,
3. Kompetenzen in der Anwendung von störungsspezifischen Techniken,
4. Kompetenzen zur Strukturierung der einzelnen Sitzung,
5. Kompetenzen zur Strukturierung des gesamten therapeutischen Prozesses über viele Stunden hinweg sowie
6. heuristische und theoretische Kompetenzen als Grundlage für das Verständnis der vorliegenden Störung und der Behandlungsansätze. (Linden & Langhoff, 2010, S. 477)

Laut der Autoren ist es das unbedingte Zusammenspiel dieser Ebenen, welche das professionelle Handeln des Therapeuten erlaubt. Die VTKC wird durch den Therapeuten in Form von Selbstauskunft ausgefüllt und stellt folglich sein aktuelles Verhalten den zugrundeliegenden Qualitätsmaßstäben gegenüber. Sie dient somit als wertvolles Schulungselement im Ausbildungskontext und fördert zudem die Selbstüberprüfung. Da Items die individuellen Stärken und Problembereiche eines Therapeuten herauskristallisieren, kann in Supervision und Intervision zur Optimierung des Therapeutenverhaltens präzise auf das jeweilige Kompetenzprofil eingegangen werden (Linden & Langhoff, 2010).

2.7 Therapeutische Kompetenz und die Psychotherapeutenausbildung im Zusammenspiel

Unmittelbar verbunden mit der Thematik der therapeutischen Kompetenz ist die Ausbildungsforschung. Nach Willutzki und Botermans (1997) ist „Das explizite Ziel jeglicher professionellen Ausbildung die Entwicklung von Kompetenz.“ (S. 282). Wenngleich Laireiter und Botermans (2005) den motivierenden Standpunkt vertreten, dass „... Ausbildungsforschung in Mode kommt.“ (S.53), so sind Studien die sich mit der Frage auseinandersetzen wie sich Therapeuten professionell entwickeln, derzeit noch wenig verbreitet (Willutzki & Botermans, 1997). Es liegt auf der Hand, dass dieser Weg vom Novizen zum Experten durch die postgraduale Ausbildung zum Psychotherapeuten gebahnt wird und es bereits hier angezeigt ist nach Determinanten professionellen Handelns und professioneller Entwicklung zu suchen (Willutzki et al., 2013). Der Werdegang zum Experten wird von Orlinsky und Rønnestad (2005) durch die Heranreifung eines optimistischen, realen und gefestigten therapeutischen Selbstbilds charakterisiert.

Laut Skovolt und Rønnestad (1992) erstreckt sich die Entwicklung des Therapeuten über die gesamte berufliche Lebenszeit und kann anhand von acht Stufen beschrieben werden, die sich durch folgenden Ziele der Entwicklung charakterisieren lassen „Imitation der Technik von Experten zu Beginn der Ausbildung, eingeschränkte Autonomie, Erkundungsstufe, Integration, Individuation, Professionelles Selbst.“ (zit. nach Cierpka, Orlinsky, Kächele & Buchheim, 1997, S. 275).

Berufseinsteiger orientieren sich dabei noch stark am Modell. In der weiteren Entwicklung wird dann die eigene Identifizierung immer wichtiger und schließlich kann explizites Wissen mit Erfahrung gekoppelt werden, sodass nach Abschluss der Ausbildung ein authentischer Therapeutenstil heranreifen kann. Das professionelle Selbst repräsentiert dabei eine Identität als Therapeut, die durch ein erfolgreiches Zusammenwirken von persönlicher und professioneller Reifung gestärkt wird (Cierpka et al., 1997). Die Unterstützung der Auszubildenden durch regelmäßige Supervision wird von den Autoren als maßgeblich für die Entwicklung der Reflexionsfähigkeit sowie für die Bewältigung von, sich bei Berufseinsteigern oftmals zeigenden, Angstgefühlen aber auch für eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit der Therapeutenrolle beschrieben.

In Bezug auf die therapeutische Expertise hat das Forschungsthema der Eignung von Ausbildungskandidaten in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen (Nodop und Strauß, 2013).

Gibt es Ausbildungsteilnehmer die für den Beruf des Psychotherapeuten gar nicht erst geeignet sind? Dieser hochrelevanten Frage widmeten sich unter anderem Nodop und Strauß (2013) und stellten sich der Aufgabe Kriterien für eine mangelnde Eignung von Kandidaten auszumachen. In einer großangelegten Studie wurden, in Zusammenhang mit dem Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung die leitenden Personen von Ausbildungseinrichtungen zu verschiedenen Aspekten der Ausbildung sowie ihrer Ausbildungsteilnehmer befragt. Die Ergebnisse aufwendiger Auswertungsbemühungen zeigten, dass rund fünf Prozent der Ausbildungsteilnehmer/Innen in den Instituten von dessen Leitern als nicht geeignet eingestuft werden. So haben im Jahr 2012 laut Autoren immerhin 64 Kandidaten mit mangelnder Eignung die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erfolgreich abgeschlossen.

Folgende Kriterien mangelnder psychotherapeutischer Eignung stellten die Autoren heraus:

1. psychische Störungen,
2. Mängel in der therapeutischen Beziehungsfähigkeit,
3. Mängel in der Selbstreflexion und
4. Empathiemängel. (S. 452)

Hypothetisiert wird von den Autoren, dass Kompetenzeinbußen in einem Bereich durchaus durch Fertigkeiten in anderen Bereichen zu kompensieren seien. Welche Elemente der genannten Kriterien in der Ausbildung erlernbar und förderbar sind, müssen zukünftige Untersuchungen zeigen. Bezüglich der Beantwortung der Frage wer für die Aufdeckung wenig geeigneter Kandidaten zuständig ist, wird insbesondere dem Supervisor eine große Rolle zugesprochen. Laut Autoren nimmt dieser Defizite der Ausbildungsteilnehmer am häufigsten wahr, aber auch die Leitung der Ausbildung erweist sich als aufmerksam für Schwierigkeiten angehender Therapeuten. Dem Leiter der Selbsterfahrung hingegen kommt nur wenig Funktion in der Aufdeckung einer mangelnden Eignung zu. Doch was geschieht nun wenn ein solcher Verdacht besteht? Nodop und Strauß (2013) zeigten, dass die erste Initiative der Institute ein persönliches Gespräch darstellt, indem die beobachtete Problematik angesprochen wird. Konsequenzen dieser Gespräche reichen von Auflagen zur Kompetenzerweiterung bis hin zu einem Behandlungsverbot oder sogar der Beendigung des Ausbildungsverhältnisses. Auch wenn diese Vorkehrungen den APA-Richtlinien nachkommen, so ist fraglich inwieweit sie in der Praxis tatsächlich umgesetzt werden. Zum oftmals umstrittenen Thema des Auswahlverfahrens von Bewerbern konnte in dieser Studie eine große Offenheit der Institutsleiter für persönliche Auswahlgespräche belegt werden. Die

Auswahl alleine auf Basis formaler Kriterien kommt erfreulicherweise kaum in Frage. Laut Autoren ist dennoch eine Neuorientierung dieser Gespräche angezeigt. So sollten personale sowie interpersonale Fertigkeiten der Bewerber im Fokus des Gesprächs stehen. Das bei Medizinstudenten standardmäßig genutzte „... objective structured clinical examination ...“ (S. 453) stellt sicherlich einen Anreiz für Erweiterungsmaßnahmen dar. Die erarbeiteten Kriterien mangelnder Eignung könnten als Fundament, der im Rahmen der Ausbildung als unerlässlich beschriebenen, stetigen Überprüfungen von Fertigkeiten und einer dem Kompetenzprofil des Auszubildenden angepassten Unterstützung dienen (Nodop & Strauß, 2013).

Wie sieht es aber mit der gegenüberliegenden Perspektive aus? Die Sicht von Ausbildungsteilnehmern auf die Ausbildung wird mittlerweile ebenfalls in mehreren Arbeiten beforscht. Ruggaber und Fliegel (2006) berichten über die von der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) ausgesprochenen, meist kritisierten Aspekte der Ausbildung. Deutlich wird dabei, dass es an Verbesserungspotenzial nicht zu mangeln scheint. Allen voran bilden die ökonomischen Herausforderungen welche die Ausbildung mit sich bringt, enormes Diskussionspotenzial. Die individuell ausgehandelten Vergütungsvereinbarungen in der praktischen Tätigkeit und die gehobenen Kosten, die für die Ausbildung anfallen, bilden grundlegende Belastungsfaktoren für nahezu jeden der Auszubildenden (ebd.).

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Anforderungsinhalte. So wird die Zufriedenheit mit der Theorie speziell für die Studienabsolventen eines klinischen Masterstudiengangs in bedeutsamer Weise durch das Vorkommen von Redundanzen eingeschränkt. Auch werden einige Komponenten des Theorieunterrichts als umfänglich zu hoch und fernab eines Praxisbezugs beschrieben. Von hoher Notwendigkeit ist sicherlich auch die Schaffung von Optionen die eine Anerkennung von Vorerfahrungen erlauben (ebd.). Strauß und Kohl (2009) verdeutlichen zudem in ihrer Arbeit, dass sich ein Großteil der Teilnehmer für eine engere Verzahnung von Theorie und Praxis ausspricht.

2.8 Supervision, Intervision und Selbsterfahrung in der Ausbildung und in Bezug auf die therapeutische Kompetenz

Wenn es um Ausbildungsforschung in der Psychotherapie geht, dann sind es Maßnahmen der Supervision, Intervision und Selbsterfahrung, die hier seit vielen Jahren einen hohen Stellenwert haben. Sie stellen unerlässliche Grundbausteine für professionelles psychotherapeutisches Handeln dar und repräsentieren Werkzeuge zum Erwerb von Kompetenz und Expertise. Dies betrifft nicht nur den Ausbildungsrahmen sondern ist ebenso essentiell wenn es um berufsbegleitende Weiterbildung geht (Willutzki & Botermans, 1997;

Jacobi, Poldrack & Hoyer, 2001). So soll die Supervision laut Willutzki und Botermans, (1997):

... es ermöglichen, die theoretisch bekannten Idealmodelle in aktuelle, anregende und effektive Interventionen zu übersetzen. Die anspruchsvolle Aufgabe, therapeutische Techniken und Operationen konkret und zum eigenen Stil passend umzusetzen, versuchen entwicklungsorientierte Modelle der Supervision als Phasen der beruflichen Entwicklung zu konkretisieren. (S. 283)

In der, in Form von kollegialem Austausch stattfindenden Intervision sollen schwierige Umstände in der Therapie unter gleichberechtigten Teilnehmern besprochen und Lösungsansätze herausgearbeitet werden (Dick & Wasian, 2011), sodass insbesondere die Reflexion der therapeutischen Rolle sowie auch die Beratungsfertigkeiten gefördert werden (Tietze 2003).

Die Selbsterfahrung war schon von Freud ein wertgeschätztes Instrument, das bei der Entwicklung therapeutischer Fertigkeiten unterstützend wirkt. Sie dient der Psychohygiene, fördert die Empathiefähigkeit und Selbstreflexion und soll somit dem Therapeuten das Wahre seiner Kompetenz in diversen Therapieumständen ermöglichen (Laireiter, 2008).

Wie diese Maßnahmen allerdings die Qualität psychotherapeutischen Handelns beeinflussen ist eine noch ungeklärte Frage. Was die Supervisionsforschung anbelangt wird zwar seit Jahrzehnten die unanfechtbare Rolle der klinischen Supervision in Hinblick auf den Erwerb grundlegender therapeutischer Fertigkeiten betont, interessanterweise ist jedoch der Anteil von Arbeiten in denen die Beziehung von Supervision und Therapieergebnis fokussiert wird oder die Effekte von Supervision auf den Supervisanden untersucht werden ziemlich gering (Strauß, Wheeler & Nodop, 2010; Spence, Wilson, Kavanagh, Strong & Worrall, 2001). Als das am stärksten empirisch gesicherte Untersuchungsergebnis lässt sich ihre günstige Wirkung auf die, in engem Bezug zur Beziehungsgestaltung und damit zum Behandlungsergebnis stehenden, interpersonellen Fähigkeiten des Psychotherapeuten nennen (Lambert & Ogles, 1997; Auckenthaler, 1999). Willutzki, Tönnies und Meyer (2005) sehen die Stärke der Supervision darin, dass sie die Voraussetzung für eine ressourcenorientierte Arbeitsweise schafft. Whittaker (2004) konnte zeigen, dass durch Supervision das Gefühl der Selbsteffizienz gesteigert werden kann, allerdings waren die Ergebnisse in Bezug auf die Reduktion von Angst sehr ambivalent, wobei laut Autor die Art der angewandten Supervision eine bedeutende Rolle einnimmt. Freitas (2002) untersuchte in einer Übersichtsarbeit inwieweit die klinische Supervision zu einer Steigerung des Behandlungsergebnisses führt, kam aber zu keinem klaren Ergebnis und Steinhelber, Patterson, Cliff und LeGoullon (1984)

wiesen darauf hin, dass sich durch die Fallsupervision keine signifikante Symptomverbesserung beim Patienten feststellen lässt. Problematisch gesehen wird unter anderem, dass ein Großteil von Studien, die sich schon vor vielen Jahren mit der klinischen Supervision auseinandergesetzt haben und signifikante Ergebnisse in Bezug auf ihre Effektivität präsentierten, in aktuellen Reviews durch methodische Mängel auffallen (Strauß et al., 2010).

Bislang wurde die Intervision in Forschungsbemühungen noch nicht in Beziehung zum Behandlungserfolg gestellt. In vielen Arbeiten wird die Intervision hierbei nicht isoliert von, sondern mit der Supervision zusammengefasst, als ein qualitätssichernder Faktor betrachtet (Jacobi et al., 2001). Eine Studie von Ochs et al. (2012) setzte ihren Forschungsschwerpunkt auf Praktiken und Erleben dieser beiden Maßnahmen und konnte dabei zeigen, dass Teilnehmer unter anderem in Bereichen „... Therapiebezogene Unterstützung/Reflexion/Problembewältigung und Kollegialer Austausch/Kontakt ...“ (S. 219) den größten Profit durch Supervision und Intervision empfinden, sie zudem für die Bewältigung von diversen Schwierigkeiten in der Therapie eine bedeutende Rolle spielen und auch unter dem Aspekt der Psychohygiene von den Teilnehmern als sehr wertvoll beurteilt werden. Medau, Jox, Dittmann & Reiter-Theil (2012) zeigten die Relevanz von Supervision und Intervision für den Umgang mit Therapeutenfehlern auf. So scheinen diese Instrumente mit Blick auf den offenen Umgang mit Fehlern und ihrer Reflexion besonders geeignet zu sein. Auch wenn bisherige Forschungsergebnisse zwar keine direkte Beziehung von Intervision zur therapeutischen Kompetenz herstellen können, so kann aber angenommen werden, dass sie nicht zuletzt durch die immer wieder betonte Nähe zur und teilweise unscharfe Abgrenzung von der Supervision (Rimmasch, 2003) ebenfalls mit der Förderung interpersoneller Fähigkeiten in Beziehung zu bringen ist. So bringt Tietze (2003) die ihr zugesprochene Wirkung auf die Reflexionsfähigkeit des Therapeuten mit therapeutischer Expertise und Ausreifung der Persönlichkeit in Beziehung.

Die Selbsterfahrung begegnet ebenfalls dem Problem, dass empirisch fundierte Erkenntnisse zu ihrem Einfluss auf Therapieverlauf- und Ergebnis kaum existieren (Laireiter, 2009). So betont Lieb (1998) das bisher in keiner Untersuchung eine Beziehung zwischen Selbsterfahrung und dem Behandlungserfolg festgestellt werden konnte.

In Hinblick auf therapeutische Kompetenzen wird sie in der Ausbildung als Fundament für die therapeutische Selbstentfaltung verstanden. So heben Kämmerer, Kapp & Rehahn-Sommer (2011) hervor:

Die Selbsterfahrung ist der Ort, in dem die Persönlichkeit der angehenden

Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Zentrum der Reflexion steht; sie bietet die Möglichkeit zur Selbsterkundung im Kontakt mit anderen, die in der gleichen Lebensphase sind und das gleiche Ziel vor Augen haben. (S. 148)

Betont werden soll an dieser Stelle auch die zwischenmenschliche Komponente der Therapie. Die Psychotherapie jeweils dem multifaktoriellen Gefüge an Variablen eines Patienten anzupassen, entspricht laut Lieb (2009) den alltäglichen Aufgaben eines Therapeuten. Ein ausreichendes Repertoire an Coping-Strategien zur Bewältigung von Krisen oder dem Umgang mit Frustrationen soll die Selbsterfahrung sicherstellen (ebd.).

Ein wesentliches Problem ist, dass vor allem im Ausbildungskontext der Zusammenhang von Selbsterfahrung und Behandlungsergebnis nur schwer isoliert betrachtet werden kann, sondern immer durch das Zusammenwirken diverser Ausbildungselemente bedingt ist. Aus diesem Grund sollte die Selbsterfahrung im Kontext der therapeutischen Selbst- und Persönlichkeitsentwicklung betrachtet werden (Kämmerer et al., 2011). So befasste sich Greve (2007) speziell mit den für das Verrichten therapeutischer Tätigkeiten erforderlichen Komponenten der Persönlichkeit und belegte in ihrer Studie, dass die Selbsterfahrung selbstwertsteigernd wirkt, Angst- und Stressempfinden reduziert und auch den emotionalen Zustand des Therapeuten günstig beeinflusst und zu einer erhöhten Selbsterkenntnis führt. In diesem Kontext von Bedeutung sind auch die Ergebnisse einer Studie von Willutzki und Botermans (1997). Sie konnten zeigen, dass das im Ausbildungsrahmen als essentielles Zwischenziel definierte Vertrauen in die therapeutische Kompetenz von der Selbsterfahrung nachweislich profitiert. Laut Kämmerer et al. (2011) kommt der, aus der Selbsterfahrung resultierenden persönlichen Entwicklung des Therapeuten ein Höchstmaß an Bedeutung in Bezug auf eine empathische Beziehungsgestaltung zu. Hier sehen die Autoren einen unmittelbaren Zusammenhang zu dem Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer, das sich der Abbildung therapeutischer Kernkompetenzen angenommen hat und die Fähigkeit zur wertvollen Beziehungsgestaltung genauso hervorhebt wie die Weiterentwicklung auf persönlicher Ebene. Laut Autoren fördert die Selbsterfahrung nicht nur das Bewusstsein über eigene Stärken und Schwächen sondern auch die für das Entstehen einer therapeutischen Beziehung essentielle Fähigkeit, Hoffnung im Gegenüber zu wecken, sodass sie mit der Qualität der therapeutischen Arbeit durchaus eng verbunden ist (ebd.).

2.9 Entwicklung und Subjektivität des Therapeuten

Die therapeutische Arbeit ist eine sehr personengebundene Tätigkeit, die unabhängig

von der therapeutischen Orientierung anspruchsvolle Erfahrungen mit sich bringt (Hayes, 2004). Täglich werden Therapeuten durch den Patienten mit einer Fülle an emotionalen Qualitäten konfrontiert, welche dann im therapeutischen Prozess Bearbeitungszugang finden. Für eine gesunde Verarbeitung dieser berufsspezifischen Belastungen sind sicherlich ausreichende professionelle und personale Ressourcen vorausgesetzt (Reimer, 1997). Mit einer empirisch fundierten Berechtigung kann davon ausgegangen werden, dass die Fähigkeit mit schwierigen Situationen angemessen umzugehen sowohl für die Effektivität als auch für das Wohlbefinden des Therapeuten von Wichtigkeit ist (Hayes, 2004).

Das wachsende Interesse der Wirksamkeitsforschung an der Therapeutenperson ebnet auch der Erforschung der Entwicklung sowie der Subjektivität des Therapeuten den Weg. Große Aufmerksamkeit widmet diesem Thema eine international forschende Arbeitsgruppe aus den USA, das „Collaborative Research Network“ (STR), welche von David Orlinsky erfolgreich etabliert wurde und einschlägige Ergebnisse präsentiert. Die noch andauernde Studie konnte seit 1990 weltweit schon mehr als 10.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit dem Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ) befragen. Dieser Fragebogen erfasst ein breites Spektrum an, den Alltag psychotherapeutischer Praxis kennzeichnenden Informationen und dient der Abbildung von beruflichen und subjektiven Erfahrungen der Therapeuten mit dem Anspruch, die der therapeutischen Tätigkeit sowie der therapeutischen Entwicklung zugrundeliegenden Prozesse aus Therapeutensicht zu beforschen.

Rønnestad & Orlinsky (2006) kristallisierten dabei zwei konträre Dimensionen zur Typologie von Psychotherapeuten heraus, die sich bezeichnet als *Healing Involvement (HI)* und *Stressful Involvement (SI)* gegenüberstehen. Diese bilden sich jeweils aus einigen Subskalen, die nach deutscher Übersetzung das *Heilende* und das *Aufreibende Engagement* der therapeutischen Arbeitserfahrung repräsentieren (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Das *HI* impliziert „... die derzeitige Kompetenz, nur minimale Schwierigkeiten, konstruktive Coping-Strategien, genuines persönliches Engagement in affirmativen rezeptiven Beziehungen zu den Patienten, die Flow-Erfahrung in der Sitzung und ein allgemeines Gefühl von therapeutischer Effektivität.“ (Rønnestad & Orlinsky, 2006, S. 272), während das *SI* das Erleben von Emotionen der Angst und Langeweile während der therapeutischen Tätigkeit sowie ein hohes Maß an empfundenen Problemen abbildet (Rønnestad & Orlinsky, 2006; Willutzki et al., 2013).

Die Ergebnisse dieser Forschungsbemühungen konnten zeigen, dass für circa 75 Prozent aller befragten Psychotherapeuten, hohes *Heilendes Engagement* in der Arbeit erlebt

wird.

Rund 17 Prozent empfinden sich in ihrer Arbeit als wenig hilfreich und empfinden weder *Heilendes* noch *Aufreibendes Engagement* und bei sogar zehn Prozent werden deutliche Belastungen im Sinne des *Aufreibenden Engagements* empfunden. Das Alter des Therapeuten scheint für sein Effektivitätsempfinden eine Rolle zu spielen. Ältere Therapeuten berichten über mehr Effektivitätsempfinden während der therapeutischen Arbeit als jüngere. Auch betrachteten Rønnestad und Orlinsky (2006) den Aspekt der beruflichen Erfahrung in diesem Kontext als forschungswürdig. Vorangehende Studien, die die Beziehung der therapeutischen Erfahrung und dem Behandlungserfolg untersuchten, gaben stark variierende Effektstärken von $-.19$ bis $.48$ an (Willutzki et al., 2013). Dieser Zusammenhang wird in der Literatur in erster Linie mit der Überlegenheit erfahrener Therapeuten im Bereich der Empathiefähigkeit begründet (Mullen & Abeles, 1971). Kolden, Klein, Wang und Austin (2011) fanden heraus, dass routinierte Therapeuten, von der Selbstöffnung durchaus Gebrauch machen dürfen und sich dies sogar günstig auf das Behandlungsergebnis auswirkt. Einen wesentlichen Kritikpunkt bei einem Großteil der existierenden Studien stellt laut Lambert und Ogles (2004) allerdings die Stichprobe selbst dar. So heben sie hervor, dass primär Berufsanfänger denen die wenig Erfahrung haben gegenübergestellt werden.

Rønnestad und Orlinsky (2006) schenken speziell der Bedeutung beruflicher Erfahrung für das Erleben der therapeutischen Arbeit Aufmerksamkeit und zeigten, dass das *Aufreibende Engagement* von denen, die gerade in den Therapeutischen Beruf eingestiegenen sind, in höherem Maße empfunden wird, als von denen die schon länger in dem Beruf tätig sind. Andersherum steigt das Empfinden von *Heilendem Engagement* mit der Zunahme an beruflicher Erfahrung an. Als Begründung wird von den Autoren besonders die fachliche Weiterentwicklung auf der Seite des Therapeuten angeführt, so sind es gerade die therapeutischen Fertigkeiten für die zu Beginn der Ausbildung starker Zuwachs verzeichnet wird. Bereits etablierte Psychotherapeuten berichten über deutlich geringere Entwicklung der therapeutischen Techniken. Nicht zu vergessen ist aber der Aspekt, dass die Therapeuten die große Arbeitsbelastungen empfanden sich womöglich aus der klinischen Praxis zurückgezogen haben. In Bezug auf diese Befunde, hebt der Forschungsverbund speziell den Bedarf von Supervisionsmaßnahmen und ausreichender Hilfestellung bei Berufseinsteigern hervor (ebd.).

Die Berufliche Entwicklung wurde in dieser Studie ebenfalls durch zwei unabhängige Dimensionen dargestellt. *Das aktuell erlebte Wachstum* repräsentiert laut Autoren „... ein Gefühl von aktiver Veränderung und Verbesserung, ein sich vertiefendes Verständnis des

therapeutischen Prozesses, verbesserte Fertigkeiten, Begeisterung für die Praxis und das Gefühl, frühere eigene Grenzen als Therapeut zu überwinden.“ (Rønnestad & Orlinsky, 2006, S. 273). Die *aktuell erlebte Erschöpfung* reflektiert andererseits „... ein Gefühl von schwindenden Kompetenzen, die Abnahme von empathischer Empfänglichkeit für Patienten, die immer mehr bloß formale Abwicklung der Praxis und wachsende Zweifel über die Effektivität von Therapie.“ (Rønnestad & Orlinsky, 2006, S. 273). Die Ergebnisse zur Untersuchung dieser Dimensionen in Zusammenhang mit denen der therapeutischen Arbeitserfahrung weisen darauf hin, das *aktuell erlebtes Wachstum* in engem Zusammenhang mit dem genannten *Healing Involvement* steht und sich die *aktuell erlebte Erschöpfung*, durch das Empfinden von *Aufreibenden Engagements* begründen lässt. Die Autoren betonen, dass das Entwicklungsempfinden eng an die therapeutischen Erfahrungen gekoppelt ist. Mit der Entwicklung sinkt das empfinden von beruflicher Belastung. Etwa 20 Prozent der Berufseinsteiger und nur sechs bis sieben Prozent der routinierten Therapeuten empfanden *aktuelle Erschöpfung* (Orlinsky & Rønnestad, 2005). So heben Rønnestad und Orlinsky (2006) hervor, dass:

Kumulative berufliche Entwicklung korrelierte nur schwach mit den in klinischer Praxis verbrachten Jahren, jedoch stärker mit der Breite und der Tiefe der Fallerfahrung des Therapeuten über verschiedene Behandlungsmodalitäten hinweg. Daran zeigt sich, dass, was man tut und lernt, stärker mit der beruflichen Entwicklung als mit der bloßen Dauer des Dienstes zusammenhängt. (S.273)

Herausgearbeitet wurde auch, dass kontinuierliche Entwicklungserfahrungen die Belastungen, die als *Aufreibendes Engagement* in der therapeutischen Arbeit empfunden werden, in gewissem Maße kompensieren können und es gerade die Therapeuten mit wenig Erfahrung sind, die als besonders vulnerabel einzustufen sind (Rønnestad & Orlinsky, 2006).

Was die Effektivität entwicklungsfördernder Maßnahmen und Komponenten angeht, so steht aus Therapeutensicht der Kontakt zum Patienten noch vor der Supervision und der Intervision. Individuelle Lebenserfahrungen und theoretische Einheiten im Rahmen der Ausbildung werden zwar nicht als irrelevant aber als deutlich weniger einflussreich bewertet (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

In Bezug auf die Praxis heben Rønnestad und Orlinsky (2006) eindrucksvoll die Bedeutung des „... reziproke[n] Einflusses zwischen der Arbeitsmoral des Klinikers und seinem Erleben der therapeutischen Arbeit.“ (S. 274) hervor und stellen dabei die Notwendigkeit der stetigen Reflexion des eigenen Arbeitsengagements und der therapeutischen Entwicklung heraus. Eine gesunde Arbeitsmoral ist zum einen ein Resultat

des Empfindens von *Heilendem Engagement* ebenso ist sie aber auch ein Element von diesem. Laut Rønnestad und Orlinsky (2006) wird professionelle Entwicklung primär durch die klinische Supervision sowie die Selbsterfahrung angekurbelt und gefördert. Diese beiden Instrumente regen nachhaltig zur professionellen und persönlichen Entfaltung an und dienen der Förderung von Reflexionsfähigkeit.

Mit Referenz zur psychotherapeutischen Ausbildung geben Orlinsky und Rønnestad (2005) eine Auflistung von Aspekten um dem Empfinden *Erschöpfenden Engagements* vorzubeugen:

- sorgfältige Patientenauswahl für die Ausbildungsteilnehmer, um zu vermeiden, dass zu viele schwierige Patienten gleichzeitig behandelt werden müssen;
- ausgiebige und unterstützende Supervision;
- weitere unterstützende Intervision;
- hoher Praxisanteil in der Ausbildung;
- Kennenlernen von verschiedenen therapeutischen Richtungen Fällen und Modalitäten (Einzel-, [sic]Gruppen-, Paar-Setting);
- kontinuierliche Überprüfung der eigenen Entwicklung, um rechtzeitig problematischen Entwicklungen entgegensteuern zu können. (zit. nach Strauß & Kohl, 2009, S. 423)

In Anlehnung an die von Rønnestad und Orlinsky (2006) präsentierten Ergebnisse führten Denhag & Ybrandt (2013) eine Studie zur Entwicklung sich in der Ausbildung befindender Therapeuten durch und fokussierten dabei speziell den Einfluss von Supervision auf die von Rønnestad und Orlinsky (2006) eingeführten Dimensionen therapeutischer Erfahrung. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Teilnehmer während der Ausbildung am stärksten im Bereich therapeutischer Fertigkeiten profitieren, der Nutzen für die Beziehungskompetenzen von den Therapeuten allerdings als deutlich geringer beschrieben wird. So geben Auszubildende an, dass sie unter regelmäßiger Supervision einen Zuwachs für die therapeutische Erfahrung des *Healing Involvements*, sowie eine Abnahme des *Stressful Involvements* empfinden. Auch wirkt sich die Supervision nach Angaben der Auszubildenden günstig auf therapeutische Fertigkeiten aus. Nach Abschluss der Supervisionseinheiten waren die Teilnehmer unterstützender in der Therapie und verwendeten konstruktivere Coping-Strategien bei aufkommenden Schwierigkeiten, sie fühlten sich selbstsicherer und empfanden mehr Effizienz im Patientenumgang. Betont wird von den Autoren außerdem, dass mehr Therapeuten in Bezug auf die *Healing Involvement* Variablen profitierten als in Bezug auf die

Stressful Involvement Variablen. Es scheint also leichter das *Healing Involvement* zu verbessern als das *Stressful Involvement* zu verringern. So lag auch der Prozentsatz von Auszubildenden, die ungünstige Veränderungen in Subbereichen des *Stressful Involvements* wie wahrgenommene Schwierigkeiten oder Gefühle von Angst und Langeweile in der Therapie empfanden, signifikant über dem für negative Veränderungen in einigen Subbereichen des *Healing Involvements*. Diesen Befund brachten die Autoren mit dem von Orlinsky und Rønnestad (2005) klinisch hochrelevanten Ergebnis, dass unerfahrene und etablierte Therapeuten das gleiche Maß an Vermeidungsstrategien verwenden, in Verbindung. Laut Autoren stehen diese Subskalen in engerer Beziehung zu der Persönlichkeit des Therapeuten und zu seinen Lebenserfahrungen als zu seinem beruflichen Werdegang.

Auch Zeeck et al. (2012) setzten sich mit der Thematik der therapeutischen Entwicklung auseinander. Die Autoren befassten sich speziell mit der Suche nach Prädiktoren für die von Rønnestad und Orlinsky (2006) eingeführte Therapeutische Erfahrung des *Stressful Involvement*. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das *Stressful Involvement* in engem Zusammenhang mit negativen Emotionen des Therapeuten außerhalb der Behandlung steht. So sind es insbesondere Gefühle von Entmutigung und Frustration, die als alarmierend gesehen werden sollten und insbesondere bei Therapeuten, die über ein tendenziell niedriges Selbstbewusstsein verfügen und in sozialen Beziehungen dazu neigen, vermeidend und nachtragend zu reagieren, kritischer Reflektion würdig sind. Wie auch schon Rønnestad und Orlinsky (2006) pointieren die Autoren die Dringlichkeit von Supervision und Selbstwahrnehmungsförderung für den Therapeuten. Hervorgehoben wird die Notwendigkeit von Forschungsbemühungen die sich noch näher mit der Frage auseinandersetzen ob die Supervision und die Selbsterfahrung das Empfinden von *Stressful Involvement* in der Therapie reduzieren können. Hochinteressant ist in dieser Studie zudem der Befund, dass die Schwere der Erkrankung des Patienten nicht mit dem *Stressful Involvement* des Therapeuten in Verbindung gebracht werden konnte, sodass die Autoren die Frage eröffnen ob das Stressempfinden des Therapeuten mehr mit ihm selbst als mit seinen Patienten zu tun hat (Zeeck et al., 2012).

Für ein geschärftes Bewusstsein der Subjektivität des Therapeuten plädieren auch Nissen-Lie et al. (2013). Sie zeigten, dass ein beachtlicher Teil des Therapieergebnisses, insbesondere wenn es um die Verbesserung von zwischenmenschlichen Problemen und psychosozialen Befinden des Patienten geht, auf die Person des Therapeuten zurückgeführt werden kann und dabei das subjektive Erleben des Therapeuten unabhängig der angewandten Behandlungsmethode Einfluss auf die Entwicklung des Patienten nimmt. Diese Ergebnisse

fordern den Therapeuten auf, seine kommunikativen Fähigkeiten und seinen Beziehungsstil im Blick zu haben und heben besonders die Relevanz der therapeutischen Selbsteinschätzung hervor. So scheinen fachliche Selbstzweifel des Therapeuten einen positiven Einfluss auf die Entwicklung von Patienten zu haben. Eine mögliche Erklärung der Autoren umfasst die Bereitschaft zur selbstkritischen Evaluation welche den Therapeuten wiederum sensibler und einfühlsamer für seine Patienten sein lässt. Zudem wird angenommen, dass eine selbstkritische Einstellung des Therapeuten die Allianzbildung fördert, da Schwierigkeiten in der Patient-Therapeut-Beziehung so mehr unter dem Aspekt der gemeinsamen Verantwortung betrachtet werden, als auf die bloße Pathologie des Patienten zurückgeführt zu werden. Auf der anderen Seite scheint sich eine hohe Selbsteinschätzung von Beziehungsfertigkeiten des Therapeuten negativ auf die Entwicklung des Patienten auszuwirken. Der vorrangige Erklärungsansatz von Nissen-Lie et al. (2013) kreist um die von Balint 1968 in seinem Buch *The Basic Fault* ausgeführten Gedanken, dass „... when therapists' behavior and technique are suggestive of too much capability to the extent of omnipotence, the patient will feel like a very imperfect child next to a very perfect parent.“ (zit. nach Nissen-Lie et al., 2013, S.15). Laut Autoren spiegelt die Fähigkeit zur Selbstkritik ein essentielles Element zur professionellen Reifung und Weiterentwicklung wider, welches es zukünftig durch Supervision und Fortbildungsmöglichkeiten zu fördern gilt.

3 Die gegenwärtige Studie

Die Frage danach ob Psychotherapie wirkt, konnte die Psychotherapieforschung in ihrer Geschichte anhand zahlreicher empirischer Arbeiten eindrucksvoll bejahen (Margraf, 2009). Vor dem Hintergrund, dass auch die Psychotherapie nicht frei von Nebenwirkungen zu sein scheint, kreist die nun zu bewältigende Aufgabe um die Identifizierung der einer erfolgreichen Behandlung zugrundeliegenden Prädiktoren. So gibt der aktuelle Forschungsstand Anlass zur Annahme, dass es nicht das einst angenommene adäquate technische Vorgehen des Psychotherapeuten, sondern vielmehr die von ihm gestaltet Beziehungsqualität zu sein scheint, die zur Erklärung der Variabilität von Therapieerfolgen herangezogen werden kann. Von Orlinsky et al. (1994) wird diese sogar als der am besten geeignete Prädiktor des Behandlungsergebnisses deklariert (Willutzki et al., 2013). Naheliegend ist die Verknüpfung, der in der psychotherapeutischen Ausbildung seit Jahren fest verankerten, der Qualitätssicherung dienenden Maßnahmen der Supervision, Intervision und Selbsterfahrung und den der therapeutischen Beziehung obliegenden interpersonellen Fähigkeiten des Therapeuten. Ein akzeptierender, empathischer und warmherziger Beziehungsstil erleichtert nachweislich die therapeutische Allianz (Ackerman & Hilsenroth, 2001, 2003). Dass die Supervision sich positiv auf die interpersonellen Fähigkeiten des Therapeuten auswirkt, zeigen unter anderem Lambert und Ogles (1997) in ihrer Studie und auch der Zusammenhang der Selbsterfahrung mit einer Verbesserung der Fähigkeit zur Allianzbildung ist empirisch gesichert (Willutzki und Botermans, 1997). Tietze (2003) sieht in der Förderung der Reflexionsfähigkeit einen gemeinsamen Schwerpunkt dieser drei, der Vermittlung therapeutischer Fertigkeiten dienenden Instrumente. Die Selbstreflexion ist es auch die von Nodop und Strauß (2013) als „... Kernvariable im therapeutischen Prozess und für die therapeutische Allianz angesehen wird ...“ (S. 452) und eines der von ihnen erarbeiteten Kriterien zur psychotherapeutischen Eignung repräsentiert. Bei den derzeit vorliegenden Studien rund um einzelne Ausbildungsbestandteile wird jedoch auch immer wieder betont, dass sich die Empirie noch reichlich schwer tut, Untersuchungen dieser Instrumente auch auf die Praxis zu beziehen. So betonen Strauß et al. (2010) in ihrem Überblick zum aktuellen Forschungsstand der klinischen Supervision, dass „Untersuchungen zur Realität der Supervisionspraxis, während und nach der Ausbildung sind noch relativ selten.“ (S. 456) und auch Ochs et al. (2012) heben in ihrem Beitrag nicht nur den hohen Stellenwert von Supervision und Intervision zur Sicherung der Behandlungsgüte hervor, sondern kritisieren auch den Mangel an Erkenntnissen über diese.

Forschungstendenzen zur Thematik, der seit einigen Jahren vermehrt fokussierten und von unzähligen Schwierigkeiten zur Operationalisierung geprägten Kompetenz des Therapeuten, lassen deutlich werden, dass eine erfolgreiche Entwicklung vom Novizen zum Experten von der Reifung des interpersonellen Funktionsniveaus nicht zu trennen ist. Stangier (2015) vertritt die Meinung, dass der therapeutischen Informationsverarbeitung mehr Beachtung zukommen sollte, da kompetentes Agieren des Therapeuten der integrierten Betrachtung von explizitem Wissen und impliziter Verarbeitung bedarf. Erkenntnisse wie diese führen unweigerlich dazu, dass die Person des Therapeuten immer mehr in den Forschungsmittelpunkt rückt. So beschäftigte sich die um David Orlinsky arbeitende Forschungsgruppe eingehend mit dem Thema beruflicher Erfahrungen sowie Kompetenzentwicklungen von Therapeuten und konnte nicht nur eindrucksvoll zeigen, dass das Arbeitserleben von Therapeuten durch die beiden Dimensionen *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* erfasst werden kann, sondern stellte dabei auch den klinisch hochrelevanten Zusammenhang zur therapeutischen Entwicklung heraus. Mit der Betonung des Stellenwerts der regelmäßigen Reflexion des therapeutischen Handelns und dem bedeutungsvollen Appell gerade jungen Therapeuten genügend Unterstützung in Form von Supervision und persönlicher Psychotherapie zu ermöglichen, initiierten sie eine Welle nachfolgender Forschungsarbeiten die sich dem Thema der Qualitätssicherung in der Psychotherapie annahmen.

Vor diesem Hintergrund bearbeitet die vorliegende Masterarbeit eine Teilfragestellung eines Forschungsprojekts der MSH in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Hierbei wird u.a. die Bedeutung von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung hinsichtlich diverser Aspekte psychotherapeutischer (Weiter-)Entwicklung beforcht.

Mit besonderer Referenz zu der um David Orlinsky arbeitenden Forschungsgruppe und dem genannten Bedarf nach weiterer Forschung insbesondere zur Versorgungspraxis qualitätssichernder Instrumente, soll in der Studie zum einen untersucht werden wie sich subjektiv wahrgenommene Kompetenzdefizite von Therapeuten sowie ihre Erfahrung in der psychotherapeutischen Tätigkeit auf die *Healing Involvement* und die *Stressful Involvement* Skalen nach Orlinsky und Rønnestad (2005, 2010) auswirken. Zum anderen soll die Beziehung zwischen therapeutischen Kompetenzdefiziten und der Inanspruchnahme qualitätssichernder Maßnahmen examiniert und auch ein erster Versuch zur Abbildung von Störungsspektren nach Kompetenzdefiziten unternommen werden.

Folgende Hypothesen werden somit untersucht:

1. Die Kompetenzdefizite der Therapeuten gruppieren sich nach Störungsspektren.
2. Es gibt eine negative Korrelation zwischen den Kompetenzdefiziten von Therapeuten und den vorrangig behandelten Patienten der Therapeuten.
3. Die Korrelation zwischen den Kompetenzdefiziten der Therapeuten und der Erfahrung bezüglich der psychotherapeutischen Tätigkeit ist negativ.
4. Die psychotherapeutische Erfahrung der Therapeuten korreliert positiv mit dem Healing Involvement nach Orlinsky und Ronnestad (2005, 2010).
5. Therapeuten, die angeben häufig Kompetenzdefizite zu haben, nehmen mehr Supervision, Intervision und Selbsterfahrung in Anspruch als solche, die angeben weniger Kompetenzdefizite zu haben.
6. Es gibt eine positive Korrelation zwischen den Kompetenzdefiziten der Therapeuten und dem Stressful Involvement nach Orlinsky und Ronnestad (2005, 2010).
7. Die Korrelation zwischen den Kompetenzdefiziten der Therapeuten und dem Healing Involvement nach Orlinsky und Ronnestad (2005, 2010) ist negativ.

4 Methode

4.1 Studiendesign und Stichprobe

Die Datenerhebung erfolgte durch die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK). An der Studie nahmen ausschließlich approbierte Psychotherapeuten/Innen teil, die als Kammermitglieder am psychotherapeutischen Versorgungssystem Baden-Württembergs beteiligt sind. Die Mitglieder sind im niedergelassenen mit und ohne KV-Zulassung sowie im institutionellen Bereich psychotherapeutisch tätig. Sie sind approbiert im verhaltenstherapeutischen, im tiefenpsychologisch fundierten und im analytischen Verfahren.

Ausgeschlossen sind in dieser Studie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/Innen. Eine Untersuchung dieser Berufsgruppe repräsentiert einen weiteren interessanten Forschungsansatz.

4.2 Datenerhebung

Die Kammermitglieder empfangen per E-Mail ein Anschreiben und einen, in Kooperation mit Herrn Rüdiger Nübling (LPK) und in Absprache mit der um David Orlinsky und dem Collaborating Research Network der Society for Psychotherapy Research (SPR), international forschenden Arbeitsgruppe entworfenen Fragebogen, welcher sich stark an dem durch diese Arbeitsgruppe entwickelten Development of Psychotherapy Common Core Questionnaire (DPCCQ) orientiert.

Die Fragebogen konnten auf verschiedene Arten zurückgesendet werden. Neben der Möglichkeit der postalischen Rücksendung oder der Rücksendung als Fax, bestand die Option den Fragebogen elektronisch am Bildschirm auszufüllen und als E-Mail zurück zu senden. Alle Daten wurden anonymisiert.

Am 26.08.2014 begann die Studie. Für einen Zeitraum von ca. vier Wochen wurden die Daten erhoben. Für die vorliegende Arbeit wird die gesamte Stichprobe mit einer Teilnehmerzahl von 154 berücksichtigt.

4.3 Messinstrumente

Der im Rahmen dieser Studie zusammengestellte Fragebogen zur Supervision, Intervision und Selbsterfahrung (SUISE) stützt sich auf vorhandene, validierte Erhebungsinstrumente. Neben Auszügen aus dem FVS (Fragebogen zur Veränderung von Selbsterfahrung) nach Lieb und Weber (2000) und FAHW (Fragebogen zum Habituellen

Wohlbefinden) nach Wydra (2005), die in den SUISE mit eingeflossen sind, bilden Auszüge aus dem deutschsprachigen DPCCQ (Development of Psychotherapy Common Core Questionnaire) den Kern des SUISE-Fragebogens. Ergänzend wurden Fragen u.a. zu Quantität, Kontinuität, Rahmen, Bewertung von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung selbstentwickelt, sodass sich der SUISE schließlich aus 24 Frageblöcken mit insgesamt 261 Einzelitems zusammensetzt. Er dient wie der DPCCQ der Abbildung von beruflichen und subjektiven Erfahrungen der Therapeuten und hat den Anspruch, den der therapeutischen Tätigkeit sowie der therapeutischen Entwicklung zugrundeliegenden Prozess aus Therapeutesicht zu beforschen (Ronnstadt & Orlinsky, 2006).

Um die oben genannten Hypothesen zu untersuchen, wurden Items zur Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung, zur Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit in Jahren, zu vorrangig behandelten Störungsbildern und zu subjektiv empfundenen Kompetenzdefiziten der Therapeuten verwendet. Zur Erfassung der Häufigkeit der Inanspruchnahme der drei qualitätssichernden Maßnahmen wurde der allgemeine Frageblock zu Supervision, Intervision und Selbsterfahrung herangezogen, die Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit, wurde durch eine offene Frage erfasst und die vorrangig behandelten Störungsbilder sowie Kompetenzdefizite der Therapeuten wurden in diesem Fragebogen anhand von Likert-Skalen abgebildet. So wird die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision Intervision und Selbsterfahrung jeweils durch eine Nominalskala mit vier Merkmalsausprägungen dargestellt (1 = wöchentlich, 4 = weniger als 1 mal/Quartal). Die Likert-Skala zur Abbildung der vorrangig behandelten Störungsbilder umfasst sechs Merkmalsausprägungen (0 = nie, 5 = häufig) und auch die Kompetenzdefizite der Therapeuten werden auf einer sechs-stufigen Likert-Skala dargestellt (0 = nie, 5 = häufig).

<p>Wie häufig nehmen Sie aktuell Supervision in Anspruch?</p>
--

<p><input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 1-2 mal/Monat <input type="checkbox"/> 1-2 mal/Quartal <input type="checkbox"/> weniger als 1 mal/Quartal</p>
--

Abbildung 1. Item 7.1 aus dem SUISE Fragebogen.

Bei welchen Patienten mit welchen Störungsbildern erleben Sie Kompetenzdefizite?

	nie					häufig
	0	1	2	3	4	5
22.2.1 Somatoforme Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.2 Essstörungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.3 Körperlich-/substanzbedingte Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.4 Psychotische Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.5 Angststörungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.6 Posttraumatische Belastungsstörungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.7 Affektive Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.8 Depressive Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.9 Störungen der Sexualpräferenz	<input type="checkbox"/>					

Abbildung 2. Item 22.2 aus dem SUISE.

Als zentrale Konstrukte des DPCCQ werden die Skalen *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* nach Orlinsky und Ronnestad (2005, 2010) einbezogen. Die *Healing Involvement* Skala subsummiert sich dabei aus sechs Subskalen, welche „... die derzeitige Kompetenz, nur minimale Schwierigkeiten, konstruktive Coping-Strategien, genuines persönliches Engagement in affirmativen rezeptiven Beziehungen zu den Patienten, die Flow-Erfahrung in der Sitzung und ein allgemeines Gefühl von therapeutischer Effektivität.“, abbilden (Ronnestad & Orlinsky, 2006, S. 271). Die vier Subskalen der *Stressful Involvement* Skala umfassen „... Schwierigkeiten in der Praxis, die mit defensiven und unproduktiven Coping-Strategien wie auch Gefühlen von Angst und Langeweile in den Sitzungen einhergingen.“ (ebd.).

Healing Involvement:	Stressful Involvement:
1. Basic Relational Skills	1. Frequent Difficulties
2. Invested	2. Boredom
3. Efficacy	3. Anxiety
4. Affirming	4. Avoidant Coping
5. Flow	
6. Constructive Coping	

Abbildung 3. Subskalen der zwei Oberskalen *Healing Involvement* und *Stressful Involvement*.

Folglich lassen sich mit den als *Heilendes Engagement* bzw. *Aufreibendes Engagement* benannten Skalen, zwei gegenüberstehende Dimensionen des Erlebens der therapeutischen

Arbeit abbilden. Die Subskalen sind auf einer Likert-Skala mit drei bzw. fünf Merkmalsausprägungen abgebildet (0 = überhaupt nicht, 5 = sehr).

4.4 Rücklaufquote

Insgesamt wurden 2.500 Fragebögen verschickt. Diese wurden von 154 Psychotherapeuten/Innen ausgefüllt und an die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg zurück gesendet und flossen dementsprechend in die Auswertung mit ein. Der Rücklauf der Befragung beträgt folglich rund 6.20 Prozent.

4.5 Auswertungsverfahren

Den durch Likert-Skalen erfassten Items, konnten die Probanden Zustimmung oder Ablehnung in mehreren feststehenden Abstufungen ausdrücken. Intervallskaliert behandelt wurden die Items zu vorrangig behandelten Störungsbildern sowie die Items zur Erfragung des Empfindens von Kompetenzdefiziten. Alle weiteren resultierenden Daten wurden aufgrund der nichtquantifizierbaren Merkmalsausprägungen ordinalskaliert behandelt. Für eine einheitliche Richtungsweisung der Skalen wurden die Variablen *Supervision*, *Intervision* und *Selbsterfahrung* umgepolt. Da ein grundlegender Aspekt dieser Arbeit auf der Untersuchung des Einflusses der qualitätssichernden Maßnahmen von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung liegt, wurde durch die Bildung eines Summenwertes über diese drei Items hinweg, die Variable *QSM* erstellt und somit die gemeinsame Betrachtung dieser Instrumente ermöglicht. Zur Analyse des in Hypothese drei Gegenstand werdenden Zusammenhangs zwischen Kompetenzdefiziten und der therapeutischen Erfahrung wurde über alle Subitems des Items Kompetenzdefizite: bei Angststörungen, bei Depressionen, bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, bei Affektiven Störungen, bei somatoformen Störungen, bei Essstörungen, bei Körperlich-/substanzbedingten Störungen, bei Psychotischen Störungen, bei Störungen der Sexualpräferenz ein Summenwert gebildet und die Variable *Kompetenzdefizite gesamt* erstellt.

Zunächst wurde eine Faktorenanalyse gerechnet, um zu untersuchen ob sich unter den Störungsbildern, für die Kompetenzdefizite angegeben werden, Gruppen abzeichnen und sich somit Störungsspektren für Kompetenzdefizite von Therapeuten darstellen lassen. Mit der Explorativen Faktorenanalyse werden die Zusammenhänge zwischen den Variablen examiniert und latent vorhandene Strukturen abgebildet. Die Eignung der Daten wurde mit dem Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin und dem Bartlett-Test geprüft. Ziel der Faktorenanalyse ist es eindeutig interpretierbare und allgemeingültige Faktoren zu

extrahieren und den maximalen Anteil der Gesamtvarianz einer Korrelationsmatrix zu erklären. Durch die resultierende Aufdeckung von latenten Konstrukten kann das Datenmaterial übersichtlich dargestellt werden.

Um zu überprüfen wie gut diese Variablen zusammen das latente Konstrukt beschreiben können, wird mittels Cronbach's Alpha die interne Konsistenz der Faktoren gemessen (Fields, 2013).

Anschließend wurden Bivariate Korrelationsanalysen gerechnet, diese dienen der Quantifizierung der Stärke und Richtung des statistischen Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen X und Y. Da einigen der in die Berechnung einfließenden Variablen nicht quantifizierbare, ordinalskalierte Daten zugrunde liegen (*Supervision*, *Intervision* und *Selbsterfahrung*), wurde bei der Untersuchung des, diese Variablen betreffenden, Zusammenhangs auf den Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman (*Rho-S*) zurückgegriffen. Dieser transformiert Werte zu Rängen um und ist somit für die Anwendung auf ordinale Werte geeignet. Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman setzt lediglich einen monotonen Zusammenhang voraus (Fields, 2013). Der Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient (r) nach Pearson und Bravais wurde für den Zusammenhang intervallskalierter Variablen errechnet. Dieser kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen. Die Korrelation zwischen zwei Variablen ist eine notwendige aber keine hinreichende Voraussetzung für einen kausalen Zusammenhang (Moore, McCabe & Craig, 2009).

Die Normalverteilung der *Healing Involvement* und *Stressful Involvement* Skalen sowie auch die der einzelnen Subskalen wurde mit dem, sich durch hohe Testgüte auszeichnenden Shapiro-Wilk Test überprüft. Dieser prüft die Nullhypothese, welche besagt das die Stichprobe einer normalverteilten Grundgesamtheit entstammt. Bei einem das festgelegte Signifikanzniveau überschreitenden p -Wert kann angenommen werden, dass der Stichprobe eine Normalverteilung zugrunde liegt (Fields, 2013).

Mittels Cronbach's Alpha wurde die Reliabilität der *Healing Involvement* und der *Stressful Involvement* Gesamt- und Subskalen überprüft.

Statistischen Berechnungen wurden mit dem *IBM Software Package for the Social Sciences (SPSS), Statistics 20 System*, mit einem Alpha Level von .05 durchgeführt.

5 Darstellung der Studienergebnisse

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Folgenden wird auf den soziodemographischen Hintergrund der Stichprobe eingegangen und auch ein Vergleich zu den, aus dem Bericht zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Nübling et al. (2014) hervorgehenden Kammerdaten hergestellt. Außerdem wird deskriptiv in Form von graphischer Darstellung auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme der drei qualitätssichernden Maßnahmen (*Supervision*, *Intervision* und *Selbsterfahrung*) und auch auf die Häufigkeit von subjektiv empfundenen Kompetenzdefiziten der Therapeuten für die verschiedenen Störungsbilder eingegangen, hierzu sind Abbildung 4a bis 4c sowie Abbildung 5 zu betrachten.

Die Basis der empirischen Untersuchung bildet eine Gesamtstichprobe von $N = 154$ im Alter zwischen 30 und 78 Jahren. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer/Innen beträgt 53.84 ($SD = 10.78$) Jahre. Zwei Teilnehmer enthielten sich der Altersangabe. Mit einem Verhältnis von 70.10 Prozent (108 Studienteilnehmerinnen) zu 29.20 Prozent (45 Teilnehmer) ist diese Stichprobe durch eine deutliche Dominanz des weiblichen Geschlechts gekennzeichnet, wobei ein Teilnehmer/In keine Angabe zum Geschlecht machte. Die am häufigsten praktizierten Verfahren in dieser Stichprobe sind die Verhaltenstherapie (57.10 %) sowie die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (40.30 %). Deutlich geringer ist der Anteil an analytisch arbeitenden Teilnehmer/Innen (21.40 %). 15 Psychotherapeuten/Innen gaben an, dass ihrer Approbation ein anderes Verfahren zugrunde liegt, enthielten sich aber zur Spezifizierung des praktizierten Verfahrens.

Werden nun die Kammerdaten aus der großangelegten Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Nübling et al (2014), an der sich unter anderem 1.263 approbierte Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg beteiligten, zum Vergleich herangezogen, so ist zu bemerken, dass sich die Basisvariablen der beiden Stichproben nur geringfügig von einander unterscheiden. An der Studie von Nübling et al. (2014) nahmen Mitglieder von fünf Landespsychotherapeutenkammern teil (Hamburg, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Berlin, Hessen). Von den 1.263 approbierten Mitgliedern der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg beträgt das Durchschnittsalter 53.70 Jahre ($SD = 9.40$) und auch ist der Anteil des weiblichen Geschlechts (67.40 %) unter den Mitgliedern ähnlich stark dominierend wie bei der, dieser Arbeit zugrundeliegenden Stichprobe. Was das vorrangig praktizierte Verfahren der Mitglieder betrifft, so haben Nübling et al. (2014) in ihrer Arbeit die Verteilung des

Verfahrens für das eine Abrechnungsgenehmigung bei der KV vorliegt, ausschließlich in der gesamten Stichprobe, also unter den fünf beteiligten Psychotherapeutenkammern betrachtet, sodass ein direkter Vergleich innerhalb der Kammer Baden-Württembergs nicht möglich ist. Bei Gegenüberstellung der sich aus allen fünf Kammern zusammensetzenden Stichprobe mit der dieser Arbeit zugrundeliegenden Stichprobe sind allerdings ebenfalls nur mäßige Abweichungen zu vermerken. Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (50.60 %) ist das am häufigsten praktizierteste Verfahren, gefolgt von der Verhaltenstherapie (49.00 %) und so wird mit deutlichem Abstand zu den beiden erst genannten die Analytische Psychotherapie (25.60 %) deutlich seltener praktiziert.

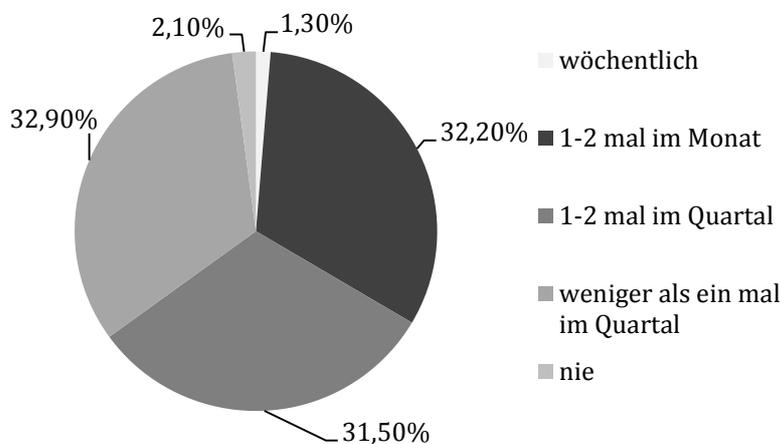


Abbildung 4a. Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision.

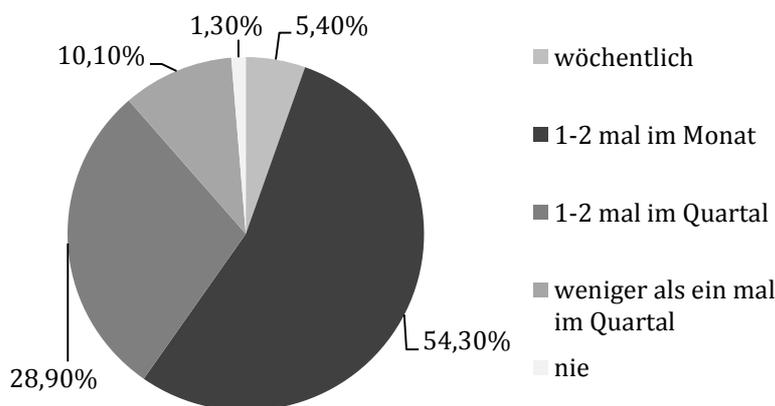


Abbildung 4b. Häufigkeit der Inanspruchnahme von Intervention.

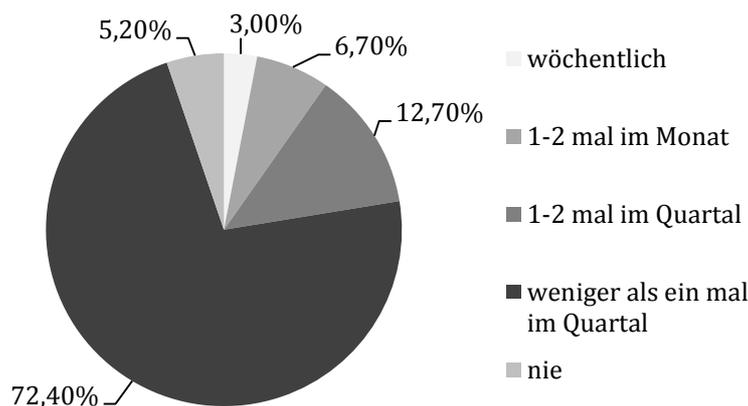


Abbildung 4c. Häufigkeit der Inanspruchnahme von Selbsterfahrung.

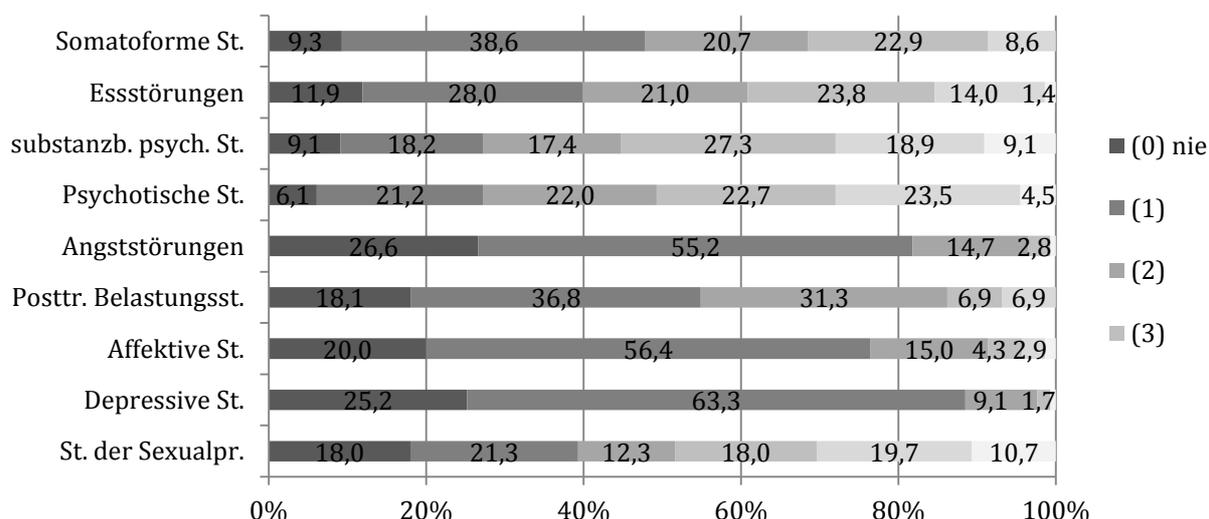


Abbildung 5. Deskriptive Darstellung zur Häufigkeit von subjektiv empfundenen Kompetenzdefiziten der Therapeuten für die verschiedenen Störungsbilder in Prozent.

5.2 Reliabilität

Folglich werden die Ergebnisse zur Reliabilitätstestung der Gesamt- und Subskalen des *Healing Involvements* sowie des *Stressful Involvements* dargestellt. Zur Überprüfung der Reliabilität wurde die interne Konsistenz dieser Skalen mittels Cronbach's Alpha bestimmt.

Für die internen Konsistenzen der Gesamt- und Subskalen des *Healing Involvements*, welches unter anderem das aktuelle Kompetenz- und Effizienzerleben abbildet (Rønnestad & Orlinsky, 2006), gibt Tabelle 1 eine Übersicht.

Eine ausreichende interne Konsistenz wird nur von der Skala Affirming aufgewiesen.

Im Vergleich zu den von den Testautoren berichteten Reliabilitäten, fällt dieser Wert sogar etwas höher aus. Die Cronbach's Alpha-Werte der anderen Subskalen fallen deutlich geringer aus als die von den Testautoren berichteten und erreichen den geforderten Schwellenwert von $\alpha = .60$ nicht. Somit können sie keine ausreichende Reliabilität aufweisen. Die Werte der Skalen Basic Relational Skills und Efficacy sind der unteren Grenze für Cronbach's Alpha am nächsten. Die Gesamtskala *Healing Involvement* kann als nahezu ausreichend reliabel beschrieben werden. Die Testautoren konnten für diese Gesamtskala allerdings einen deutlich höheren Cronbach's Alpha-Wert berichten.

Tabelle 1 *Interne Konsistenzen (α) der Gesamt- sowie Subskalen des Healing Involvements*

Skala	Itemanzahl	Orlinsky	Stichprobe
Basic Relational Skills	4	.79	.52
Invested	3	.67	.30
Efficacy	4	.59	.51
Affirming	4	.69	.61
Flow	4	.62	.47
Constructive Coping	6	.76	.26
Healing Involvement	25	.69	.59

In Tabelle 2 sind die internen Konsistenzen für die Gesamt- sowie Subskalen des *Stressful Involvement* aufgeführt. Sie umfassen vielfache Schwierigkeiten in der Praxis, die mit defensiven und unproduktiven Coping-Strategien wie auch Gefühlen von Ängstlichkeit und Langeweile in den Sitzungen einhergehen (Rønnestad & Orlinsky, 2006).

Ausreichende interne Konsistenz weisen die Skalen Frequent Difficulties und Boredom auf und auch die interne Konsistenz der Skala Anxiety kann als nahezu ausreichend beschrieben werden. Keine ausreichende interne Konsistenz weist die Skala Avoidant Coping auf. Mit Ausnahme der Skala Boredom liegen alle in dieser Studie errechneten Cronbach's Alpha-Werte unter denen der Testautoren. Die Gesamtskala *Stressful Involvement* kann als nahezu ausreichend reliabel beschrieben werden. Die Autoren ermitteln auch hier einen deutlich höheren Cronbach's Alpha-Wert.

Tabelle 2 *Interne Konsistenzen (α) der Gesamt- sowie Subskalen des Stressful Involvements*

Skala	Itemanzahl	Orlinsky	Stichprobe
Frequent Difficulties	8	.81	.66
Boredom	4	.66	.68
Anxiety	4	.74	.59
Avoidant Coping	6	.64	.45
Stressful Involvement	20	.67	.58

5.3 Prüfung der Normalverteilung der Healing Involvement Skala

Wie in Tabelle 3 zu sehen ist, sind alle Subskalen der *Healing Involvement* Skala, mit Ausnahme der Skala Efficacy linksschief verteilt, wobei die Schiefe der Skala Basic Relational Skills und die der Skala Affirming ausgeprägter ist als die der anderen Skalen. Der Shapiro-Wilk Test zeigt, dass die Gesamtskala *Healing Involvement* normalverteilt ist, ihre einzelnen Subskalen weisen allerdings keine Normalverteilung auf.

Tabelle 3 *Prüfung der Normalverteilung der Healing Involvement Skala mit dem Shapiro-Wilk Test*

	N	Min.	Max.	M	SD	S	Shapiro-Wilk		
							W	df	Sig.
Basic Relational Skills	147	10.00	20.00	16.41	1.95	-.55	.956	147	.000
Invested	147	5.00	9.00	7.33	1.17	-.11	.903	147	.000
Efficacy	147	3.00	11.00	7.00	1.67	.06	.964	147	.001
Affirming	147	4.00	12.00	9.87	1.62	-.57	.922	147	.000
Flow	147	4.00	12.00	8.20	1.63	-.09	.962	147	.000
Constructive Coping	147	12.00	30.00	21.40	3.28	-.48	.973	147	.005
Healing Involvement	147	7.36	12.76	10.51	1.07	-.33	.986	147	.139

S = Schiefe

5.4 Prüfung der Normalverteilung der Stressful Involvement Skala

Tabelle 4 ist zu entnehmen, dass die Verteilung der Skalen Boredom, Anxiety und Avoidant Coping leicht rechtsschief ist. Die Skala Frequent Difficulties und die Gesamtskala *Stressful Involvement* sind hingegen leicht linksschief verteilt. Der Shapiro-Wilk Test zeigt, dass die Gesamtskala *Stressful Involvement* normalverteilt ist. Ebenfalls normalverteilt ist ihre Subskala Boredom. Die übrigen Subskalen weisen keine Normalverteilung auf.

Tabelle 4: Prüfung der Normalverteilung der Stressful Involvement Skala mit dem Shapiro-Wilk Test

	N	Min.	Max.	M	SD	S	Shapiro-Wilk		
							W	df	Sig.
Frequent Difficulties	146	.00	17.00	9.82	3.60	-.15	.985	146	.104
Boredom	146	.00	8.00	2.80	1.62	.08	.946	146	.000
Anxiety	146	.00	8.00	2.78	1.74	.26	.951	146	.000
Avoidant Coping	146	2.00	19.00	10.16	3.45	.36	.979	146	.024
Stressful Involvement	146	1.36	6.95	4.00	1.20	-.07	.991	146	.473

S = Schiefe

5.5 Ergebnisse der Hypothesentestung

Im Folgenden werden, gegliedert nach den in Kapitel drei präsentierten Fragestellungen die Ergebnisse der Hypothesentestung dargestellt. Zur Prüfung der ersten Hypothese liegt das Augenmerk auf der Faktorenanalyse. Hypothese zwei und drei werden mit Hilfe des Korrelationskoeffizienten nach Pearson überprüft. Für die Prüfung der Hypothesen vier bis sieben wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman (*Rho-S*) errechnet.

5.5.1 Hypothese eins

Zur Überprüfung der ersten Hypothese welche aussagt, dass sich Kompetenzdefizite von Therapeuten nach Störungsspektren gruppieren lassen, wurde eine Faktorenanalyse gerechnet. Der KMO-Index von .68 entspricht einer mäßigen Interkorrelation zwischen allen Variablen und liegt deutlich über dem vorausgesetzten Schwellenwert von .50. Auch der Bartlett-Test zeigt ein signifikantes Ergebnis und unterstützt die Annahme, dass in der zugrundeliegenden Population ein Zusammenhang zwischen den Variablen besteht. Folglich wurde die Faktorenanalyse durchgeführt. Durch die Hauptkomponentenanalyse wurden die Items extrahiert. In einer ersten Analyse wurden die Eigenwerte für jeden Faktor bestimmt. Dabei konnten drei Faktoren das Kaiser Kriterium (.40) überschreiten, zusammen erklärten sie 61.60 Prozent der Varianz. Der Screenplot ist zweideutig, die sich zeigenden Biegungen rechtfertigen eine zwei- bis vier-faktorielle Lösung. Vor dem Hintergrund, dass diese Studie eine erste Abbildung von Störungsspektren beabsichtigt, wurde eine minimale Anzahl von Faktoren für die Skalenbildung angestrebt, somit wurden zwei Faktoren behalten. Als Rotationsmethode wurde die Varimax mit Kaiser-Normalisierung verwendet. Tabelle 5 stellt die Ladungen der einzelnen Items auf den Faktoren in der rotierten Komponentenmatrix dar. Schließlich ließ sich eine Skalenzusammensetzung aus zwei Faktoren *Defizite bei leichteren Störungen* und *Defizite bei schwierigeren Störungen* als sinnvoll erkennen. Der erste Faktor *Defizite bei leichteren Störungen* wird durch vier Variablen definiert und erfasst die

Therapeuten, die Kompetenzdefizite bei Angststörungen, bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, bei Affektiven Störungen und bei Depressiven Störungen wahrnehmen. Die Reliabilität der Skala wird durch ausreichende interne Konsistenz bestätigt $\alpha = .77$. Der zweite Faktor *Defizite bei schwierigeren Störungen* wird durch fünf Variablen definiert und erfasst die Therapeuten, die Kompetenzdefizite bei Somatoformen Störungen, bei Essstörungen, bei Körperlich-/substanzbedingten Störungen, bei Psychotischen Störungen und bei Störungen der Sexualpräferenz empfinden. Die interne Konsistenz dieser Skala kann als nahezu ausreichend beschrieben werden. $\alpha = .59$. Die erste Hypothese kann auf Grundlage der hier angeführten Ergebnisse bestätigt werden.

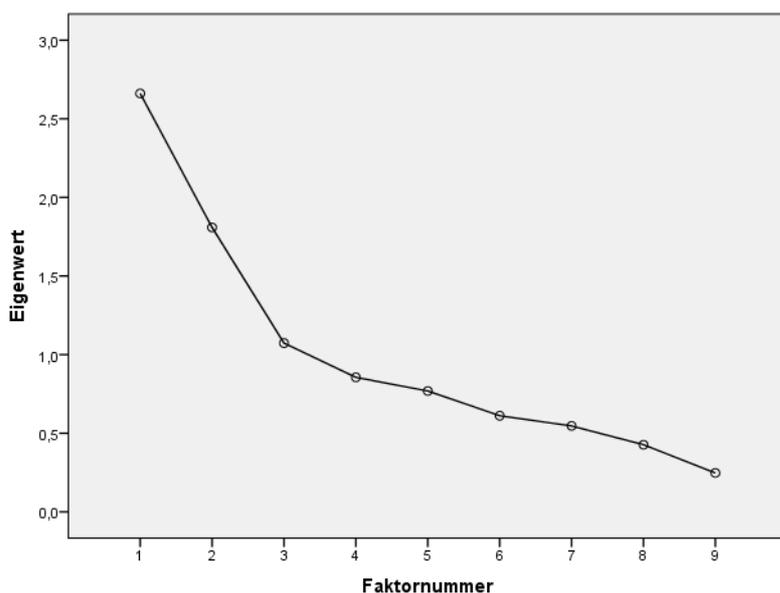


Abbildung 6. Eigenwertdiagramm der Faktoren.

Tabelle 5: Ladungen einzelner Items auf den Faktoren in der rotierten Komponentenmatrix

Skala	Komponente	
	1	2
Häufigkeit Kompetenzdefizite bei Depressiven Störungen	.89	.03
Häufigkeit Kompetenzdefizite bei Störungen der Sexualpräferenz	-.11	.51
Häufigkeit Kompetenzdefizite bei Essstörungen	-.01	.70
Häufigkeit Kompetenzdefizite bei Somatoformen Störungen	.04	.53
Häufigkeit Kompetenzdefizite bei Angststörungen	.78	.06
Häufigkeit Kompetenzdefizite bei Psychotischen Störungen	.27	.58
Häufigkeit Kompetenzdefizite bei Affektiven Störungen	.83	.00
Häufigkeit Kompetenzdefizite bei PTBS	.64	.04
Häufigkeit Kompetenzdefizite bei körperlich-substanzbedingte Störungen	.06	.72

5.5.2 Hypothese zwei

Die zweite Hypothese besagt, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen den Kompetenzdefiziten von Therapeuten und den vorrangig behandelten Patienten gibt. Für die Überprüfung dieses Zusammenhangs wurden jeweils Korrelationsanalysen berechnet, welche die Kompetenzdefizite des Therapeuten bei einer einzelnen Störung mit der jeweiligen Häufigkeit der Behandlung eben dieser Störung in Beziehung setzen.

Die Korrelationsberechnungen zu diesen Zusammenhängen der Kompetenzdefizite einer Störung mit der Häufigkeit der Behandlung der entsprechenden Störung, zeigten für acht der insgesamt neun in dieser Studie untersuchten Störungsbilder hochsignifikant negative Korrelationswerte. Dies bedeutet, dass Therapeuten die Störungen bei denen sie Kompetenzdefizite empfinden auch weniger häufig behandeln. Dies scheint für Kompetenzdefizite bei Somatoformen Störungen, Essstörungen, Körperlich-/substanzbedingten Störungen, Psychotischen Störungen, Angststörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Störungen der Sexualpräferenz und Affektiven Störungen zu zutreffen. Für den Zusammenhang zwischen Kompetenzdefiziten bei Depressiven Störungen und der Häufigkeit der Behandlung dieser, konnte kein signifikantes Ergebnis gefunden werden. Hypothese zwei kann somit nur weitgehend bestätigt werden. Eine Übersicht über die gefundenen Korrelationen zwischen den einzelnen Kompetenzdefiziten von Therapeuten und den vorrangig behandelten Störungen ist Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 6 *Korrelationen zwischen den einzelnen Kompetenzdefiziten und der Häufigkeit der Behandlung dieser*

Häufigkeit Kompetenzdefizite	Häufigkeit Behandlung
bei Somatoformen Störungen	-.41**
bei Essstörungen	-.39**
bei Körperlich-/substanzbedingten Störungen	-.35**
bei Psychotischen Störungen	-.40**
bei Angststörungen	-.18*
bei Posttraumatischen Belastungsstörungen	-.43**
bei Affektiven Störungen	-.34**
bei Depressiven Störungen	.01
bei Störungen der Sexualpräferenz	-.25**

Anmerkung: *p < .05, **p < .01

5.5.3 Hypothese drei

Die dritte Hypothese besagt, dass es eine negative Korrelation zwischen den Kompetenzdefiziten der Therapeuten und der Erfahrung bezüglich der psychotherapeutischen Tätigkeit gibt. Entgegen der Annahmen scheint die psychotherapeutische Erfahrung keinen Einfluss auf die Kompetenzdefizite von Therapeuten zu haben. Aus den Korrelationsanalysen gingen keine signifikanten Ergebnisse für den Zusammenhang von therapeutischer Erfahrung und *Kompetenzdefizite gesamt* hervor. Untersucht wurde auch der Zusammenhang zwischen der therapeutischen Erfahrung und der aus der Faktorenanalyse hervorgehenden *Defizite bei leichteren Störungen* bzw. *Defizite bei schwierigeren Störungen*. Es wurden keine signifikanten Ergebnisse gefunden. Hypothese drei kann folglich nicht bestätigt werden.

5.5.4 Hypothese vier bis sieben

Die vierte Hypothese sagt aus, dass die psychotherapeutische Erfahrung positiv mit dem *Healing Involvement* nach Orlinsky und Rønnestad (2005, 2010) korreliert.

In Einklang mit den zugrundeliegenden Vermutungen, konnte eine signifikant positive Korrelation zwischen der Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit und dem *Healing Involvement* gefunden werden ($r = .21$, $df = 144$, $p = .01$). Je länger ein Therapeut tätig ist, desto mehr *Healing Involvement* empfindet er. Somit kann diese Hypothese bestätigt werden.

Die fünfte Hypothese besagt, dass Therapeuten die angeben häufig Kompetenzdefizite zu haben, mehr *Supervision*, *Intervision* und *Selbsterfahrung* in Anspruch nehmen als solche, die angeben weniger Kompetenzdefizite zu haben.

Wider der Erwartungen ergab sich durch die Korrelationsberechnungen weder ein Zusammenhang zwischen *Kompetenzdefizite gesamt* und der Inanspruchnahme von *Supervision*, noch zwischen *Kompetenzdefizite gesamt* und der Inanspruchnahme von *Intervision*. Auch konnte kein Zusammenhang zwischen *Kompetenzdefizite gesamt* und der Inanspruchnahme von *Selbsterfahrung* gefunden werden. Ebenfalls zu keinem signifikanten Ergebnis führte die Korrelationsanalyse zwischen *Kompetenzdefizite gesamt* und *QSM*. Die Hypothese muss somit falsifiziert werden.

Die sechste Hypothese besagt, dass es eine positive Korrelation zwischen den Kompetenzdefiziten der Therapeuten und dem *Stressful Involvement* nach Orlinsky und Rønnestad (2005, 2010) gibt.

Die aus der Korrelationsanalyse hervorgehenden Ergebnisse zeigen einen hochsignifikanten positiven Zusammenhang zwischen *Kompetenzdefizite gesamt* und dem *Stressful Involvement* ($r = .35$, $df = 140$, $p < .001$). Je mehr Kompetenzdefizite ein Therapeut empfindet, desto mehr *Stressful Involvement* erlebt er. Dieser Zusammenhang ist über die, in dieser Arbeit vorgenommene Gruppierung von Störungen konstant. So ist der Zusammenhang zwischen *Defizite bei leichteren Störungen* und dem *Stressful Involvement* hochsignifikant positiv ($r = .26$, $df = 140$, $p < .001$) und auch der Zusammenhang zwischen *Defizite bei schwierigeren Störungen* und dem *Stressful Involvement* ist hochsignifikant positiv ($r = .32$, $df = 140$, $p < .001$). Das heißt, je mehr Kompetenzdefizite ein Therapeuten bei Somatoformen Störungen, Essstörungen, Körperlich-/substanzbezogenen Störungen, psychotischen Störungen und Störungen der Sexualpräferenz wahrnimmt, desto größer ist das von ihm wahrgenommene *Stressful Involvement*. Je mehr Kompetenzdefizite ein Therapeut bei Angststörungen, Depressionen, Posttraumatischen Belastungsstörung und Affektiven Störungen empfindet, desto mehr *Stressful Involvement* nimmt er auch wahr. Die Hypothese kann somit bestätigt werden. Eine Übersicht zu den gefundenen Korrelationen ist in Tabelle 7 dargestellt.

Die siebte Hypothese besagt, dass die Korrelation zwischen den Kompetenzdefiziten der Therapeuten und dem *Healing Involvement* nach Orlinsky und Rønnestad (2005, 2010) negativ ist.

Entgegen der Erwartungen konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen *Kompetenzdefizite gesamt* und dem *Healing Involvement* gefunden werden. Interessant ist allerdings, dass *Defizite bei leichteren Störungen* hochsignifikant negativ mit dem *Healing Involvement* korreliert ($r = -.27$, $df = 139$, $p < .001$). Das bedeutet, je mehr Kompetenzdefizite Therapeuten bei Angststörungen, Depressionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und Affektiven Störungen empfinden, desto weniger *Healing Involvement* empfinden sie auch. Dieser Zusammenhang ergab sich nicht zwischen *Defizite bei schwierigeren Störungen* und dem *Healing Involvement*. Die siebte Hypothese kann folglich nur teilweise bestätigt werden. Tabelle 7 zeigt eine Übersicht der gefundenen Korrelationen.

Tabelle 7 Korrelationen von Kompetenzdefiziten und dem Healing Involvement und Stressful Involvement , Spearman Rho

	Defizite bei leichteren Störungen	Defizite bei schwierigeren Störungen	Kompetenz- defizite gesamt	Healing Involvement	Stressful Involvement
Defizite bei leichteren Störungen	1.00	.04	.50**	.27**	.26**
Defizite bei schwierigeren Störungen	.04	1.00	.86**	.01	.32**
Kompetenzdefizite gesamt	.50**	.86**	1.00	-.07	.35**
Healing Involvement	-.27**	.01	-.07	1.00	-.09
Stressful Involvement	.26**	.32**	.35**	-.09	1.00

Anmerkung.*p < .05, **p < .01

6 Diskussion

In diesem Kapitel werden die herausgearbeiteten Ergebnisse zusammenfassend dargestellt, in die existierende Literatur eingeordnet und vor ihrem Hintergrund diskutiert sowie interpretiert. Zudem werden Limitationen dieser Arbeit aufgeführt und anschließend eine Schlussfolgerung sowie ein Ausblick für zukünftige Forschungsinitiativen gegeben.

Als Teilfragestellung eines Forschungsprojekts der MSH in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, welches u.a. die Bedeutung von Supervision, Intervision und Selbsterfahrung hinsichtlich diverser Aspekte psychotherapeutischer (Weiter-)Entwicklung beforcht, sollte in der vorliegenden Arbeit zum einen untersucht werden wie sich subjektiv wahrgenommene Kompetenzdefizite von Therapeuten sowie ihre Erfahrung in der psychotherapeutischen Tätigkeit auf die *Healing Involvement* und die *Stressful Involvement* Skalen nach Orlinsky und Rønnestad (2005, 2010) auswirken. Zum anderen sollte die Beziehung zwischen therapeutischen Kompetenzdefiziten und der Inanspruchnahme qualitätssichernder Maßnahmen examiniert und auch ein erster Versuch zur Abbildung von Störungsspektren nach Kompetenzdefiziten unternommen werden.

6.1 Störungsspektren therapeutischer Kompetenzdefizite

Aufgrund von vorangehenden Berichten, die nicht nur stark variierende Prävalenzzahlen in der Behandlung unterschiedlicher Diagnosegruppen konstatieren sondern auch der therapeutischen Beziehungsgestaltung durchaus unterschiedliche Gewichtung in Abhängigkeit der zu behandelnden Störung zusprechen, versucht sich die vorliegende Arbeit einer ersten Abbildung von Störungsspektren in Bezug auf die therapeutische Kompetenz, sodass auf Grundlage der ersten Hypothese angenommen wurde, dass sich wahrgenommene Kompetenzdefizite von Therapeuten nach Störungsspektren gruppieren lassen. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse rechtfertigten eine zwei- bis vier-faktorielle Lösung. Es wurde eine minimale Anzahl von Faktoren für die Skalenbildung angestrebt, sodass eine Skalenzusammensetzung bestehend aus zwei Faktoren *Defizite bei leichteren Störungen* und *Defizite bei schwierigeren Störungen* resultierte. Folglich konnten entsprechend der Erwartungen zwei Störungsspektren abgebildet werden. *Defizite bei leichteren Störungen* umfasst dabei therapeutische Kompetenzdefizite bei Angststörungen, bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, bei Affektiven Störungen und bei Depressiven Störungen, während *Defizite bei schwierigeren Störungen* therapeutische Kompetenzdefizite bei Somatoformen Störungen, bei Essstörungen, bei Körperlich-/substanzbefindete Störungen, bei Psychotischen

Störungen und bei Störungen der Sexualpräferenz darstellt. Die erste Hypothese konnte folglich bestätigt werden.

6.1.1 Potenzielle Erklärungen

Zu Beginn soll berücksichtigt werden, dass die zugrundeliegende Studie einige qualitative Mängel aufweist, welche die Ergebnisse in Bezug auf die einzelnen Hypothesenprüfungen beeinflusst haben könnten. Auf zugrundeliegende Limitationen soll am Ende dieses Kapitels eingegangen werden.

Hinsichtlich vorhandener Literatur soll zuerst erwähnt werden, dass zu bestem Wissen keine vergleichbare empirische Untersuchung zur Einteilung von Kompetenzdefiziten nach Störungsspektren existiert. Dennoch lässt sich ein Bezug zu einigen klinisch hochrelevanten Beiträgen herstellen. Zu Beginn soll hier auf die Arbeit von Schnell (2014) eingegangen werden. Der Autor fasst einige Diagnosegruppen unter der Kategorie *schwierige Patienten* zusammen. Diagnosen die in diese Kategorie fallen, betreffen *Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Psychosen, Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen* und *Essstörungen*. Bei dem Vergleich dieser Kategorie mit den, in dieser Arbeit aufgedeckten Störungsspektren von Kompetenzdefiziten, ist es gerechtfertigt die unter *Defizite bei schwierigeren Störungen* (Somatoformen Störungen, Essstörungen, Körperlich-/substanzbedingte Störungen, Psychotische Störungen und Störungen der Sexualpräferenz) zusammengefassten Störungen, mit den *Störungen schwieriger Patienten* von Schnell (2014) in Verbindung zu bringen. Schnell (2014) erklärt, dass die von ihm zusammengefassten Störungen bei statistischen Untersuchungen zur Behandlungshäufigkeit von psychischen Erkrankungen in Hochschulambulanzen sehr niedrige Prävalenzzahlen aufweisen und Therapeuten diese Störungsbilder unter anderem dadurch, dass sie mit geringeren Erfolgschancen assoziiert werden, öfter an das Ende langer Wartelisten verweisen als vergleichsweise Störungen die bessere Erfolgschancen aufweisen, wie die Angststörung oder depressive Störungen. An dieser Stelle ist anzumerken, dass bei der Überprüfung der ersten Hypothese keine Angaben zum *Wertewandel* eines Therapeuten berücksichtigt wurden und somit die individuelle Gewichtung eines Therapieerfolgs nicht kontrolliert wurde. So bleibt sicherlich zu hinterfragen inwieweit dies die Studienergebnisse beeinflusst haben könnte. Möglicherweise sind es gerade die Therapeuten, die hier die *Defizite bei schwierigeren Störungen* bilden, die besonderen Wert auf eine erfolgreiche Beendigung der Therapie legen und bei Ausbleiben erhoffter Veränderungen, Kompetenzdefizite empfinden.

Aus den Aussagen von Melchinger (2011) zum Versorgungssystem der ambulanten Psychotherapie geht hervor, dass gerade ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie diejenigen die an schweren chronisch psychischen Störungen leiden vom System benachteiligt werden. Melchinger (2011) nennt die Schizophrenie, die Persönlichkeitsstörung und die Zwangserkrankung die das Ende der Versorgungskette bilden.

Die Autoren der genannten Arbeiten fokussieren unterschiedliche Erklärungsansätze für die Kategorisierung von Störungen.

Schnell (2014) geht auf die Rolle der Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei der Behandlung *schwieriger Patienten* ein und hebt hervor, dass diese oftmals gravierende Interaktionsschwierigkeiten mitbringen, die für den Therapeuten eine besondere Herausforderung darstellen können. So formulierte er:

Zudem sind PKS tiefgreifende Störungen der sozialen Interaktion, die sich mit größter Wahrscheinlichkeit auch in der therapeutischen Interaktion manifestieren. Dies verhindert einen reibungslosen Therapieprozess, weshalb sich die Psychotherapie von PKS durch ständige Wechsel der Bearbeitungsebenen (Inhalts- versus Beziehungsebene) auszeichnet. Ohne eine spezifische und planvolle Ausgestaltung der Interaktion im therapeutischen Kontext, also der therapeutischen Beziehung, lässt sich diese Problematik nur schwer behandeln. (S. 2)

In Bezug auf die aus der Faktorenanalyse hervorgehenden Störungsspektren kann vermutet werden, dass sich die Therapeuten der beiden herausgestellten Störungsspektren in der Kompetenz zur Beziehungsgestaltung durchaus unterscheiden. Möglich ist, dass die Therapeuten der *Defizite bei leichteren Störungen*, demnach vermehrt Kompetenzdefizite bei Angststörungen, bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, bei Affektiven Störungen und bei Depressiven Störungen empfinden, ein größeres Repertoire an und ausgereifere Fähigkeiten zur therapeutischen Beziehungsgestaltung vorzuweisen haben als die Therapeuten der *Defizite bei schwierigeren Störungen*, also Kompetenzdefizite bei Somatoformen Störungen, Essstörungen, Körperlich-/substanzbedingte Störungen, Psychotische Störungen und Störungen der Sexualpräferenz empfinden. So heben Lammers und Schneider (2009) hervor, dass der Diagnose des Patienten eine große Gewichtung in Bezug auf die Wahl des therapeutischen Vorgehens auf Beziehungsebene zufällt und es durchaus Erkrankungen gibt, wie zum Beispiel die Panikstörung, bei dessen Behandlung die Beziehungsgestaltung eine eher zweitrangige Position einnimmt.

Melchinger (2011) kritisiert, dass „Psychotherapie erreicht Personen die einen vergleichsweise hohe Kompetenz aufweisen, sich Leistungen zu erschließen.“ (S. 37) und

sieht in den Psychotherapierichtlinien das Grundproblem für die bedenkliche Versorgungssituation. Der Autor empfiehlt eine Umorientierung im System, sodass Therapeuten die Patienten mit tendenziell eher niedrigem Veränderungspotenzial behandeln, begünstigt werden. Denkbar ist aus dieser Perspektive auch, dass es Therapeuten gibt, die Patienten mit niedrigerem Veränderungspotenzial eher als Herausforderung wahrnehmen, während andere Therapeuten die Behandlung dieser eher als zusätzliche Belastung empfinden. An dieser Stelle ist aber auch auf die aktuellen Psychotherapie-Leitlinien einzugehen. Seit 2014 erlauben diese zwar die Behandlung schizophrener bzw. affektiver psychotischer Störungen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015), so sind aber insbesondere die bereits genannten Ausschlusskriterien unter §22 Absatz 3 kritisch zu beleuchten. So muss bzw. wird ein Gutachter einen Antrag eines Therapeuten ablehnen, wenn die entsprechenden Merkmale bei dem Patienten nicht gegeben sind. Das heißt, entweder muss ein Therapeut im Antrag die Unwahrheit sagen bzw. selektiv berichten oder er hat keine echte Chance auf Bewilligung einer Therapie. Auch soll zur Interpretation der gefundenen Ergebnisse die Meinung von Jaeggi und Reimer (2008) herangezogen werden. So scheint es, dass eine gewisse Überlappung von Beruflichem und Privatem in der Profession des Psychotherapeuten nicht zu vermeiden ist und die Schwierigkeiten, die bei der Gestaltung der Patient-Therapeut-Beziehung auftauchen können, auch nicht von seinem Wohlergehen zu trennen sind. Die Autoren zeigen auch auf, dass es insbesondere die Konfrontation mit tiefgreifenden Hassgefühlen sowie mit Affekten der Feindseligkeit sind, die bei einigen Krankheitsbildern wie der Persönlichkeitsstörung, Essstörung, Suizidalität oder auch der Suchterkrankung vermehrt auftauchen, die als sehr kräftezehrend wahrgenommen werden und in Form von Belastung für den Therapeuten besonders dann zu Buche schlagen, wenn der Therapeut jenseits der therapeutischen Beziehung kein befriedigendes Beziehungsgefüge vorfindet oder selbst aktuell eine Lebenskrise durchläuft. Ein weiterer Erklärungsansatz für die sich abzeichnenden Störungsspektren von Kompetenzdefiziten kreist somit um das therapeutische Wohlbefinden und das Umgehen mit Emotionen wie Hass oder Feindseligkeit. Es ist nicht auszuschließen das die Therapeuten, der *Defizite bei schwierigeren Störungen*, eindeutigere Schwierigkeiten im Umgang mit den genannten Affekten haben und sie die therapeutische Beziehungsgestaltung gerade im Kontakt mit Störungen bei denen das Auftreten dieser sehr wahrscheinlich ist, als sehr kräftezehrend empfinden. Gerechtfertigt ist auch die Frage danach wie zufrieden die Therapeuten, die Kompetenzdefizite für diese Störungen empfinden, mit ihren privaten Beziehungsangeboten sind.

Berücksichtigung finden sollte bei der Diskussion des gefundenen Ergebnisses auch, die in der Literatur vielfach formulierte Problematik der Konzeption des Begriffes Kompetenz bzw. Kompetenzdefizit. Zu bestem Wissen existiert derzeit keine allgemeingültige Definition, sodass die sich hier abzeichnenden Störungsspektren rein auf der subjektiven Einschätzung und Vorstellung von Kompetenz bzw. Kompetenzdefiziten basieren. Es ist also durchaus denkbar, dass bei klarer Begrifflichkeit die Ergebnisse der Faktorenanalyse in eine andere Richtung gewiesen hätten.

6.2 Therapeuten behandeln die Störungen bei denen sie Kompetenzdefizite wahrnehmen seltener

Die zweite Hypothese dieser Arbeit besagt, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen Kompetenzdefiziten von Therapeuten und den von ihnen vorrangig behandelten Patienten gibt. Für acht der insgesamt neun Krankheitsbilder, die in diese Studie eingeflossen sind, wurden negative Zusammenhänge zwischen den wahrgenommenen Kompetenzdefiziten in der Behandlung einer Störung, mit der Häufigkeit der Behandlung der entsprechenden Störung gefunden, sodass die zweite Hypothese weitgehend bestätigt werden konnte. Therapeuten die Kompetenzdefizite bei Somatoformen Störungen, Essstörungen, Körperlich-/substanbedingten Störungen, Psychotischen Störungen, Angststörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Störungen der Sexualpräferenz und Affektiven Störungen empfinden, behandeln diese auch weniger häufig. Therapeuten die Kompetenzdefizite bei depressiven Störungen wahrnehmen, scheinen diese allerdings nicht weniger häufig zu behandeln.

6.2.1 Potenzielle Erklärungen

Der erste Befund, dass Therapeuten, die Kompetenzdefizite bei Somatoformen Störungen, Essstörungen, Körperlich-/substanbedingten Störungen, Psychotischen Störungen, Angststörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Störungen der Sexualpräferenz und Affektiven Störungen empfinden, diese auch weniger häufig behandeln, bietet unterschiedlichen Erklärungsansätzen Raum. Von Orlinsky et al. (1994) wird die therapeutische Beziehung als der am besten geeignete Prädiktor für das Behandlungsergebnis deklariert (Willutzki et al., 2013). Die therapeutische Beziehung ist es aber auch, die störungsabhängig ganz unterschiedliche Anforderungen an den Therapeuten stellt und bei einigen Krankheitsbildern durchaus als sehr aufreibend empfunden werden kann (Schnell, 2014; Jaeggi und Reimer, 2008). Mit Blick auf das therapeutische Wohlergehen arbeiteten Jaeggi und Reimer (2008) heraus, dass eine gewisse Verschränkung zwischen Beruflichem

und Privatem unvermeidbar ist. Das bedeutet wiederum, dass die therapeutische Beziehungsgestaltung auch mit dem therapeutischen Wohlbefinden in Beziehung steht. So argumentieren die Autoren beispielweise, dass „Es ... an der Lebensfreude [zehrt], wenn man sich allzu sehr mit Depressiven, Borderline-Patienten oder Traumatisierten identifiziert.“ (S. 94) und pointieren, dass auch der Therapeut in der Patient-Therapeut-Beziehung Kränkungen oder Enttäuschungen erleiden kann. Als mögliche Erklärung der in dieser Arbeit herausgestellten Befunde, bietet sich vor diesem Hintergrund die Vermutung an, dass das Empfinden von Kompetenzdefiziten aus aufreibend und anstrengend empfundenen therapeutischen Beziehungen resultiert, die wiederum mit einem eingeschränkten Wohlbefinden des Therapeuten einhergehen und dementsprechend aus Selbstfürsorge seitens des Therapeuten eher gemieden werden. Die therapeutische Beziehung könnte folglich unter dem Aspekt einer Moderatorvariable betrachtet werden. Denkbar wäre in Anlehnung an Jaeggi und Reimer (2008), dass der Therapeut selbst in der Beziehungsgestaltung mit dem Patienten auf für ihn unangenehme Emotionen trifft oder ihm durch übermäßige Identifizierung mit Patienten bestimmter Diagnosegruppen, ein professionelles Abgrenzen nicht vollständig gelingen kann. Eine Parallele lässt sich so auch zu der von Orlinsky und Rønnestad (2005) vorgestellten Auflistung von Aspekten zur Vermeidung der Entstehung von *Erschöpfenden Engagements* ziehen. So wird von den Autoren eine sorgfältige Patientenauswahl für sich in der Ausbildung befindende Therapeuten empfohlen. Ebenfalls kann vermutet werden, dass sich die Vermeidung der Behandlung der Störung, für die Kompetenzdefizite angegeben werden, durch wenig erfolgreich verlaufende Behandlungen dieser Störung in der Vergangenheit des Therapeuten begründen lassen. So betonen nicht nur Jaeggi und Reimer (2008), dass gehäuftes Vorkommen von erfolglosen Therapieverläufen oftmals Grund für das Entstehen von Frustrationsgefühlen sind. Angaben zur Bedeutung einer erfolgreichen Beendigung einer Therapie für einen jeweiligen Therapeuten, wurden zur Überprüfung dieser Hypothese nicht herangezogen. Wie auch schon für die erste Hypothese herausgearbeitet, soll erwähnt werden dass es möglich ist, dass die in dieser Studie untersuchten Therapeuten ein durchaus unterschiedliches Verständnis des Begriffes Kompetenzdefizit vorweisen und ein direkter Vergleich zwischen Therapeuten somit ausgeschlossen ist. So mögen einige Therapeuten Kompetenzdefizite mehr mit fachlichen Mängeln, andere eingehender mit Einschränkungen im interpersonellen Verhalten assoziieren.

Der Befund, dass allerdings die Therapeuten die Kompetenzdefizite bei depressiven Störungen wahrnehmen, diese entgegen der Annahmen nicht auch weniger häufig behandeln, verlangt besondere Aufmerksamkeit. Laut Schnell (2014) stellen Angst- und depressive

Störungen Diagnosegruppen dar, die im Durchschnitt am häufigsten in Hochschulambulanzen behandelt werden. Auch aus dem Bericht der BPtK (2013) geht hervor, dass Patienten mit depressiven Erkrankungen und Angststörungen neben denen die an Belastungsreaktionen sowie somatoformen Erkrankungen leiden, besonders häufig in Ambulanzen versorgt werden.

Unter Berücksichtigung der von Rønnestad und Orlinsky (2006) herausgestellten Erkenntnis, dass therapeutische Entwicklung insbesondere mit der Intensität sowie der Tiefe der Erfahrungen am Fall in Beziehung steht, kann in Bezug auf den genannten Befund vermutet werden, dass Therapeuten aufgrund des hohen Vorkommens dieser Störungen in den Ambulanzen generell sehr geübt und routiniert bei der Behandlung dieser Erkrankungen sind und Kompetenzdefizite somit eher im mäßigeren Umfang wahrnehmen, sodass hierbei auch das Wohlbefinden des Therapeuten nicht sonderlich bedroht wird. Das könnte bedeuten, dass ein aktives „Meiden“ dieser Patienten somit erstens sehr schwierig und zweitens auch nicht notwendig wäre. Auch kann hier wieder auf die Rolle der therapeutischen Beziehungsgestaltung eingegangen werden. Laut Lammers und Schneider (2009) nimmt diese bei der Behandlung von Angststörungen und depressiven Störungen in der Regel nicht so viel Raum ein, wie beispielsweise bei der sich in komplexen Interaktionsschwierigkeiten zeigende Borderline-Persönlichkeitsstörung. Auch wenn es nicht immer exakt dieselben Störungen sind, die Autoren vorhandener Arbeiten mit mühsamer Beziehungsarbeit in Verbindung bringen, so lässt sich doch erkennen, dass die depressiven Störungen nur selten zu den Erkrankungen geordnet werden, bei denen die Beziehungsgestaltung den wesentlichen Gegenstand des strategischen Handelns des Therapeuten bildet.

6.3 Kompetenzdefizite und die psychotherapeutische Erfahrung

Die dritte Hypothese dieser Arbeit ließ einen negativen Zusammenhang zwischen den Kompetenzdefiziten der Therapeuten und der Erfahrung bezüglich der psychotherapeutischen Tätigkeit erwarten. Entgegen der Annahmen konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Es scheint also keinen Zusammenhang zwischen Kompetenzdefiziten von Therapeuten und ihrer professionellen Erfahrung zu geben.

6.3.1 Potenzielle Erklärungen

Das Ausbleiben erwarteter Resultate kann auf unterschiedliche Weise erklärt werden. Berücksichtigt werden sollte, dass der SUISE-Fragebogen die Kompetenzdefizite von Therapeuten nicht anhand eines standardisierten Instruments erfasst, sondern er auf Selbstauskunft basiert. Das heißt, er misst die subjektive Einschätzung der Therapeuten über

ihre normalerweise mit bestimmten Patientengruppen erlebten Kompetenzdefizite. So kann vermutet werden, dass das Ausmaß mit dem Kompetenzdefizite angegeben werden, nicht unbedingt der tatsächlichen Kompetenz bzw. Kompetenzeinschränkung entspricht. Auch soll in diesem Zusammenhang die in der Literatur vielfach formulierte Problematik der Konzeption des Begriffes Kompetenz bzw. Kompetenzdefizit angeführt werden. Zu bestem Wissen existiert derzeit keine allgemeingültige Definition, sodass die Angaben zu Kompetenzdefiziten rein auf der subjektiven Einschätzung und dem individuellen Kompetenzverständnis eines jeden Therapeuten basieren. Es ist also durchaus denkbar, dass bei Vorhandensein klarer Begrifflichkeiten die Ergebnisse, der in Hypothese drei Gegenstand werdenden Berechnungen, in eine andere Richtung gewiesen hätten.

Es sei darauf hingewiesen, dass nach aktueller Literaturrecherche kein vergleichbarer Versuch zur Untersuchung einer möglichen Beziehung zwischen Kompetenzdefiziten und therapeutischer Erfahrung unternommen wurde, dennoch zeigt sich, dass das hier herausgearbeitete Resultat in gewissem Widerspruch zu Befunden von Arbeiten steht, zu denen sich eine enge Verbindung erkennen lässt.

So untersuchten Rønnestad und Orlinsky (2006) speziell die Bedeutung beruflicher Erfahrung für das Erleben der therapeutischen Arbeit und zeigten, dass das *Aufreibende Engagement* von denen, die gerade in den therapeutischen Beruf eingestiegen sind, in höherem Maße empfunden wird als von denen die schon länger im Beruf sind. Andersherum zeigten sie auch, dass das Empfinden von *Heilendem Engagement* mit der Zunahme an beruflicher Erfahrung ansteigt.

Bei näherer Betrachtung der von den Autoren angegebenen Definitionen, der sich gegenüberstehenden Dimensionen *Healing Involvement* und *Stressful Involvement*, ist es gerechtfertigt eine Parallele zwischen dem in dieser Studie verwendeten Konstrukt des Kompetenzdefizits und dem Konstrukt des *Stressful Involvements* zu ziehen. Rønnestad und Orlinsky (2006) erklären ihre Ergebnisse damit, dass das Entwicklungspotenzial von Therapeuten zu Beginn einer Ausbildung vor allem im Bereich therapeutischer Techniken höher ist als gegen Ende einer Ausbildung. Auch pointieren sie, dass ältere Therapeuten über mehr Effektivitätsempfinden während der therapeutischen Arbeit berichten als jüngere und ganze 20.00 Prozent der Berufseinsteiger und nur sechs bis sieben Prozent der routinierten Therapeuten ihre berufliche Entwicklung mit dem Empfinden *aktueller Erschöpfung* beschreiben.

Auch aus der Arbeit von Skovolt und Rønnestad (1992) geht hervor, dass die therapeutische Entwicklung anfänglich noch einiger Unterstützung bedarf, sich mit der Zeit

jedoch ein professionelles Selbst entfaltet, welches mit persönlicher und professioneller Reifung in Zusammenhang gebracht wird. In Bezug auf diese Erkenntnisse ist es nicht von der Hand zu weisen, dass die gefundenen Resultate erstaunlicherweise in eine andere Richtung zeigen. Rønnestad und Orlinsky (2006) machen allerdings in ihrer Arbeit explizit auf folgende Feststellung aufmerksam:

Kumulative berufliche Entwicklung korrelierte nur schwach mit den in klinischer Praxis verbrachten Jahren, jedoch stärker mit der Breite und der Tiefe der Fallenerfahrung des Therapeuten über verschiedene Behandlungsmodalitäten hinweg. Daran zeigt sich, dass, was man tut und lernt, stärker mit der beruflichen Entwicklung als mit der bloßen Dauer des Dienstes zusammenhängt. (S. 273)

Es geht also bei dem Entwicklungsempfinden von Therapeuten viel mehr um ausführliche und tiefsinnige Erfahrungen am Fall, als darum wie lange ein Therapeut schon in der Praxis tätig ist. Auf Basis dieser Erläuterung kann vermutet werden, dass Kompetenzdefizite eher mit einem Mangel an qualitativollen Praxiserfahrungen in Zusammenhang stehen, als mit der Anzahl von Jahren die auf das Tätigkeitskonto eines Psychotherapeuten fallen und somit das Ausbleiben der Resultate eventuell durch nicht adäquate Erfassung von Erfahrung begründet werden kann.

6.4 Therapeutische Erfahrung und das Healing Involvement

Erwartet wurde auf Grundlage der vierten Hypothese dieser Arbeit, dass die Erfahrung der Therapeuten positiv mit dem *Healing Involvement* nach Orlinsky und Rønnestad (2005, 2010) korreliert. Wie erwartet, wurde eine signifikant positive Korrelation zwischen der Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit und dem *Healing Involvement* gefunden. Mit den verbrachten Jahren im therapeutischen Beruf steigt auch das Empfinden von *Heilendem Engagement* an. Die vierte Hypothese hat sich bestätigt.

6.4.1 Potenzielle Erklärungen

Die gefundenen Ergebnisse stehen in direktem Einklang mit den von Rønnestad und Orlinsky (2006) präsentierten Ergebnissen zur Bedeutung beruflicher Erfahrung für das Erleben der therapeutischen Arbeit. So empfinden gerade in den Beruf eingestiegene Therapeuten weniger *Healing Involvement* als die Therapeuten, die schon eine gewisse Routine und Erfahrung vorzuweisen haben. Mit der Zunahme an beruflicher Erfahrung steigt also das Empfinden von *Heilendem Engagement* an. Laut Autoren lässt sich dieser Befund vorrangig durch die zu Beginn der therapeutischen Ausbildung kontinuierlich stark

ansteigende fachliche Weiterentwicklung begründen. Betont wird von Rønnestad und Orlinsky (2006) auch, dass das *Healing Involment* mit dem *aktuell erlebten Wachstum* in engem Zusammenhang steht.

Vor dem Hintergrund, dass mit der Entwicklung auch das Empfinden von beruflicher Belastung sinkt, therapeutische Entwicklung laut Autoren aber zu einem größeren Ausmaß mit qualitativ vollen Fallerechnungen als mit der Anzahl an Jahren von therapeutischer Tätigkeit in Beziehung steht, soll gewisse Vorsicht bei dem Vergleich und der Interpretation dieses Befundes mit Blick auf das nicht voraussetzende analoge Verständnis therapeutischer Erfahrung geboten sein. In der gegenwärtigen Studie wird die therapeutische Erfahrung in Jahren gemessen, während Rønnestad und Orlinsky (2006) in ihrer Arbeit diese Operationalisierung zumindest in Hinblick auf das sich durch *aktuell erlebtes Wachstum* und *aktuell erlebte Erschöpfung* kennzeichnende Entwicklungsempfinden durchaus etwas kritisch beleuchten.

6.5 Therapeutische Kompetenzdefizite und die Inanspruchnahme qualitätssichernder Maßnahmen

Ebenfalls hypothetisiert wurde in der vorliegenden Arbeit, dass Therapeuten die angeben häufig Kompetenzdefizite zu haben, mehr *Supervision*, *Intervision* und *Selbsterfahrung* in Anspruch nehmen als solche, die angeben weniger Kompetenzdefizite zu haben. Entgegen der Annahmen wurde für keinen der untersuchten Zusammenhänge ein signifikantes Ergebnis erzielt. Es scheint keine Beziehung zwischen dem Ausmaß an empfundenen Kompetenzdefiziten von Therapeuten und der Häufigkeit der Inanspruchnahme der verschiedenen qualitätssichernden Maßnahmen zu geben, sodass die fünfte Hypothese falsifiziert wurde.

6.5.1 Potenzielle Erklärungen

Zur Erklärung herangezogen werden sollte auch hier die Tatsache, dass die Angaben zu Kompetenzdefiziten auf Selbstauskunft basieren und somit vom individuellen Verständnis und der subjektiven Einschätzung des Therapeuten über das Ausmaß an Defiziten abhängig sind.

Was die Einbettung dieser Befunde in die vorhandene Literatur betrifft, stehen die aufgezeigten Ergebnisse einerseits in klarem Widerspruch zu vorangehenden Arbeiten. Laut Willutzki und Botermans (1997) ist „Das explizite Ziel jeglicher professionellen Ausbildung die Entwicklung von Kompetenz.“ (S. 282), dabei haben *Supervision*, *Intervision* und

Selbsterfahrung seit vielen Jahren einen hohen Stellenwert und stellen unerlässliche Grundbausteine für professionelles psychotherapeutisches Handeln dar (Willutzki & Botermans, 1997; Jacobi et al., 2001). Auf der anderen Seite stehen sie aber in Einklang mit Arbeiten, welche die Wirkung dieser Maßnahmen auf die Qualität psychotherapeutischen Handelns kritisch hinterfragen (Strauß et al., 2010; Spence et al., 2001). Klar wird bei Betrachtung der vorhandenen Literatur, dass Untersuchungen die diese Instrumente in direkte Beziehung zum Behandlungserfolg stellen noch ziemlich rar sind und es an Aufforderungen zu empirisch fundierten Studien die sich dieser Aufgabe annehmen, nicht zu mangeln scheint. So betonen Strauß et al. (2010) in ihrem Überblick zum aktuellen Forschungsstand der klinischen Supervision, dass „Untersuchungen zur Realität der Supervisionspraxis, während und nach der Ausbildung (...) noch relativ selten [sind].“ (S. 456). Immer deutlicher aber kristallisiert sich in jüngeren Arbeiten die essentielle Rolle dieser Instrumente bezüglich des interpersonellen Verhaltens des Therapeuten heraus. Inwieweit Kompetenz nun die interpersonellen Fähigkeiten eines Therapeuten abbildet, ist eine Frage der sich zur Zeit mehrere Forschungsverbände widmen. Bei den von der Bundespsychotherapeutenkammer vorgestellten Kernkompetenzen, vereint sich beispielweise die „Kommunikations- und Bindungsfähigkeit zur Etablierung, Aufrechterhaltung und Beendigung einer stabilen therapeutischen Beziehung (,work alliance’) (...)“ (zit. nach Strauß & Kohl, 2009, S. 420) in der *Beziehungskompetenz*. Laut Orlinsky et al. (1994) stellt die therapeutische Beziehungsgestaltung den am besten geeigneten Prädiktor des Behandlungsergebnisses dar (Willutzki et al., 2013). Mit Referenz zur psychotherapeutischen Ausbildung geben die Autoren in ihrer Arbeit eine Auflistung von Aspekten, um dem Empfinden *Erschöpfenden Engagements* vorzubeugen. Hierbei seien ausgiebige Supervisionseinheiten für eine gesunde therapeutische Entwicklung unverzichtbar. Laut Rønnestad und Orlinsky (2006) wird professionelle Entwicklung primär durch die klinische Supervision sowie die Selbsterfahrung angekurbelt und gefördert, sodass unter Förderung der Reflexionsfähigkeit die professionelle und persönliche Entfaltung des Therapeuten gelingen kann. So soll noch erwähnt werden, dass es gerade die Förderung der Reflexionsfähigkeit ist, in der Tietze (2003) einen gemeinsamen Schwerpunkt dieser drei, der Vermittlung therapeutischer Fertigkeiten dienenden Instrumente, sieht. Unterstützung findet der Stellenwert dieser Instrumente auch durch eine an die Arbeit von Rønnestad und Orlinsky (2006) angelehnte Studie von Denhag und Ybrandt (2013). Sie konnten zeigen, dass das *Healing Involvement* von Auszubildenden unter regelmäßiger Supervision profitiert und sich die Teilnehmer nach den Einheiten unterstützender und effektiver in der Therapie empfanden.

6.6 Kompetenzdefizite in Beziehung zum Stressful Involvement und Healing

Involvement

Die beiden letzten Hypothesen dieser Arbeit adressieren den Zusammenhang therapeutischer Kompetenzdefizite mit dem *Healing Involvement* bzw. dem *Stressful Involvement*. So wurde zum einen ein positiver Zusammenhang zwischen den Kompetenzdefiziten der Therapeuten und dem *Stressful Involvement* nach Orlinsky und Rønnestad (2005, 2010) erwartet, zum anderen wurde von einem negativen Zusammenhang zwischen den Kompetenzdefiziten der Therapeuten und dem *Healing Involvement* nach Orlinsky und Rønnestad (2005, 2010) ausgegangen.

Wie angenommen zeigte sich eine signifikant positive Beziehung zwischen den Kompetenzdefiziten der Therapeuten und dem *Stressful Involvement*. Diese Beziehung erwies sich auch über die beiden Störungsspektren als konstant, sodass die sechste Hypothese Bestätigung fand. Je mehr Kompetenzdefizite ein Therapeut empfindet, unabhängig von der zu behandelnden Störung, desto mehr *Aufreibendes Engagement* empfindet er auch. Allerdings konnte keine Beziehung zwischen den Kompetenzdefiziten der Therapeuten und dem *Healing Involvement* gefunden werden. Interessanterweise wurde jedoch ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen *Defizite bei leichteren Störungen* und dem *Healing Involvement* gefunden, sodass sich die siebte Hypothese teilweise bestätigen ließ. Somit scheint die Beziehung zwischen therapeutischen Kompetenzdefiziten und dem *Healing Involvement* von der Patientendiagnose abhängig zu sein. Je mehr Kompetenzdefizite Therapeuten bei Angststörungen, Depressionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und Affektiven Störungen empfinden, desto weniger *Heilendes Engagement* empfinden sie auch.

6.6.1 Potenzielle Erklärungen

Zuerst soll hier angeführt werden, dass die in dieser Arbeit aufgezeigte positive Beziehung zwischen therapeutischen Kompetenzdefiziten und dem *Stressful Involvement* mit den Erkenntnissen von Orlinsky und Rønnestad (2006) übereinstimmen. So zeigten sie, dass die *aktuell erlebte Erschöpfung*, welche „... ein Gefühl von schwindenden Kompetenzen, die Abnahme von empathischer Empfänglichkeit für Patienten, die immer mehr bloß formale Abwicklung der Praxis und wachsende Zweifel über die Effektivität von Therapie.“ (Rønnestad & Orlinsky, 2006, S. 273) reflektiert und somit mit dem Konstrukt der therapeutischen Kompetenz dieser Arbeit durchaus in Verbindung zu bringen ist, durch das Empfinden von *Aufreibendem Engagement* begründen lässt. Wie bereits angeführt bleibt unklar, was die dieser Arbeit zugrundeliegende Therapeutenstichprobe unter dem Begriff

Kompetenz bzw. Kompetenzdefizit versteht, da bislang keine allgemeingültige Definition existiert und in dieser Arbeit auch kein standardisiertes Instrument zur Operationalisierung genutzt wurde. In diesem Kontext ist auch auf die Arbeit von Zeeck et al. (2012) hinzuweisen. Die Autoren befassten sich speziell mit der Suche nach Prädiktoren für die von Rønnestad und Orlinsky (2006) eingeführte Therapeutische Erfahrung des *Stressful Involvement* und zeigten, dass das *Stressful Involvement* in engem Zusammenhang mit negativen Emotionen des Therapeuten außerhalb der Behandlung steht. Laut Zeeck et al. (2012) sind es insbesondere Gefühle von Entmutigung und Frustration, die als alarmierend gesehen werden sollten und besonders bei Therapeuten, die über ein tendenziell niedriges Selbstbewusstsein verfügen und in sozialen Beziehungen dazu neigen vermeidend und nachtragend zu reagieren, kritischer Reflektion würdig sind. Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die Frage inwieweit das Konstrukt des therapeutischen Kompetenzdefizites eben durch solche Aspekte wie Emotionen des Therapeuten außerhalb der Behandlung beeinflusst wird und eventuell sogar in engerer Beziehung zum privaten Wohlbefinden des Therapeuten als zur beruflichen Expertise steht. Folglich ist denkbar, dass Therapeuten in ihrer Profession besonders dann Kompetenzdefizite empfinden wenn sie privat eingeschränkte Zufriedenheit empfinden. So haben auch schon Jaeggi und Reimer (2008) betont, dass im Beruf des Psychotherapeuten eine Verschränkung zwischen Privatem und Beruflichem nicht komplett auszuschalten ist.

Dass in dieser Arbeit entgegen der Erwartungen kein Zusammenhang zwischen therapeutischen Kompetenzdefiziten und dem *Healing Involvement* aufgezeigt werden konnte, steht in gewissem Widerspruch mit bedeutsamen Befunden anderer Forschungsarbeiten. Zuerst soll auch hier auf ein von Rønnestad & Orlinsky (2006) herausgearbeitetes Ergebnis eingegangen werden, zu dem sich Parallelen erkennen lassen. Die Autoren zeigten, dass das *aktuell erlebte Wachstum*, welches die der *aktuell erlebten Erschöpfung* gegenübergestellte Dimension zur Abbildung von beruflicher Entwicklung von Therapeuten darstellt, in engem Zusammenhang mit dem Empfinden von *Heilendem Engagement* steht.

In Verbindung zu bringen ist dieser Befund auch mit einem hochinteressanten Ergebnis der Studie von Denhag und Ybrandt (2013). Sie zeigten, dass sich unter regelmäßiger Supervision ein Zuwachs für die therapeutische Erfahrung des *Healing Involvements* sowie eine Abnahme des *Stressful Involvements* bei sich in der Ausbildung befindenden Therapeuten verzeichnen lässt und stellten die Vermutung auf, dass das *Healing Involvement* leichter zu verbessern als das *Stressful Involvement* zu verringern sei. Vor diesem Hintergrund

ist es denkbar, dass das *Healing Involvement* generell resistenter ist als das *Stressful Involvement*. Möglich wäre, dass es durch das Vorhandensein von Kompetenzdefiziten nicht signifikant beeinflusst wird, da es durch weitere Faktoren aufrechterhalten werden kann. Wenn so die Supervision, wie von Denhag und Ybrandt (2013) vermutet, mehr Beeinflussungspotenzial für das *Healing Involvement* hat, dann könnte angenommen werden, dass auch weitere Faktoren das Potenzial haben das *Healing Involvement* aufrechtzuerhalten oder zu erhöhen, sodass Kompetenzdefizite in diesem Zusammenhang eher als Risikofaktor gesehen werden könnten, denen aber im besten Falle genügend protektive Faktoren gegenübergestellt sind und sie alleine, bei Vorhandensein genügend protektiver Faktoren keinen signifikanten Einfluss auf das *Healing Involvement* nehmen.

Der Befund, dass Kompetenzdefizite bei Angststörungen, Depressionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und Affektiven Störungen (*Defizite bei leichteren Störungen*) signifikant negativ mit dem Healing Involvement korrelieren, verlangt besondere Aufmerksamkeit. Auffallend ist, dass die hier genannten Störungsbilder eher zu den von Psychotherapeuten sehr häufig zu behandelnden Diagnosen gehören (vgl. BPtK, 2013). Jaeggi und Reimer (2008) betonen in ihrer Arbeit, dass die Lebenszufriedenheit und Gesundheit von Therapeuten durch eine nicht komplett zu vermeidende Verschränkung von Beruflichem und Privatem durchaus in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Möglich wäre es, dass wenn Kompetenzdefizite bei Angststörungen, Depressionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und Affektiven Störungen empfunden werden, der Therapeut diese erstens nur schwer „vermeiden“ kann und zweitens auch kontinuierlich mit seinen Defiziten konfrontiert wird, sodass mit ansteigenden Kompetenzdefiziten auch das *Healing Involvement* eines Therapeuten sinkt.

6.7 Limitationen

Die Ergebnisse dieser Studie können aufgrund von verschiedenen qualitativen Limitationen sowie Einschränkungen im Studiendesign beeinflusst worden sein.

Zuerst kann hier die geringe Rücklaufquote von 6.20 Prozent angeführt werden. Außerdem soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass die in dieser Arbeit errechneten Cronbach's Alpha-Werte für die Gesamtskalen (*Healing Involvement* und *Stressful Involvement*) aber auch für die diesen Gesamtskalen zugrundeliegenden Subskalen teilweise sehr deutlich unter denen der Testautoren liegen und die Berechnungen dementsprechend auf Skalen basieren, die mitunter keine ausreichende Reliabilität aufweisen. Die gleiche Problematik zeigte sich auch für den aus der Faktorenanalyse hervorgehenden Faktor *Defizite*

bei schwierigeren Störungen, welcher sich nur als nahezu ausreichend reliabel beschreiben lässt. Es ist zu vermuten, dass durch verbesserte Reliabilitätsangaben die Wahrscheinlichkeit des Erzielens signifikanter Ergebnisse höher ausgefallen wäre.

Was die Generalisierbarkeit dieser Befunde anbelangt ist anzumerken, dass das Durchschnittsalter in der zugrundeliegenden Therapeutenstichprobe 54 Jahre beträgt, die Verhaltenstherapie das am häufigsten praktizierte Verfahren darstellt und die Stichprobe durch eine deutliche Dominanz des weiblichen Geschlechts gekennzeichnet ist. Für die Repräsentativität dieser Stichprobe spricht, dass Nübling et al. (2014) in ihrer großangelegten Studie zur Versorgungsforschung durchaus vergleichbare Basisdaten der Kammermitglieder angeben.

In Bezug auf Erkenntnisse von Skovolt und Rønnestad (1992) sei aber dennoch erwähnt, dass die hier untersuchten Therapeuten im Durchschnitt höchstwahrscheinlich über eine gewisse Routine und fachliche Expertise in ihrer Berufung verfügen. Laut Autoren erstreckt sich die Entwicklung des Therapeuten über die gesamte berufliche Lebenszeit und kann anhand von acht Stufen beschrieben werden. Berufseinsteiger orientieren sich dabei noch stark am Modell. In der weiteren Entwicklung wird dann die eigene Identifizierung immer wichtiger und schließlich kann explizites Wissen mit Erfahrung gekoppelt werden, sodass nach Abschluss der Ausbildung ein authentischer Therapeutenstil heranreifen kann (Cierpka et al. 1997). In diesem Kontext ist auch darauf hinzuweisen, dass die von Rønnestad und Orlinsky (2006) in Hinblick auf die berufliche Entwicklung sowie private Entfaltung eines Therapeuten als essentiell betrachtete Reflexionsfähigkeit in gewissem Maße auch mit dem Alter eines Therapeuten zusammenhängt und dementsprechend in ihrer Reife unterschiedlich ausfällt.

Folglich kann angenommen werden, dass die Therapeuten in dieser Stichprobe tendenziell über ziemlich ausgereifte Fähigkeiten zur Selbstreflexion verfügen und auch durchschnittlich schon einige Entwicklungsschritte hinter sich haben, sodass vermutet werden kann, dass diese Aspekte die Ergebnisse der Studie beeinflusst haben könnten und sich beim Vergleich mit einer Stichprobe von gerade erst in den Beruf eingestiegenen Therapeuten auch andere Resultate hätten ergeben können.

Berücksichtigung finden sollte auch, dass der SUISE-Fragebogen auf Selbstauskunft beruht und somit alle Angaben für die Beantwortung der in dieser Arbeit formulierten Fragestellungen, wie zur Häufigkeit der Inanspruchnahme von *Supervision*, *Intervision* und *Selbsterfahrung*, zur Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit in Jahren, zu vorrangig behandelten Störungsbildern und zu subjektiv empfundenen Kompetenzdefiziten der

Therapeuten rein auf der subjektiven Wahrnehmung und Einschätzung eines Therapeuten beruhen.

Zudem sollte beachtet werden, dass jeder Therapeut die Fragen in der gleichen Reihenfolge beantwortet hat und es durchaus denkbar ist, dass gegen Ende des Fragebogens die Konzentration und auch die Bereitschaft zur sorgsamem Beantwortung nachgelassen haben könnte.

Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass die in dieser Arbeit berechneten Korrelationsanalysen lediglich Zusammenhänge aufdecken. Sie erlauben jedoch keine Schlussfolgerungen über Ursache-Wirkungs-Beziehungen, sodass sich aufzeigende Beziehungen stets hypothetisch zu interpretieren sind.

6.8 Schlussfolgerung und zukünftige Forschungsperspektiven

Die Ergebnisse dieser Studie weisen einmal mehr daraufhin, dass die Erforschung der therapeutischen Subjektivität und Entwicklung von einer modernen Psychotherapieforschung nicht zu trennen ist. Im professionellen Handeln eines Therapeuten schlägt sich nicht nur sein beruflicher Werdegang nieder sondern genauso seine persönliche Entfaltung. Die in dieser Arbeit aufgezeigten Beziehungen zwischen therapeutischen Kompetenzdefiziten und den von Rønnestad und Orlinsky (2006) eingeführten Dimensionen therapeutischen Arbeitserlebens fordern den Therapeuten auf, sich der Komplexität seines Kompetenzerlebens und dessen Konsequenzen bewusst zu sein und machen auch darauf aufmerksam, dass dieses keinem statisch funktionierendem Konstrukt gleicht, sondern unter dem Einfluss einer Vielzahl an Facetten zu stehen scheint, wobei in dieser Arbeit insbesondere die Bedeutung der Patientendiagnose herausgestellt wird.

In ihrem beruflichen Alltag begegnen Therapeuten einer Vielzahl an emotionalen Qualitäten, die es im Laufe des therapeutischen Prozesses zu bearbeiten gilt. Ein ausreichendes Repertoire an beruflichen und personalen Ressourcen stellt eine gesunde Verarbeitung dieser spezifischen Belastungen sicher. Die hier aufgezeigten Resultate sind ein Beleg für die Bedürftigkeit der Erforschung der therapeutischen Tätigkeit sowie der therapeutischen Entwicklung zugrundeliegenden Prozesse.

Die therapeutische Entwicklung ist ein fortlaufender Prozess, der auf zwei Gleisen verläuft. So laufen das berufliche Selbst und die Persönlichkeit des Therapeuten stetig nebeneinander her. Das *Healing Involvement* stellt die Weichen für eine gesunde und positive Entwicklung des Therapeuten, welche wiederum in Kompetenz münden soll, während das *Stressful Involvement* eine adäquate Behandlung des Patienten und auch das Wohlbefinden

des Therapeuten bedrohen kann. Auch diese Arbeit bestätigt, dass therapeutische Erfahrung mit dem Empfinden von *Heilendem Engagement* harmoniert.

Die eigenständige und vertiefte Betrachtung der unterschiedlichen Konstrukte dieser Arbeit wird in Bezug auf zukünftige Forschungsarbeiten als notwendig betrachtet, sodass mit einem verbesserten Verständnis für einzelne Facetten dieser und erweiterter Kenntnis über Empfänglichkeit für Moderatorfaktoren auch die zwischen ihnen herrschenden Beziehungen eingehender abgebildet werden können. Auch sollte die Suche nach Prädiktoren für die von Rønnestad und Orlinsky (2006) eingeführte Therapeutische Erfahrung des *Healing Involvements* und *Stressful Involvements* weiter in den Fokus von Forschungsbemühungen rücken. So wären außertherapeutische Beziehungen des Therapeuten, das therapeutische Wohlergehen, die Beziehungsgestaltung und auch Maßnahmen zur Kompetenzförderung in diesem Kontext sicherlich für Folgeuntersuchungen in Betracht zu ziehen. Mehr Forschungsraum sollten auch Arbeiten zum Zusammenhang der therapeutischen Beziehung und dem Empfinden von Kompetenzdefiziten zugesprochen werden.

Als wichtig erachtet wird weiterhin die elaborierte Betrachtung der Wirksamkeit von *Supervision*, *Intervision* und *Selbsterfahrung* in Bezug auf die Qualität therapeutischen Handelns.

In Hinblick auf das Konstrukt Kompetenz bzw. Kompetenzdefizit erweist sich die Einführung einer allgemein gültigen Definition sowie auch die Schaffung erweiterter Möglichkeiten zur standardisierten Erfassung dieser als dringlich. Und auch die Konzeption der therapeutischen Erfahrung erfordert eine differenzierte Betrachtung. So deutet derzeit vieles daraufhin, dass therapeutische Erfahrung nicht in reinen Jahreszahlen zu messen ist sondern es um tiefgründige und intensive Erfahrungen am Fall geht mit denen sich Erfahrung im therapeutischen Beruf darstellen lässt.

Vor dem Hintergrund, dass das therapeutische Kompetenzerleben mit dem Arbeitserleben des Therapeuten in Beziehung zu stehen scheint und somit auch das Wohlergehen des Patienten unweigerlich unter dessen Einfluss steht, erscheint auch eine frühzeitige Detektion von Kompetenzeinbußen, einhergehend mit direktem Reagieren auf diese, in Hinblick auf eine Optimierung des Therapieprozesses als sehr erstrebenswert.

7 Literaturverzeichnis

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171.
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23(1), 1-33.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. *Psychotherapeut*, 55(6), 503-514.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2011). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. *Psychotherapeut*, 56(1), 51-60.
- Auckenthaler, A. (1999). Supervision von Psychotherapie. Behauptungen – Fakten - Trends. *Psychotherapeut*. 44, 139-152, Springer Verlag.
- Baltensperger, C. & Grawe, K. (2001). Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30(1), 10-21.
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2012). First, do no harm: Confronting the myths of psychiatric drugs. *Nursing ethics*, 19(4), 451–463. Abgerufen am 3. Juli 2015 unter <http://www.chrysm-associates.co.uk/psf/images/PPBarkerDoNoHarmJul12.pdf>.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. & Allstedter-Neufeld, S. (1994). Therapist Variables. In Bergin, A. E., Garfield, S. L. (Hrsg.). *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. New York: John Willey and Sons, 229-269.
- Boll-Klatt, A., Bohlen, O. & Schmeling-Kludas, C. (2005). Passt oder passt nicht?. *Psychotherapeut*, 50(3), 179-185.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Berlin, BPtK, abgerufen am 26. Juli 2015 unter <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>.

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013). 10 Tatsachen zur Psychotherapie. BPtK-Stellungnahme. Abgerufen am 15. Juli unter http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Standpunkte/10_Tatsachen_zur_Psychotherapie/20130412_BPtK_Standpunkt_10_Tatsachen_Psychotherapie.pdf.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual review of psychology*, 52(1), 685-716.
- Cierpka, M., Orlinsky, D., Kächele, H. & Buchheim, P. (1997). Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 42(5), 269-281.
- Dennhag, I. & Ybrandt, H. (2013). Trainee psychotherapists' development in self-rated professional qualities in training. *Psychotherapy*, 50(2), 158.
- Dick, M. & Wasian, F. (2011). Kollegiale Visitationen als Methode reflexiver professioneller Entwicklung. *Organisationsberatung Supervision Coach*. 18:49-65
- 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.
- Fields, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. SAGE Publications Ltd; Fourth Edition.
- Freitas, G. J. (2002). The impact of psychotherapy supervision on client outcome: A critical examination of 2 decades of research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(4), 354.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2015). Richtlinie Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). Geänderte Fassung 16. Oktober 2014 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 02.01.2015 B2) in Kraft getreten am 3. Januar 2015, abgerufen am 04. August 2015 unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-958/PT-RL_2014-10-16_iK-2015-01-03.pdf.

- Greve, G. (2007). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapieausbildung: Inhalt und Prozess*. Lengerich: Pabst.
- Hayes, J. A. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research, 14*(1).
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut, 53*(1), 4-16.
- Jacobi, F., Poldrack, A. & Hoyer, J. (2001). *Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie–Probleme, Strategien, Optionen*. Neue Entwicklungen in Psychotherapie und Psychosomatik (161-185). Lengerich:Pabst. Abgerufen am 3. Juli 2015 unter <http://psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/jacobi-poldrack-hoyer.pdf>.
- Jaeggi, E. & Reimer, C. (2008). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut, 53*(2), 92-99.
- Kächele, H. (2006). Psychotherapeut/Psychotherapeutin: Person–Persönlichkeit–Funktion. *Psychotherapie, 11*, 136-140.
- Kämmerer, A., Kapp, F. & Rehahn-Sommer, S. (2011). Selbsterfahrung in der modernen Verhaltenstherapieausbildung. *Psychotherapeutenjournal, 10*(2), 146-151.
- Kim, D. M., Wampold, B. E. & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16*(02), 161-172.
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C. C. & Austin, S. B. (2011). Congruence/genuineness. Abgerufen am 5. Juli 2015 unter http://srv659.carpathiahost.net/pdfs/Norcross_evidencebased_therapy_relationships.pdf#page=21.
- Ladwig, I., Rief, W. & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie?-Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie, 24*(4), 252-263.

- Laireiter, A. R. (2008). Selbsterfahrung. *Verhaltenstherapiemanual*, 49-53.
- Laireiter, A. R. (2009). Wenn wir über Selbsterfahrung reden, dann müssen wir über Ausbildung reden. *Verhaltenstherapie*, 19(3), 191-193.
- Laireiter, A. R. & Botermans, J. F. (2005). Ausbildungsforschung in der Psychotherapie–Entwicklungen und aktueller Stand. In A.R. Laireiter & U. Willutzki *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, M. J. (2010). Kann man „gute“ und „schlechte“ Therapeuten schulenübergreifend an ihren Ergebnissen erkennen? *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 11(01), 42-44.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (1997). The effectiveness of psychotherapy supervision. *Handbook of psychotherapy supervision*, 421-446.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ, Bergin A.E., and Garfield S.L. (Hrsg.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, 139-193.
- Lammers, P. D. C. H. & Schneider, W. (2009). Die therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 54(6), 469-485.
- Lehmann, P. & Frank, L. R. (1997). *Schöne neue Psychiatrie*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.
- Lehmkuhl, J., Osterfeld, M. & Aderhold, V. (2009) Psychopharmaka zwischen Heilung und Vermarktung. *Kerbe Themenschwerpunkt*. 3, abgerufen am 3. Juli 2015 unter http://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2009/07/Kerbe_3_09.pdf#page=31.
- Lieb, H. (1998). *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten: Konzepte, Praxis, Forschung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lieb, H. & Weber, T. (2000). Evaluationsstudie IFKV Bad Dürkheim: Veränderung durch Selbsterfahrung – Wirkvariablen der Selbsterfahrung. In Laireiter, A.R. (Hrsg.): *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie*. Empirische Befunde. Forum 42. Tübingen: dgvt Verlag.

- Lieb, H. (2009). So hab ich das noch nie gesehen. *Systemische Therapie für Verhaltenstherapeuten*. Heidelberg: Carl Auer.
- Linden, M. & Langhoff, C. (2010). Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste. *Psychotherapeut*, 55(6), 477-484.
- Margraf, J. (2009). Risiken und Nebenwirkungen. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (pp. 277-296). Springer Berlin Heidelberg.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438.
- Medau, I., Jox, R., Dittmann, V. & Reiter-Theil, S. (2012). *Eine Pilotstudie zum Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie—Therapeuten berichten aus der Praxis*. Unveröffentlichtes Manuskript, abgerufen am 20. Juni 2015 unter [http://www.upkbs.ch/patienten/ethik/klinische-ethik/literatur/Documents/Medau%20et%20al.%20\(2012\)%20Pilotstudie%20zum%20Umgang%20mit%20Fehlern%20in%20der%20Psychotherapie.pdf](http://www.upkbs.ch/patienten/ethik/klinische-ethik/literatur/Documents/Medau%20et%20al.%20(2012)%20Pilotstudie%20zum%20Umgang%20mit%20Fehlern%20in%20der%20Psychotherapie.pdf).
- Melchinger, H. (2011) Psychotherapie vs. fachärztliche Behandlung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. *Monitor Versorgungsforschung* 02/2011, 35-40.
- Moore, D. S., McCabe, G. P. & Craig, B. A. (2009) *Introduction to the Practice of Statistics*. USA: WH Freeman and Company; sixth Edition.
- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, P. et al. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9926), 1395-1403, abgerufen am 19. Mai 2015 unter http://www.mentalhealthexcellence.org/wp-content/uploads/2014/02/2014_Feb6_The-Lancet_CBT-without-drugs-study.pdf.
- Mullen, J. & Abeles, N. (1971). Relationship of liking, empathy, and therapist's experience to outcome of therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 18(1), 39.

- Najavits, L. M. & Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction*, 89(6), 679-688.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T. & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20(6), 627-646.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P. & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 86-104.
- Nodop, S. & Strauß, B. (2013). Mangelnde Eignung bei angehenden Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 58(5), 446-454.
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N. & Schmidt, N. S. J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 13, 389-397.
- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (2014). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht. Stuttgart, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg; abgerufen am 15. Juli 2015 unter http://www.lpk-bw.de/archiv/news/2014/pdf/20140513_nuebling_etal_ambulante_pt_versorgung_ergebnisbericht.pdf.
- Ochs, M., Bleichhardt, G., Klasen, J., Mößner, K., Möller, H. & Rief, W. (2012). Praktiken und Erleben von Supervision/Intervision von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 216-223.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361-373.

- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association. Washington DC.
- Raimy, V. (Hrsg.). (1950). *Training in clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Reimer, C. (1997). Gefahren bei der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes. *Psychotherapeut*, 42(5), 307-313.
- Rimmasch, T. (2003). Kollegiale Fallberatung – Was ist das eigentlich? Grundlagen, Herkunft, Einsatzmöglichkeiten des Verfahrens. In Franz, H. W., Kopp, R. (Hrsg.) *Kollegiale Fallberatung*. State of the Art und organisationale Praxis. EHP Edition Humanistische Psychologie.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. Hauptergebnisse und praktische Implikationen einer internationalen Langzeitstudie. *Psychotherapeut*, 51(4), 271-275.
- Ruggaber, G. & Fliegel, S. (2006). Was macht AusbildungsteilnehmerInnen zufrieden. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 38(3), 741-745.
- Safren, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford.
- Schigl, B. & Gahleitner, S. B. (2013). Fehler machen- aus Fehlern lernen-Perspektiven zur Klassifizierung von psychotherapeutischen Fehlern und dem Umgang damit. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 3(1), 23-33, abgerufen am 25. Mai 2015 unter <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psywis/article/viewFile/1001/978>.
- Schnell, T. (2014). *Moderne Kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen*. Heidelberg: Springer.
- Spence, S. H., Wilson, J., Kavanagh, D., Strong, J. & Worrall, L. (2001). Clinical supervision in four mental health professions: A review of the evidence. *Behaviour change*, 18(03), 135-155.
- Stangier, U. (2015). Psychotherapeutische Kompetenzen in der kognitiven Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut*, 60(3), 193-198.

- 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(6), 1346-1353.
- Strauß, B. & Kohl, S. (2009). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 54(6), 411-426.
- Strauß, B. & Willutzki, U. (2013). Person des Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 58(5), 425-426.
- Strauß, B., Linden, M., Haupt, M. L. & Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. *Psychotherapeut*, 57(5), 385-394.
- Strauß, B., Wheeler, S. & Nodop, S. (2010). Klinische Supervision. *Psychotherapeut*, 55(6), 455-464.
- Tietze, O. (2003). Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Traber, Y. (2013). Kompetenzforschung in der Psychotherapie-Bericht über eine Fortbildungstagung der Schweizer Charta für Psychotherapie vom 22. 6. 2013, abgerufen am 22. Juni 2015 unter <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/article/view/1002/979> *Psychotherapie-Wissenschaft*, 3(1), 34-40.
- Whittaker, S. M. (2004). *A Multi-Vocal Synthesis of Supervisees' Anxiety and Self-Efficacy During Clinical Supervision: Meta-Analysis and Interviews*, nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, Virgin abgerufen am 13. Juli unter <https://vtechworks.lib.vt.edu/bitstream/handle/10919/28983/whittakeretd.pdf?sequence=1>.
- Willutzki, U. & Botermans, J. F. (1997). Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Kompetenz. *Psychotherapeut*, 42(5), 282-289.

- Willutzki, U., Reinke-Kappenstein, B. & Hermer, M. (2013). Ohne Heiler geht es nicht. *Psychotherapeut*, 58(5), 427-437.
- Willutzki, U., Tönnies, B. & Meyer, F. (2005). Psychotherapiesupervision und therapeutische Beziehung – eine Prozessstudie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*. 37 (3), 507 – 516.
- Wydra, G. (2005). FAHW. *Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden. Testmanual* (5. überarbeitete Fassung). Saarbrücken: SWI.
- Zeeck, A., Orlinsky, D. E., Hermann, S., Joos, A., Wirsching, M., Weidmann, W. et al. (2012). Stressful involvement in psychotherapeutic work: Therapist, client and process correlates. *Psychotherapy Research*, 22(5), 543-555.
- Zielke, M., Borgart, E. J., Carls, W., Herder, F., Lehenhagen, J., Leidig, S. et al. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*, abgerufen am 14. Juli 2015 unter http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_14_reha-kolloqu.pdf#page=467.

8 Anhang



Fragebogen zu Supervision, Intervision und Selbsterfahrung

1. Angaben zur Person

1.1 Alter _____ 1.2 Geschlecht männlich weiblich

1.3 Verfahren, das Ihrer Approbation als Psychotherapeutin/Psychotherapeut zu Grunde liegt

- Verhaltenstherapie
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 Analytische Psychotherapie
 Andere Verfahren (bitte spezifizieren Sie) _____

1.4 Wie lange sind Sie insgesamt schon psychotherapeutisch tätig? (Beziehen Sie Ihre praktische Tätigkeit während der Ausbildung mit ein und schließen Sie Zeiten aus, in denen Sie nicht praktisch tätig waren.)

_____Jahre _____Monate

2. Wie lange sind Sie in den folgenden Settings jeweils tätig gewesen? (Beziehen Sie Zeiten während und nach Ihrer Ausbildung mit ein. Falls überhaupt nicht, notieren Sie 0, geben Sie auch Teile von Jahren an) Und in welchem Setting sind Sie derzeit als Psychotherapeut/Psychotherapeutin tätig?

	Dauer insgesamt Jahre/Monate	derzeit tätig
2.1 Öffentliche stationäre Einrichtung	____/____	<input type="checkbox"/>
2.2 Öffentliche ambulante Einrichtung	____/____	<input type="checkbox"/>
2.2 Private stationäre Einrichtung	____/____	<input type="checkbox"/>
2.3 Private ambulante Einrichtung	____/____	<input type="checkbox"/>
2.4 Private Gemeinschaftspraxis	____/____	<input type="checkbox"/>
2.5 Private Einzelpraxis	____/____	<input type="checkbox"/>
2.6 Beratungsstelle	____/____	<input type="checkbox"/>
2.7. Andere (Bitte spezifizieren Sie)	____/____	<input type="checkbox"/>

3. Wie lange sind Sie in den folgenden Versorgungsbereichen jeweils tätig gewesen und in welchem Setting sind Sie derzeit als Psychotherapeut/ Psychotherapeutin tätig?

	Dauer insgesamt Jahre/Monate	derzeit tätig
3.1 Akut-Psychosomatik	____/____	<input type="checkbox"/>
3.2 Psychiatrie	____/____	<input type="checkbox"/>
3.3 Psychosomatische Rehabilitation	____/____	<input type="checkbox"/>
3.4 Ambulante Psychotherapie	____/____	<input type="checkbox"/>
3.5 Andere (bitte spezifizieren Sie)	____/____	<input type="checkbox"/>

4. Schätzen Sie bitte die Anzahl der Fälle, die Sie insgesamt unter den folgenden therapeutischen Rahmenbedingungen behandelt haben bzw. geben Sie an, wie viele Sie aktuell in Behandlung haben:

	Fälle insgesamt	Fälle aktuell
4.1 Einzeltherapie (Anzahl der Patienten)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.2 Paartherapie (Anzahl der Paare)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.3 Familientherapie (Anzahl der Familien)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.4 Gruppentherapie (Anzahl der Gruppen)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.5 Andere (bitte spezifizieren Sie)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
<hr/>		
5. Wie viele andere Therapeuten und Therapeutinnen sind bei Ihnen in persönlicher Therapie gewesen? (bitte schätzen Sie)		ca. _____
6. Wie viele andere Therapeuten und Therapeutinnen haben Sie persönlich supervidiert? (bitte schätzen Sie)		ca. _____

7. Allgemeine Fragen zur Supervision, Selbsterfahrung und Intervision (Mehrfachnennungen sind möglich)

7.1	Wie häufig nehmen Sie aktuell Supervision in Anspruch? <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 1-2 mal/Monat <input type="checkbox"/> 1-2 mal/Quartal <input type="checkbox"/> weniger als 1 mal/Quartal	
7.2	Diese Supervision findet üblicherweise statt <input type="checkbox"/> im Einzelsetting <input type="checkbox"/> im Gruppensetting	
7.3	Wann haben Sie das letzte Mal Supervision in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> vor ca.1 Woche <input type="checkbox"/> vor ca.1 Monat <input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Jahr (wieviel Jahre?) →	_____
7.4	Wie viele Stunden Supervision haben Sie insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?	_____
7.5	Für wie viele Fälle haben Sie Supervision insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?	_____
7.6	Wie viele Stunden Supervision haben Sie insgesamt etwa in Ihrer bisherigen therapeutischen Laufbahn in Anspruch genommen?	_____
7.7	Wie viele Stunden davon entfallen auf die Ausbildung?	_____
<hr/>		
7.8	Wie häufig nehmen Sie aktuell Intervision in Anspruch? <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 1-2 mal/Monat <input type="checkbox"/> 1-2 mal/Quartal <input type="checkbox"/> weniger als 1 mal/Quartal	
7.9	Diese Intervision findet üblicherweise statt <input type="checkbox"/> im Einzelsetting <input type="checkbox"/> im Gruppensetting	
7.10	Wann haben Sie das letzte Mal Intervision in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> vor ca.1 Woche <input type="checkbox"/> vor ca.1 Monat <input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Jahr (wieviel Jahre?) →	_____
7.11	Wie viele Stunden Intervision haben Sie insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?	_____
7.12	Wie viele Stunden Intervision haben Sie insgesamt etwa in Ihrer therapeutischen Laufbahn in Anspruch genommen?	_____
<hr/>		
7.13	Wie häufig nehmen Sie aktuell Selbsterfahrung in Anspruch? <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 1-2 mal/Monat <input type="checkbox"/> 1-2 mal/Quartal <input type="checkbox"/> weniger als 1 mal/Quartal	
7.14	Diese Selbsterfahrung findet üblicherweise statt <input type="checkbox"/> im Einzelsetting <input type="checkbox"/> im Gruppensetting	

7.15	Wann haben Sie das letzte Mal Selbsterfahrung in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> vor ca.1 Woche <input type="checkbox"/> vor ca.1 Monat <input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Jahr (wieviel Jahre?) →	_____
7.16	Wie viele Stunden Selbsterfahrung haben Sie insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?	_____
7.17	Wie viele Stunden Selbsterfahrung haben Sie bisher insgesamt in Anspruch genommen?	_____

8. Gründe für die Inanspruchnahme von Supervision, Selbsterfahrung und Intervention
Bitte tragen Sie je nach Inanspruchnahme eine Zahl von 1 – 5 in die jeweiligen Leerstellen ein. Dabei gilt: 1= "trifft überhaupt nicht zu" bis 5= "trifft völlig zu"

		Supervision	Selbsterfahrung	Intervention
8.1	Institutionelle Vorgabe	_____	_____	_____
8.2	Selbstfürsorge	_____	_____	_____
8.3	Verhinderung von Burn-Out	_____	_____	_____
8.4	Verbesserung der interaktionellen Kompetenzen	_____	_____	_____
8.5	Bewältigung eigener Probleme in der Therapie	_____	_____	_____
8.6	Bewältigung von Krisen und Konflikten in der Therapie	_____	_____	_____
8.7	Bewältigung von persönlichen Krisen und Konflikten	_____	_____	_____
8.8	Steigerung der fachlichen bzw. professionellen Kompetenzen	_____	_____	_____
8.9	Steigerung des eigenen Wohlbefindens in der Therapie	_____	_____	_____
8.10	Verbesserung der Beziehungsmodi in der Therapie	_____	_____	_____
8.11	Förderung der eigenen Motivation	_____	_____	_____
8.12	Förderung des eigenen beruflichen Wachstums	_____	_____	_____
8.13	Als Korrektiv von Fehlern in der Therapie	_____	_____	_____
8.14	Zur Behandlungsoptimierung in der Therapie	_____	_____	_____
8.15	Optimierung der Regulation innerer Prozesse	_____	_____	_____
8.16	Optimierung der Arbeitsorganisation	_____	_____	_____
8.17	Förderung der Effektivität der therapeutischen Interventionen	_____	_____	_____

9. Subjektive Einschätzung des Zusammenhangs zwischen Supervision, Selbsterfahrung und Intervention einerseits und Ihrer persönlichen Weiterentwicklung und Ihrer fachlichen Kompetenz

		sehr niedrig sehr hoch						
		0	1	2	3	4	5	6
9.1	Wie hoch schätzen Sie den Wirkfaktor von Supervision auf Ihre persönliche Weiterentwicklung ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Wie hoch schätzen Sie den Wirkfaktor von Intervention auf Ihre persönliche Weiterentwicklung ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	Wie hoch schätzen Sie den Wirkfaktor von Selbsterfahrung auf Ihre persönliche Weiterentwicklung ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	Wie hoch schätzen Sie den Wirkfaktor von Supervision auf Ihre fachliche Kompetenz ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	Wie hoch schätzen Sie den Wirkfaktor von Intervention auf Ihre fachliche Kompetenz ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	Wie hoch schätzen Sie den Wirkfaktor von Selbsterfahrung auf Ihre fachliche Kompetenz ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Bitte geben Sie eine Einschätzung ab, ob bzw. inwiefern bei Ihnen (bisher) ein 'Wertewandel' im Hinblick auf Ihre Rolle als Therapeut/In stattgefunden hat. Denken Sie bitte nur an solche Veränderungen, die Sie auch oder vorwiegend mit **Supervision** in Verbindung bringen. Dinge, die mir in Therapien wichtig waren, sind unwichtiger geworden, bzw. Dinge, die unwichtig waren, sind mir wichtiger geworden:

		viel un- wichtiger geworden	gleich geblieben	viel wichtiger geworden	keine Angabe
10.1	Therapieerfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	Freude am Therapieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3	Mein eigenes Wohlbefinden in der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4	Meine Position in der Führung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5	Spannung und Lebendigkeit in den Therapiestunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6	Meine Unabhängigkeit als Therapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.7	Achtung vor meinen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Bitte geben Sie eine Einschätzung ab, ob bzw. inwiefern bei Ihnen (bisher) ein 'Wertewandel' im Hinblick auf Ihre Rolle als Therapeut/In stattgefunden hat. Denken Sie bitte nur an solche Veränderungen, die Sie auch oder vorwiegend mit **Intervision** in Verbindung bringen. Dinge, die mir in Therapien wichtig waren, sind unwichtiger geworden, bzw. Dinge, die unwichtig waren, sind mir wichtiger geworden:

		viel un- wichtiger geworden	gleich geblieben	viel wichtiger geworden	keine Angabe
11.1	Therapieerfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2	Freude am Therapieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3	Mein eigenes Wohlbefinden in der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4	Meine Position in der Führung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5	Spannung und Lebendigkeit in den Therapiestunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6	Meine Unabhängigkeit als Therapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.7	Achtung vor meinen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Bitte geben Sie eine Einschätzung ab, ob bzw. inwiefern bei Ihnen (bisher) ein 'Wertewandel' im Hinblick auf Ihre Rolle als Therapeut/In stattgefunden hat. Denken Sie bitte nur an solche Veränderungen, die Sie auch oder vorwiegend mit **Selbsterfahrung** in Verbindung bringen. Dinge, die mir in Therapien wichtig waren, sind unwichtiger geworden, bzw. Dinge, die unwichtig waren, sind mir wichtiger geworden:

		viel un- wichtiger geworden	gleich geblieben	viel wichtiger geworden	keine Angabe
12.1	Therapieerfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2	Freude am Therapieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3	Mein eigenes Wohlbefinden in der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4	Meine Position in der Führung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5	Spannung und Lebendigkeit in den Therapiestunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6	Meine Unabhängigkeit als Therapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7	Achtung vor meinen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. In der derzeitigen Phase Ihrer therapeutischen Tätigkeit, wie sehr...

		gar nicht					sehr
		0	1	2	3	4	5
13.1	haben Sie das Gefühl, dass Sie sich als Therapeut/in verändern?	<input type="checkbox"/>					
13.2	empfinden Sie diese Veränderung als Fortschritt oder Verbesserung?	<input type="checkbox"/>					
13.3	empfinden Sie diese Veränderung als Rückschritt oder Verschlechterung?	<input type="checkbox"/>					
13.3	haben Sie das Gefühl, frühere Unzulänglichkeiten als Therapeut/In zu überwinden?	<input type="checkbox"/>					
13.5	glauben Sie, in Ihrer therapeutischen Tätigkeit geschickter zu werden?	<input type="checkbox"/>					
13.6	spüren Sie einen wachsenden Enthusiasmus für Ihre therapeutische Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>					
13.7	empfinden Sie, dass Sie von Psychotherapie allmählich desillusioniert werden?	<input type="checkbox"/>					
13.8	spüren Sie, dass Ihre Fähigkeit, einfühlsam zu reagieren, abnimmt?	<input type="checkbox"/>					
13.9	empfinden Sie, dass Ihre therapeutische Arbeit hauptsächlich zur Routine wird?	<input type="checkbox"/>					

14 Wie würden Sie sich als Therapeutin bzw. Therapeut beschreiben, d.h. Ihren tatsächlichen Stil bzw. Ihre Art mit Patienten bzw. Patientinnen umzugehen?

		0= überhaupt nicht				3= sehr			
		0	1	2	3	0	1	2	3
Akzeptierend	<input type="checkbox"/>	Beteiligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Engagiert	<input type="checkbox"/>	Systematisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Distanziert	<input type="checkbox"/>	Zurückhaltend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Effizient	<input type="checkbox"/>	Geschickt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Freundlich	<input type="checkbox"/>	Feinsinnig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Vorsichtig	<input type="checkbox"/>	Tolerant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Intuitiv	<input type="checkbox"/>	Warmherzig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

15. Für wie wichtig halten Sie es in Ihrer derzeitigen therapeutischen Tätigkeit, dass die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten folgende Ziele verwirklichen? (Markieren Sie jene vier Ziele, die Sie im allgemeinen für die wichtigsten halten.)

15.1	Ein starkes Selbstwertgefühl zu haben?	<input type="checkbox"/>
15.2	Realistisch über die Bedeutung von Ereignissen im Leben nachzudenken?	<input type="checkbox"/>
15.3	Das Erleben von Gefühlen ganz zuzulassen?	<input type="checkbox"/>
15.4	Zu lernen, problematische Situationen effektiv zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>
15.5	Ihre emotionalen Konflikte in der Beziehung zu Ihren Patienten/innen zu lösen?	<input type="checkbox"/>
15.6	Eine neue Sicht der Gefühle, Motive und/oder Verhaltensweisen zu erlangen?	<input type="checkbox"/>
15.7	Zu lernen, übermäßige, unangemessene und irrationale Gefühlreaktionen zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>
15.8	Den Mut zu entwickeln, sich auf neue und bisher vermiedene Situationen einzulassen?	<input type="checkbox"/>
15.9	Unterdrückte und abgetrennte Aspekte der Erfahrung zu integrieren?	<input type="checkbox"/>
15.10	Sinnvoller über mögliche Konsequenzen des eigenen Verhaltens nachzudenken?	<input type="checkbox"/>
15.11	Die Qualität von sozialen Beziehungen zu verbessern?	<input type="checkbox"/>
15.12	Problematische Verhaltensweisen zu verändern oder zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/>
15.13	Sich selbst realistisch einzuschätzen?	<input type="checkbox"/>
15.14	Die eigenen Ziele zu erkennen und zu verfolgen?	<input type="checkbox"/>
15.15	Anderes? _____ (bitte spezifizieren Sie)	<input type="checkbox"/>

16. Fragen zum habituellen Wohlbefinden (Bitte markieren Sie, was in der Regel auf Sie zutrifft).

		trifft nicht zu					trifft zu	
		0	1	2	3	4	5	6
16.1	Ich bin heiter gestimmt	<input type="checkbox"/>						
16.2	Ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl	<input type="checkbox"/>						
16.3	Ich würde gerne anderen Menschen helfen	<input type="checkbox"/>						
16.4	Ich habe das Gefühl, geliebt zu werden	<input type="checkbox"/>						
16.5	Ich bin kein selbstsicherer Mensch	<input type="checkbox"/>						
16.6	Ich bin sehr ausgeglichen	<input type="checkbox"/>						
16.7	Ich bin körperlich belastbar	<input type="checkbox"/>						
16.8	Ich fühle mich in meiner Haut wohl	<input type="checkbox"/>						
16.9	Ich bin durchhaltefähig	<input type="checkbox"/>						
16.10	Ich habe das Gefühl, durchstarten zu können	<input type="checkbox"/>						
16.11	Ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	<input type="checkbox"/>						
16.12	Ich habe wenig Erfolg	<input type="checkbox"/>						
16.13	Ich überblicke meine Umgebung	<input type="checkbox"/>						
16.14	Ich fühle mich verlassen	<input type="checkbox"/>						
16.15	Ich fühle mich gestresst und nervös	<input type="checkbox"/>						
16.16	Ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	<input type="checkbox"/>						
16.17	Ich bin körperlich behindert	<input type="checkbox"/>						
16.18	Ich bin glücklich	<input type="checkbox"/>						
16.19	Ich fühle mich erschöpft und müde	<input type="checkbox"/>						
16.20	Meine Stimmung ist gedrückt	<input type="checkbox"/>						
16.21	Ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	<input type="checkbox"/>						
16.22	Ich fühle mich körperlich gesund	<input type="checkbox"/>						
16.23	Ich habe mit mir selbst genug zu tun	<input type="checkbox"/>						
16.24	Ich habe niemanden, mit dem ich über alles reden kann	<input type="checkbox"/>						
16.25	Mein Familienleben ist intakt	<input type="checkbox"/>						
16.26	Ich bin entbehrlich	<input type="checkbox"/>						
16.27	Mich kann nichts so leicht aus der Ruhe bringen	<input type="checkbox"/>						
16.28	Ich bin körperlich belastbar	<input type="checkbox"/>						

17. Wie oft erleben Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit derzeit...

		nie				sehr oft	
		0	1	2	3	4	5
17.1	Wenig Vertrauen darauf, dass Sie einen günstigen Einfluss auf einen Patienten/in haben?	<input type="checkbox"/>					
17.2	Zweifel, wie Sie in einem bestimmten Fall am besten vorgehen?	<input type="checkbox"/>					
17.3	Schwierigkeiten, sich empathisch in die Erfahrungen eines Patienten einzufühlen?	<input type="checkbox"/>					
17.4	Schmerzlich berührt über Ihre Macht- und Einflusslosigkeit gegenüber der tragischen Lebenssituation eines Patienten/In?	<input type="checkbox"/>					
17.5	Nicht in der Lage, genügend Kraft aufzubringen, um die Therapie mit einem Patienten/In in einer konstruktiven Richtung voranzutreiben?	<input type="checkbox"/>					

		nie				sehr oft	
		0	1	2	3	4	5
17.6	Entmutigt, weil Sie keine Möglichkeiten finden, dem Patienten/In zu helfen?	<input type="checkbox"/>					
17.7	Nicht in der Lage, die emotionalen Bedürfnisse eines Patienten/In zu ertragen?	<input type="checkbox"/>					
17.8	In einem Konflikt zwischen gleichwertigen Verpflichtungen gegenüber einem Patienten/In einerseits und anderen Personen andererseits?	<input type="checkbox"/>					

18. Gegenwärtig insgesamt...

		gar nicht				sehr	
		0	1	2	3	4	5
18.1	Wie gut gelingt es Ihnen, eine therapeutische Beziehung mit einem Patienten/In aufzubauen?	<input type="checkbox"/>					
18.2	Wie natürlich (persönlich, authentisch) empfinden Sie sich in Ihrer therapeutischen Arbeit mit Patienten/Innen?	<input type="checkbox"/>					
18.3	Wie gut ist Ihre Beherrschung therapeutischer Techniken und Strategien?	<input type="checkbox"/>					
18.4	Wie gut verstehen Sie, was im jeweiligen Augenblick während einer Therapiesitzung geschieht?	<input type="checkbox"/>					
18.5	Wie gut können Sie Ihrem Patienten/In Ihr Verständnis und Ihr Interesse vermitteln?	<input type="checkbox"/>					
18.6	Wie gut können Sie emotionale Reaktionen der Patienten/Innen auf Sie erkennen und mit Ihnen umgehen?	<input type="checkbox"/>					
18.7	Wie gut können Sie Ihre persönlichen Reaktionen der Patienten/Innen auf Sie erkennen und mit Ihnen umgehen?	<input type="checkbox"/>					
18.8	Wie große Präzision, Verfeinerung und Finesse haben Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit erreicht?	<input type="checkbox"/>					
18.9	Inwieweit fühlen Sie sich in der Lage, andere Therapeut/Inn/en in Ihrer Entwicklung anzuleiten?	<input type="checkbox"/>					
18.10	Wie groß ist Ihr Einfühlungsvermögen gegenüber Patienten, mit denen Sie relativ wenig gemeinsam haben?	<input type="checkbox"/>					

19. Wenn Sie Schwierigkeiten haben, wie oft

		gar nicht				sehr	
		0	1	2	3	4	5
19.1	Überlegen Sie für sich allein, wie das Problem entstanden ist?	<input type="checkbox"/>					
19.2	Suchen Sie andere befriedigende Erfahrungen außerhalb der Therapie?	<input type="checkbox"/>					
19.3	Versuchen Sie, das Problem aus einer anderen Perspektive zu sehen?	<input type="checkbox"/>					
19.4	Hoffen Sie einfach auf eine günstige Wendung irgendwann einmal?	<input type="checkbox"/>					
19.5	Konsultieren Sie einen erfahreneren Therapeuten?	<input type="checkbox"/>					
19.6	Besprechen Sie das Problem mit einem Kollegen?	<input type="checkbox"/>					
19.7	Versuchen Sie, das Problem gemeinsam mit dem Patienten anzugehen?	<input type="checkbox"/>					
19.8	Ziehen Sie ernsthaft einen Abbruch der Therapie in Betracht?	<input type="checkbox"/>					
19.9	Vermeiden Sie es, das Problem sofort anzugehen?	<input type="checkbox"/>					
19.10	Zeigen Sie dem Patienten Ihre Frustration?	<input type="checkbox"/>					
19.11	Kritisieren Sie einen Patienten, weil er Ihnen Schwierigkeiten macht?	<input type="checkbox"/>					
19.12	Lassen Sie einfach die Erfahrung schwieriger oder beunruhigender Gefühle zu?	<input type="checkbox"/>					

20. Wie oft fühlten Sie sich in letzter Zeit während einer Therapiesitzung...

	überhaupt nicht					überhaupt nicht			
	0	1	2	3		0	1	2	3
Geistesabwesend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unaufmerksam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angeregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelangweilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Überwältigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herausgefordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unter Druck gesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimuliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertieft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In einer Sackgasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Welchen Einfluss (positiven und/oder negativen) haben Ihrer Ansicht nach die folgenden Faktoren auf Ihre Entwicklung als Psychotherapeut/in insgesamt? (Sie können sowohl positive als auch negative Antworten markieren)

	-3=sehr negativ				3=sehr positiv			
	-3	-2	-1	0	1	2	3	
21.1 Therapieerfahrung mit Patienten/innen	<input type="checkbox"/>							
21.2 Zusammenarbeit mit Kotherapeuten/Innen	<input type="checkbox"/>							
21.3 Teilnahme an Kursen oder Seminaren	<input type="checkbox"/>							
21.4 Formelle Supervision oder Beratung durch andere	<input type="checkbox"/>							
21.5 Informelle Fallbesprechungen mit Kollegen/Innen	<input type="checkbox"/>							
21.6 Institutionelle Bedingungen Ihrer praktischen Arbeit	<input type="checkbox"/>							
21.7 Lektüre praxisrelevanter Literatur	<input type="checkbox"/>							
21.8 Beobachtung von Therapeuten in Workshops, Videos oder Tonbändern	<input type="checkbox"/>							
21.9 Persönliche Therapie, Analyse oder Beratung (einzeln, in Gruppe etc)	<input type="checkbox"/>							
21.10 Selbsterfahrung	<input type="checkbox"/>							
21.11 Supervisions- und Beratungstätigkeit für andere	<input type="checkbox"/>							
21.12 Durchführung von Kursen oder Seminaren	<input type="checkbox"/>							
21.13 Eigene Forschungstätigkeit	<input type="checkbox"/>							
21.14 Eigene Lebenserfahrung außerhalb der Therapien	<input type="checkbox"/>							
21.15 Anderes _____ (bitte spezifizieren Sie)	<input type="checkbox"/>							

22. Fragen zu den behandelten Patienten/innen

22.1 Mit welchen Störungsbildern in der Therapie arbeiten Sie am häufigsten?

	nie				häufig	
	0	1	2	3	4	5
22.1.1 Somatoforme Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.1.2 Essstörungen	<input type="checkbox"/>					
22.1.3 Körperlich-/substanzbedingte psychische Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.1.4 Psychotische Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.1.5 Angststörungen	<input type="checkbox"/>					
22.1.6 Posttraumatische Belastungsstörung	<input type="checkbox"/>					
22.1.7 Affektive Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.1.8 Depressive Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.1.9 Störungen der Sexualpräferenz	<input type="checkbox"/>					

22.2 Bei welchen Patienten mit welchen Störungsbildern erleben Sie Kompetenzdefizite?

		nie					häufig
		0	1	2	3	4	5
22.2.1	Somatoforme Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.2	Essstörungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.3	Körperlich-/substanzbedingte psychische Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.4	Psychotische Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.5	Angststörungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.6	Posttraumatische Belastungsstörung	<input type="checkbox"/>					
22.2.7	Affektive Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.8	Depressive Störungen	<input type="checkbox"/>					
22.2.9	Störungen der Sexualpräferenz	<input type="checkbox"/>					

22.3 Wie viele Patienten haben Sie derzeit insgesamt in Behandlung? ca. _____ Patienten

22.4 Wie viele Stunden wöchentlich arbeiten Sie derzeit psychotherapeutisch (direkte Kontakte mit Patienten)? ca. _____ Stunden

22.5 Wie hoch ist in der Regel Ihr Einfluss auf die Auswahl der von Ihnen behandelten Patienten?
 sehr hoch/ sehr gering/
 entscheide ich selbst kann ich nicht selbst entscheiden

22.6 Wie frei sind Sie in der Wahl des therapeutischen Angebotes?
 sehr frei/ sehr gebunden/
 entscheide ich selbst kann ich nicht selbst entscheiden

23. Zu Ihrer theoretischen Orientierung: Wie stark wird Ihre derzeitige therapeutische Praxis von den folgenden theoretischen Konzepten bestimmt?

		0=überhaupt nicht					5= sehr
		0	1	2	3	4	5
23.1	Analytisch/Psychodynamisch	<input type="checkbox"/>					
23.1	Verhaltenstherapeutisch	<input type="checkbox"/>					
23.1	Kognitiv	<input type="checkbox"/>					
23.1	Humanistisch	<input type="checkbox"/>					
23.1	Systemtheoretisch	<input type="checkbox"/>					
23.1	Andere (Bitte spezifizieren Sie):	<input type="checkbox"/>					

23. Wie groß ist die Befriedigung, die Sie in Ihrer gegenwärtigen therapeutischen Tätigkeit erleben?
 keine Befriedigung sehr große Befriedigung

24. Beschreiben Sie bitte die Art der Patienten/innen, die Sie in Ihrer gegenwärtigen therapeutischen Arbeit am meisten behandeln. (Nennen Sie bis zu vier verschiedene Arten und benutzen Sie diejenigen Beschreibungen oder diagnostischen Systeme, die Sie persönlich bevorzugen.)

1. _____

	nicht hilfreich				hilfreich	
	0	1	2	3	4	5
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Supervision?	<input type="checkbox"/>					
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung?	<input type="checkbox"/>					
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Intervention?	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Supervision in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Selbsterfahrung in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Intervention in Anspruch						

2. _____

	nicht hilfreich				hilfreich	
	0	1	2	3	4	5
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Supervision?	<input type="checkbox"/>					
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung?	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Supervision in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Selbsterfahrung in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Intervention in Anspruch						

3. _____

	nicht hilfreich				hilfreich	
	0	1	2	3	4	5
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Supervision?	<input type="checkbox"/>					
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung?	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Supervision in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Selbsterfahrung in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Intervention in Anspruch						

4. _____

	nicht hilfreich				hilfreich	
	0	1	2	3	4	5
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Supervision?	<input type="checkbox"/>					
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung?	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Supervision in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Selbsterfahrung in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Intervention in Anspruch						

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

9 Eidesstattliche Erklärung



Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle sinngemäß und wörtlich übernommenen Textstellen aus der Literatur bzw. dem Internet habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____